

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE DE NANTES

Année 2005

N° 134

THESE

pour le

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

QUALIFICATION EN : ANESTHÉSIE RÉANIMATION CHIRURGICALE

par

SOPHIE MILLET

née le 4 janvier 1978 à Limoges

Présentée et soutenue publiquement le 18 octobre 2005

**DÉMARCHE QUALITÉ : APPLICATIONS À LA
DOULEUR POSTOPÉRATOIRE**

Président : Monsieur le Professeur Michel Pinaud

Directeur de thèse : Madame le Docteur Myriam Malinge

Table des matières

1. INTRODUCTION.....	p 3
----------------------	-----

2. METHODES.....	p 8
------------------	-----

2 .1 : Réalisation des enquêtes

2.1- 1 : préparation des enquêtes

2.1- 2 : enquête « un jour »

2.1- 3 : enquête en chirurgie ambulatoire

2.1- 4 : analyse et présentation des résultats

2.2 : Information des usagers

2.3 : Procédure d'utilisation du MEOPA

3. RESULTATS.....	p 19
-------------------	------

3.1 : Enquête « un jour »

- données recueillies
- principaux résultats de l' « enquête patients »
- principaux résultats de l' « enquête SSPI »

3.2 : Enquête en chirurgie ambulatoire

- données recueillies
- principaux résultats de l' « enquête patients »
- principaux résultats de l' « enquête SSPI »

3.3 : Information des usagers

3.4 : Procédure d'utilisation du MEOPA

4. DISCUSSION.....p 50

5. CONCLUSION.....p 75

6. REFERENCES.....p 77

7. ANNEXES.....p 83

Annexe I : questionnaires de l'enquête « un jour »

Annexe II : questionnaires de l'enquête en chirurgie ambulatoire

1. INTRODUCTION

Longtemps sous-estimée du fait de sa nature subjective, la douleur est aujourd'hui au centre des préoccupations de tout professionnel de santé. La prévention et le traitement de la douleur aiguë et de la douleur chronique sont devenus des priorités. La mise en place de programmes nationaux d'actions témoigne de la volonté du Ministère de la Santé et des professionnels d'améliorer leur prise en charge.

Un premier plan triennal de lutte contre la douleur a ainsi été initié en 1998 par Monsieur Bernard Kouchner, secrétaire d'état à la santé [1]. L'évaluation de ce plan en 2001 par la Société Française de Santé Publique a montré que l'objectif d'instaurer « une culture de la lutte contre la douleur » a été en partie atteint [2]. L'information aux usagers s'est développée, des structures de lutte contre la douleur se sont créées, la réalisation de protocoles a été encouragée.

Devant la nécessité de poursuivre les actions entreprises, un nouveau programme de lutte contre la douleur a été défini en 2002 [3,4]. « Prévenir et traiter la douleur provoquée par les soins, les actes quotidiens et la chirurgie » est l'une des trois priorités de ce programme. Il a pour objectif d' « amener les établissements de santé à s'engager dans un véritable programme de prise en charge de la douleur ». En effet, l'amélioration de la qualité des soins implique une véritable organisation autour de la prise en charge des patients douloureux.

Un guide méthodologique pour la mise en place d'un programme de lutte contre la douleur dans les établissements de santé a été proposé en mai 2002 par le Ministère de la Santé [5]. Ce guide préconise la mise en place dans chaque établissement d'une instance pilote, un de ses rôles étant de proposer, à partir du bilan de l'existant, des objectifs en terme d'amélioration et d'organiser, de coordonner, d'évaluer les actions.

Dans le domaine de la prise en charge de la douleur postopératoire (DPO), les premières démarches effectuées en France pour évaluer la qualité des soins ont débuté en 1994 : un audit, réalisé au sein de 96 services de chirurgie adulte de 23 hôpitaux de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP), a eu pour objectif de décrire les conditions de prise en charge de la douleur dans les 24 premières heures suivant la chirurgie [6]. Ce bilan a montré que 46% des patients avaient ressenti des douleurs fortes ou très fortes ; 21% des patients seulement avaient été informés en préopératoire. D'autre part, la douleur n'était pas évaluée, les protocoles thérapeutiques étaient rares et les techniques d'analgésie locorégionale n'étaient pas utilisées.

A la suite de ce constat, la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) a organisé en 1997 une conférence de consensus concernant la prise en charge de la DPO chez l'adulte et chez l'enfant [7]. Les moyens d'évaluation de la douleur, les moyens de prévention ainsi que les modalités de traitement et de surveillance y sont développés. Le jury de cette conférence a également proposé l'intégration d'un schéma organisationnel utilisant la méthodologie de l'assurance qualité dans le cadre de la prise en charge postopératoire des patients, en soulignant l'intérêt de la structuration d'une équipe autour de la douleur postopératoire, la nécessité d'analyser les pratiques et de développer des protocoles d'analgésie et de surveillance.

La lutte efficace contre la DPO passe donc par l'élaboration d'un véritable programme de prise en charge au sein de chaque établissement. L'information des patients est un pré requis indispensable. Une stratégie en plusieurs étapes a été proposée par Chauvin en 1999 [8]. La première

étape consiste à noter le niveau de douleur ressentie par les patients toutes les 8 heures . Un audit doit ensuite être réalisé dans les services de chirurgie pour évaluer la fréquence des douleurs fortes et très fortes et une stratégie d'organisation de la prise en charge de la DPO doit être développée. La deuxième étape est la définition du rôle de chacun des acteurs concernés et la mise en place des techniques d'analgésie. La troisième étape consiste à développer ces techniques. Au terme de ces démarches, une évaluation doit être faite pour apprécier l'amélioration de la prise en charge de la DPO.

L'ensemble de cette procédure s'apparente à un programme d'assurance qualité et peut au mieux être mené par un médecin référent aidé d'une infirmière « experte douleur ». L'auteur estime que le coût financier global de ce type de prise en charge de la DPO serait faible [8].

Ce travail, qui s'est déroulé sur trois ans, s'inscrit dans le cadre d'une démarche d'assurance qualité dans le domaine de la prise en charge de la douleur au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes. Il a été mené en concertation avec le groupe de travail « Douleur Aiguë » du Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) de l'établissement.

Les objectifs ont été de faire « un bilan de l'existant » et de proposer des actions en vue de l'amélioration de la prise en charge de la DPO et de la douleur provoquée par les soins.

Notre travail a été organisé en trois étapes :

- Deux enquêtes auprès des patients opérés ont été réalisées en vue d'établir un état des lieux de la prise en charge de la DPO. La première enquête, effectuée en 2003, a concerné tous les patients opérés au CHU de Nantes « un jour donné » ; la seconde a

concerné les patients opérés en chirurgie ambulatoire exclusivement et a été réalisée en 2005.

- L'information des malades étant un pré requis indispensable à la mise en place des actions, un document, intitulé « Ensemble, luttons contre la douleur post-opératoire », destiné aux patients, a également été élaboré.
- Enfin, une procédure d'administration du MEOPA, mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote, a été mise au point afin de faciliter et d'harmoniser son utilisation dans le cadre de la prévention des douleurs induites par les soins.

2. METHODES

2.1

RÉALISATION DES ENQUÊTES

2.1- 1 Préparation des enquêtes

- *Conception des questionnaires*

La mise au point des questionnaires a débuté au mois de janvier 2003 et a nécessité environ quatre mois. Pour cela, nous nous sommes inspirés de l'outil de réalisation d'enquête proposé par Langlade et la SOFRED (Société Francophone d'Etude de la Douleur) en 2002 [9].

Nos questionnaires ont été conçus afin d'interroger d'une part les patients (« enquêtes patients ») et d'autre part les infirmiers de salle de surveillance post-interventionnelle (« enquêtes SSPI »).

Ils ont ensuite été revus et validés par les membres du groupe de travail « Douleur Aiguë » du CLUD et le Docteur Moret (Unité d'Evaluation des Pratiques – PIMESP).

- *Préparation de la saisie des données*

Des fichiers ont été créés à partir du logiciel StatView en vue de la saisie des données.

- *Information du déroulement des enquêtes*

Les équipes soignantes (médecins et infirmiers) des blocs opératoires et des unités d'hospitalisation de chirurgie ont été informées un mois avant la réalisation de chacune des enquêtes. Cette information a été délivrée par courriers adressés aux cadres infirmiers des services d'anesthésie et des unités d'hospitalisation ainsi qu'à l'ensemble des médecins anesthésistes. Elle exposait les objectifs et les modalités de

l'enquête et sollicitait la participation des soignants pour le recueil des questionnaires.

2.1- 2 Enquête « un jour»

La première enquête est une enquête transversale de type « un jour donné ». Elle a été menée auprès de tous les patients opérés au CHU de Nantes le 8 juillet 2003, pour tous les types de chirurgie. L'obstétrique, les endoscopies digestives et la radiologie interventionnelle étaient exclues de l'étude.

- « *Enquête patients* »

Les patients ont été interrogés la veille de l'intervention puis, s'ils étaient toujours hospitalisés, le lendemain , le deuxième , le troisième et le quatrième jours suivant la chirurgie (J1, J2, J3, J4).

Les principaux objectifs étaient d'évaluer :

- l'intensité de la douleur ressentie avant l'intervention chirurgicale puis les quatre jours suivants, son évolution au cours de chaque journée et ses relations avec les temps de soins;
- l'information reçue par les malades concernant la prise en charge de la douleur ;
- l'efficacité des traitements préventifs et curatifs entrepris;
- le degré de satisfaction quotidien des patients.

La majorité des questions était formulée sous forme de questions à choix multiples (QCM) . En dehors des questions posées en préopératoire, elles concernaient les 24 dernières heures écoulées.

La prévalence et l'intensité de la douleur ont été évaluées à l'aide d'une échelle verbale simple (EVS) et d'une échelle numérique (EN). Aucune échelle visuelle analogique (EVA) n'a été représentée pour ne pas rendre les questionnaires volumineux.

Cent quatorze questions ont été posées, 14 avant l'intervention, 28 le lendemain, 24 le deuxième jour, 24 le troisième jour et 24 le quatrième jour.

Un emplacement a été quotidiennement réservé aux éventuels commentaires exprimés par les patients.

Les questionnaires ont été remplis par le patient seul ou avec l'aide d'une personne extérieure au service (interne d'anesthésie-réanimation chirurgicale) .

L'ensemble du questionnaire « patients » est présenté dans l'annexe I.

- « *Enquête SSPI* »

Parallèlement, des questionnaires ont été distribués aux infirmiers prenant en charge ces mêmes patients en SSPI.

Les principaux objectifs étaient :

- de recueillir les données concernant le type de chirurgie et le schéma anesthésique employé ;
- de recenser les méthodes d'évaluation de la douleur utilisées en SSPI ;
- de connaître le résultat de ces évaluations à l'arrivée et avant la sortie de SSPI ;
- de recenser les médicaments antalgiques et les associations thérapeutiques prescrits;

- d'évaluer la fréquence de prescription des pompes d'analgésie contrôlée par le patient (PCA) .

Les dernières questions portaient sur l'ancienneté, l'expérience des infirmiers, ainsi que sur leur connaissance des référentiels et des protocoles d'analgésie, disponibles sur le réseau Intranet du CHU dans l'espace des Bonnes Pratiques du Comité du Médicament.

Quarante-quatre questions sous forme de QCM ont été posées pour chaque patient.

Le questionnaire « SSPI » est également présenté dans l'annexe I.

2.1- 3 Enquête en chirurgie ambulatoire

La seconde enquête, réalisée au mois de février 2005, a concerné les patients opérés en chirurgie ambulatoire exclusivement. Pour cela, les questionnaires utilisés pour la première enquête ont été préalablement adaptés.

- « *Enquête patients* »

Les principaux objectifs étaient d'évaluer :

- l'intensité de la douleur ressentie avant l'intervention, au cours de l'hospitalisation et les deux jours suivant la chirurgie;
- l'information reçue par les patients lors des consultations préopératoires de chirurgie et d'anesthésie ;
- la prescription antalgique avant la sortie de l'hôpital ;

- la consommation de médicaments antalgiques pendant la période d'étude;
- le recours au médecin traitant pour d'éventuelles prescriptions complémentaires ;
- le degré de satisfaction des patients.

Un questionnaire a été remis, sur une période de deux semaines, du 28 février au 12 mars 2005, à tous les patients adressés en consultation d'anesthésie en vue d'une chirurgie programmée en ambulatoire.

Au total, quarante-quatre questions, la majorité sous forme de QCM, ont été posées. Chaque questionnaire se divisait en trois parties : la première (11 questions) devait être remplie avant l'hospitalisation, la seconde (16 questions) avant la sortie de l'hôpital le jour de la chirurgie et la troisième (17 questions) deux jours après l'intervention.

Un emplacement a été réservé aux commentaires exprimés par les patients.

Une enveloppe timbrée a été fournie afin de renvoyer le questionnaire au secrétariat d'anesthésie.

L'ensemble du questionnaire « patients » est présenté dans l'annexe II.

▪ «*Enquête SSPI* »

Durant la même période, des questionnaires ont été remis aux infirmiers de salle de réveil pour évaluer la prise en charge des patients opérés en chirurgie ambulatoire.

Les principaux objectifs étaient :

- de recueillir les informations sur le type de chirurgie et le schéma anesthésique employé ;

- de recenser les méthodes d'évaluation de la douleur utilisées en SSPI ;
- de connaître le résultat de ces évaluations à l'arrivée et avant la sortie de SSPI ;
- de recenser les médicaments antalgiques prescrits.

Vingt-trois questions sous formes de QCM ont été posées aux infirmiers pour chaque patient.

Le questionnaire « SSPI » est également exposé dans l'annexe II.

2.1- 4 Analyse et présentation des résultats

Toutes les données recueillies ont été traitées à l'aide du logiciel StatView.

L'âge de chaque population étudiée a été exprimé en valeur moyenne $\pm$ déviation standard (DS).

Pour les questions fermées (QCM), la distribution en fréquence des réponses a été analysée.

L'intensité douloureuse, quantifiée par les patients à l'aide de l'EN, a été exprimée en valeur médiane et valeurs extrêmes.

Les graphiques présentés ont été obtenus à l'aide du logiciel Microsoft Excel.

2.2

INFORMATIONS DES USAGERS

Un des objectifs du CLUD étant de développer l'information des usagers, le groupe de travail « Douleur Aiguë » - composé d'un médecin anesthésiste réanimateur, de deux urgentistes, d'une infirmière anesthésiste, d'un cadre de santé du service de rhumatologie, d'un cadre de santé kinésithérapeute et de moi-même (membre invité) – s'est consacré à la rédaction d'un document d'information sur la prise en charge de la DPO.

Le groupe de travail s'est réuni tous les deux mois au cours de l'année 2004. Un représentant des usagers a été sollicité lors de la deuxième réunion.

A partir de documents proposés par la SFAR et des livrets d'information distribués dans d'autres hôpitaux, nous nous sommes attachés à élaborer une brochure pouvant être remise aux patients lors de la consultation d'anesthésie ou lors de l'admission dans l'unité d'hospitalisation de chirurgie. Elle devait s'ajouter au document écrit par la SFAR et à l'information générale délivrée dans le livret d'accueil remis à tous les patients hospitalisés.

Plusieurs points nous ont semblé être essentiels à développer dans ce document :

- les moyens d'évaluation de la douleur utilisés par les soignants ;
- l'importance de la participation du patient lui-même pour une meilleure prise en charge de la douleur;
- et les différents moyens de lutte contre la douleur, en particulier l'utilisation des antalgiques morphiniques.

Une première brochure, intitulée « Ensemble, luttons contre la douleur post-opératoire » a donc été mise au point.

Nous l'avons ensuite soumise à l'appréciation :

- des médecins anesthésistes « référents douleur » des différentes équipes d'anesthésie et de réanimation chirurgicale ;
- des représentants des usagers ;
- et d'un membre de la cellule qualité.

2.3

PROCÉDURE D' UTILISATION DU MEOPA

Un des points importants énoncés dans le plan quadriennal de Lutte contre la Douleur 2002-2005 est de renforcer le rôle de l'infirmier notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée par les soins [4].

Le MEOPA, du fait de ses propriétés antalgiques et anxiolytiques, est un moyen de prévention de ces douleurs. Il peut être utilisé par les infirmiers dans les services d'urgences, les unités d'hospitalisation, les salles de consultations et pour les actes d'électroradiologie. Cependant, son utilisation est soumise à des règles de sécurité.

Dans notre institution, le MEOPA est utilisé depuis 2001 dans les services d'urgences pédiatriques et de pédiatrie et depuis peu dans les unités de gériatrie et les services de consultations d'enfants du Pôle Tête et Cou. Toutefois, les protocoles d'administration étaient jusqu'à présent variables selon les services utilisateurs.

Les objectifs du CLUD ont été de développer ce moyen de lutte contre la douleur induite par les soins au sein des autres unités d'hospitalisation, de faciliter, d'harmoniser et de sécuriser son utilisation par les infirmiers et les manipulateurs en radiologie.

Les modalités d'utilisation du MEOPA ont dans un premier temps été développées à l'occasion de la Journée Annuelle du CLUD le 18 décembre 2003.

Un groupe de travail a parallèlement été constitué à l'initiative du CLUD. Il était composé de deux médecins, dont le vice-président du CLUD, de l'infirmière référente douleur nommée à mi-temps en octobre 2004, d'un

représentant de la Direction des Soins et de sept représentants des services utilisateurs (quatre cadres de santé et trois infirmières).

Ce groupe s'est fixé la tâche d'élaborer un mode opératoire transversal en suivant la procédure de gestion documentaire proposée par la Mission Qualité du CHU.

3. RÉSULTATS

3.1 ENQUÊTE « UN JOUR »

3.1- 1 Données recueillies

Le 8 juillet 2003, 113 anesthésies ont été réalisées au CHU de Nantes dont 72 pour des actes chirurgicaux (données obtenues à partir des relevés de chaque bloc opératoire). Pour 8 patients, la prise en charge postopératoire initiale a été effectuée en Réanimation chirurgicale.

➤ **Caractéristiques des patients**

La population étudiée a été composée de 33 hommes et 39 femmes, avec un âge moyen de 44 ± 23 ans (DS).

Les effectifs de patients restant hospitalisés les jours suivant la chirurgie sont présentés dans le tableau 1.

La répartition des patients en fonction de la discipline chirurgicale est exposée dans le tableau 2.

Tableau 1 : effectifs de patients opérés hospitalisés

	Nombre de patients
J0	72
J1	52
J2	36
J3	23
J4	21

Tableau 2: répartition des patients en fonction de la chirurgie

	Nombre de patients
Chirurgie ostéoarticulaire	20
Chirurgie viscérale	22
Chirurgie tête et cou	16
Chirurgie thoracique cardiovasculaire	7
Neurochirurgie	5
Chirurgie non précisée	2

➤ « Enquête patients »

72 questionnaires ont été recueillis.

Les taux de réponses obtenues les différents jours de l'enquête sont présentés dans le tableau 3.

Tableau 3 : pourcentage de réponses des patients opérés et restant hospitalisés

	% de réponses
Veille de l'intervention	86
J1	92
J2	94
J3	91
J4	90

➤ « Enquête SSPI »

Les 72 questionnaires correspondant aux 72 patients opérés ont été recueillis. Ces patients ont été pris en charge par 26 infirmiers.

Le taux de réponses aux questionnaires a été de 97%.

Les données concernant le diplôme, l'ancienneté et la connaissance de protocoles des infirmiers sont résumées dans le tableau 4.

Tableau 4 : qualification, ancienneté et connaissance de protocoles

	Nombre d'infirmiers
Diplôme	
IDE	13
IADE	13
Ancienneté	
0 – 5 ans	12
6 – 10 ans	5
> 10 ans	9
Durée d'exercice en SSPI ou en Réanimation	
0 – 5 ans	17
6 – 10 ans	0
> 10 ans	9
Connaissance des protocoles antalgiques	15
Connaissance des protocoles de prise en charge des nausées et vomissements postopératoires	13

3.1- 2 Principaux résultats de l' « enquête patients »

□ Prévalence de la douleur

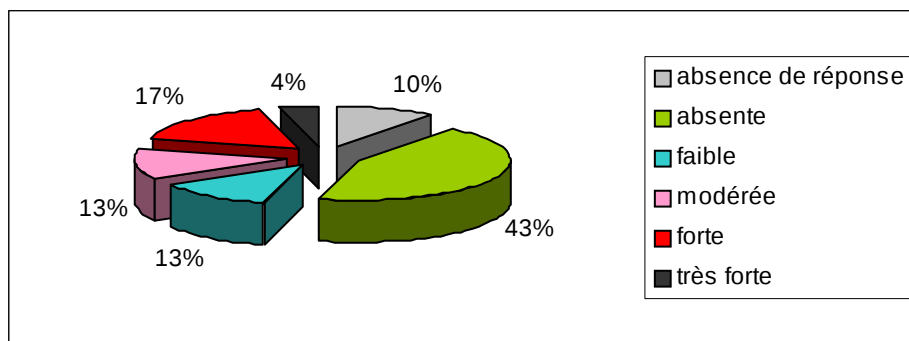
Période préopératoire

21 % des patients éprouvaient une douleur, même faible, avant l'intervention.

SSPI

Parmi les questions posées à J1, la question 38 demandait de préciser l'intensité de la douleur ressentie en SSPI à l'aide d'une EVS (douleur absente, faible, modérée, forte ou très forte). Les réponses obtenues sont présentées sur le graphique 1.

Graphique 1 : répartition des patients (% de la population) en fonction de l'intensité de la douleur ressentie en SSPI



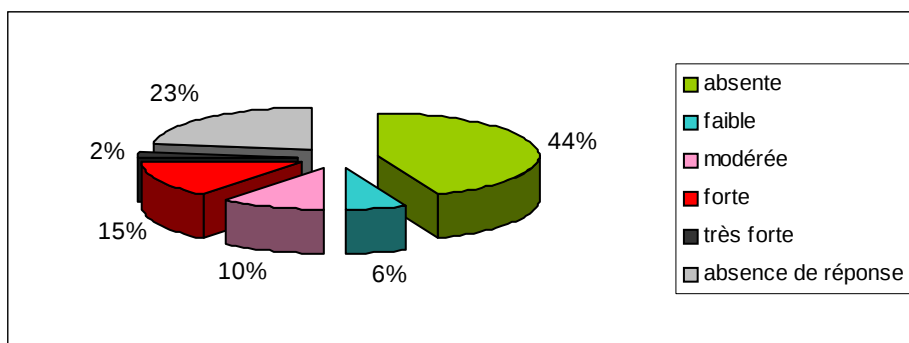
Le jour de l'intervention

Les questions 21 à 23 portaient sur l'intensité de la douleur ressentie au retour du bloc opératoire, quantifiée par l'EVS, et le délai d'apparition de la douleur dans l'unité d'hospitalisation.

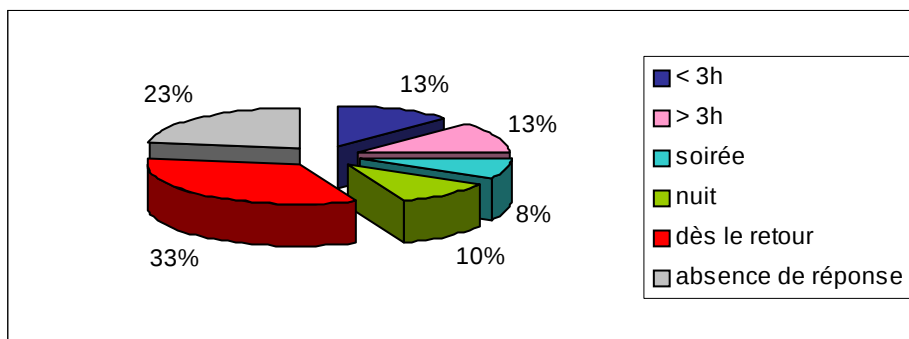
Les résultats sont présentés sur les graphiques 2 et 3.

23% des patients n'ont pas répondu à ces questions car ils avaient précédemment déclaré ne pas avoir éprouvé de douleur durant les 24 dernières heures.

Graphique 2 : répartition des patients (% de la population) en fonction de l'intensité de la douleur ressentie au retour du bloc opératoire



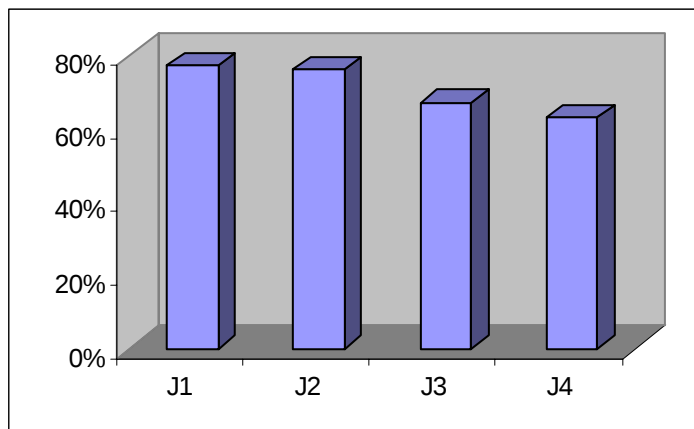
Graphique 3 : répartition des patients (% de la population) en fonction du délai d'apparition de la douleur après le retour du bloc opératoire



les 4 jours suivant l'intervention

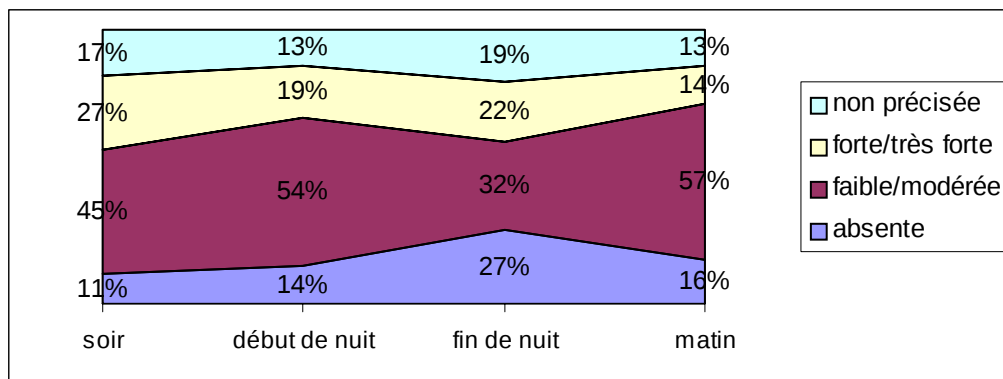
La prévalence de la douleur, les quatre jours suivant la chirurgie, est présentée sur le graphique 4, la question posée aux patients étant : « Avez-vous ressenti une douleur même faible au cours des dernières 24 heures ? ».

Graphique 4 : prévalence de la douleur les jours suivant l'intervention

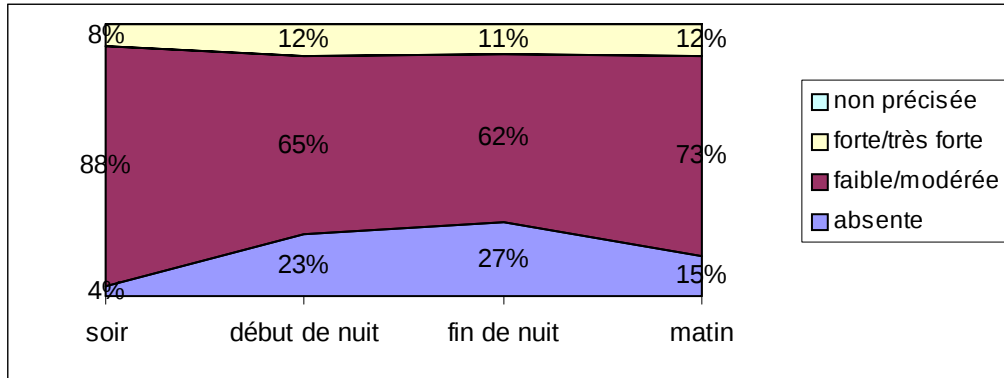


Chaque jour, il a été demandé aux patients de préciser l'intensité de leur douleur à l'aide de l'EVS, à différents moments des 24 dernières heures écoulées. Les résultats de ces évaluations sont représentés sur les graphiques 5, 6, 7, et 8 .

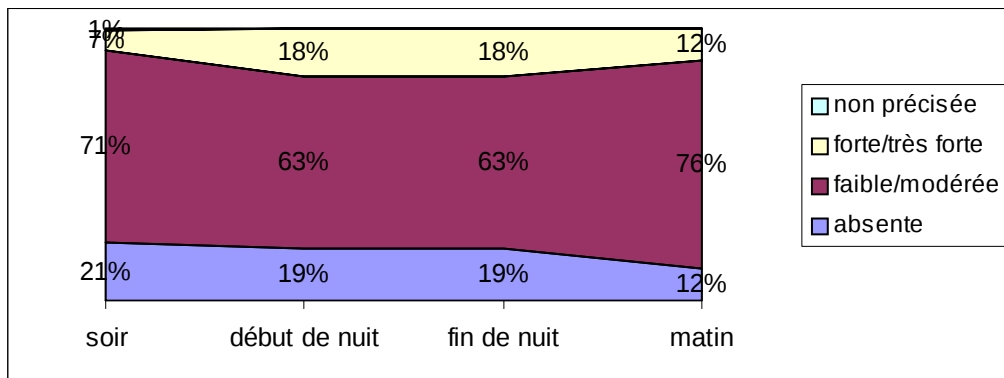
Graphique 5 : répartition des patients (%la population) en fonction de l'intensité de la douleur ressentie de J0 à J1 (52 patients interrogés)



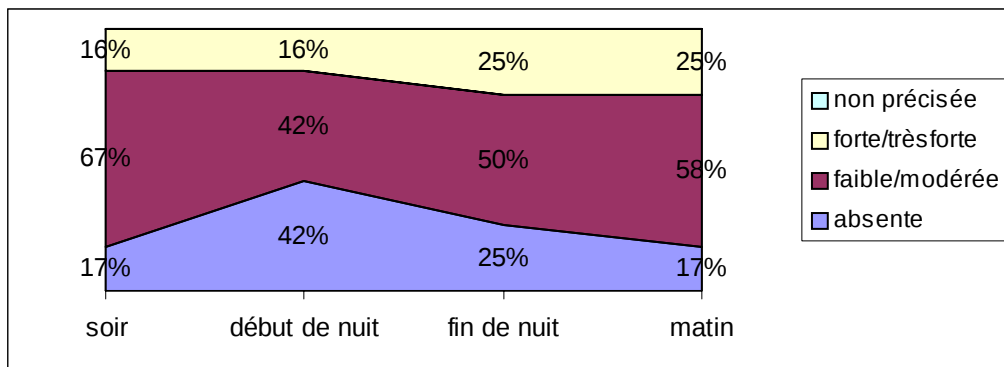
Graphique 6 : répartition des patients (%la population) en fonction de l'intensité de la douleur ressentie de J1 à J2 (36 patients hospitalisés)



Graphique 7 : répartition des patients (%la population) en fonction de l'intensité de la douleur ressentie de J2 à J3 (23 patients hospitalisés)

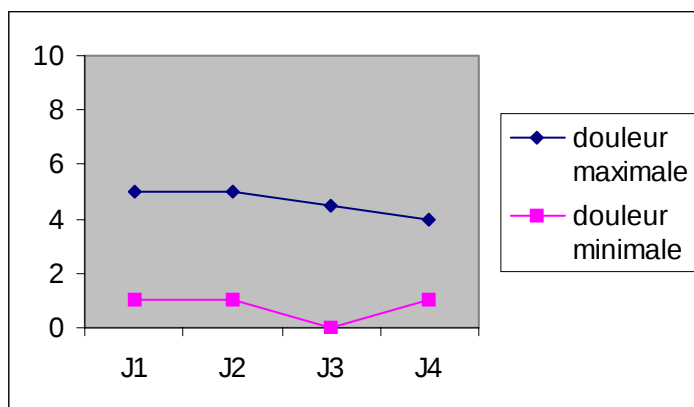


Graphique 8 : répartition des patients (%la population) en fonction de l'intensité de la douleur ressentie de J3 à J4 (21 patients hospitalisés)



Les réponses obtenues à la question posée quotidiennement, « *Pouvez-vous cocher sur cette échelle de douleur [entre 0 (pas de douleur) et 10 (maximum de douleur possible)] la douleur la plus forte et la douleur la plus faible que vous avez ressentie au cours des dernières 24 heures ?* », sont présentées sur le graphique 9.

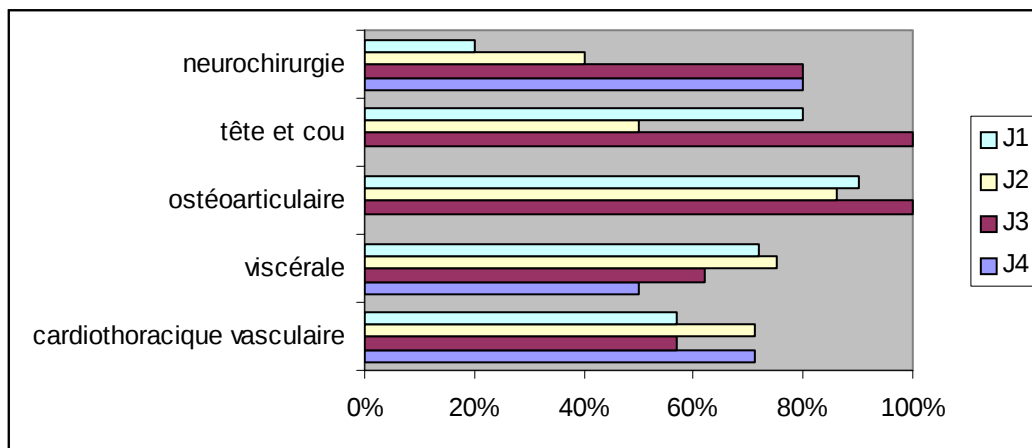
Graphique 9 : intensité de la douleur la plus faible et la plus forte ressentie (valeurs médianes)



Prévalence de la douleur en fonction du type de chirurgie

La prévalence de la douleur, même faible, en fonction du type de chirurgie est représentée sur le graphique 10.

Graphique 10 : prévalence de la douleur en fonction du type de chirurgie

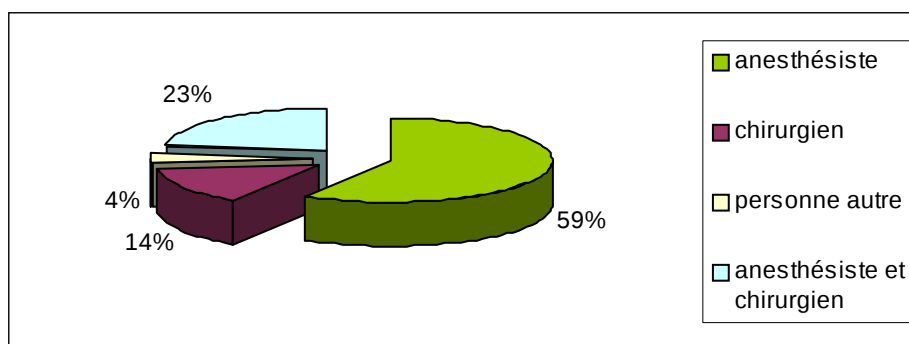


□ Information des patients

40% des patients ont rapporté avoir reçu une information sur la douleur lors des consultations préopératoires, 35% de façon systématique et 5% après l'avoir demandée. La moitié d'entre eux a été encouragée à signaler la douleur qu'ils pourraient ressentir après la chirurgie.

Les personnes ayant informé les patients sont présentées sur le graphique 11.

Graphique 11 : répartition des patients (% de la population) en fonction des personnes ayant délivré une information sur la douleur en préopératoire.



❑ Evaluation de la douleur et outils utilisés

89% des patients se sont souvenus avoir été interrogés en SSPI et plus de 85% des patients ont déclaré avoir été régulièrement évalués par les équipes soignantes dans les unités d'hospitalisation.

L'EN a été utilisée dans 34% des cas le premier jour et moins de 30% des cas les jours suivants.

L'EVA a été employée chez 11% des patients le premier jour et chez moins de 15% des patients les jours suivants.

❑ Traitements antalgiques

Les réponses des patients, concernant les traitements reçus de manière systématique, leur demande supplémentaire avec le délai d'obtention de ce traitement et l'utilisation de PCA sont présentées par le tableau 5.

Tableau 5 : traitements antalgiques reçus

	J1	J2	J3	J4
% de patients ayant déclaré avoir reçu un traitement antalgique sans l'avoir demandé	85	85	90	95
% de patients ayant réclamé un traitement supplémentaire	25	18	24	11
Délai d'obtention :				
< 5 min	10	9	5	5
5 – 15 min	6	6	14	0
15 – 30 min	8	3	0	5
> 30 min	0	0	5	0
% de patients ayant utilisé une PCA	19	17	4	0

Aucun patient n'a déclaré avoir bénéficié d'une analgésie locorégionale.

□ Satisfaction

Le degré de satisfaction, exprimé chaque jour par les patients au sujet de la prise en charge de la douleur (note entre 0 et 20), est présenté dans le tableau 6.

Tableau 6: satisfaction des patients

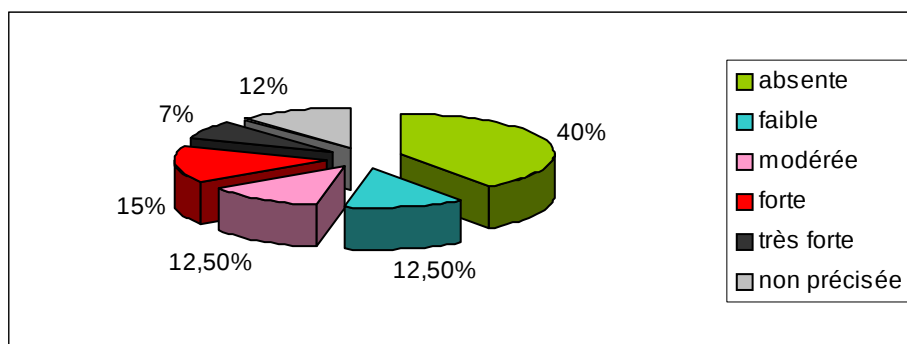
	J1	J2	J3	J4
% de patients déclarant être totalement satisfaits	96	94	86	100
Degré de satisfaction (% de patients)				
- entre 16 et 20	67	68	67	84
- entre 11 et 15	25	29	33	16
- entre 6 et 10	2	0	0	0
- entre 0 et 5	0	0	0	0

3.1- 3 Principaux résultats de l' « enquête SSPI »

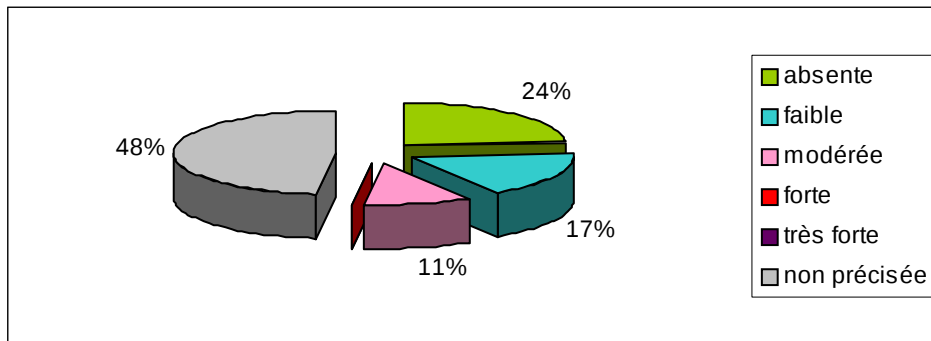
□ Prévalence de la douleur

La prévalence et l'intensité de la douleur des patients, évaluées par les infirmiers à l'arrivée en salle de réveil et avant la sortie, sont représentées sur les graphiques 12 et 13.

Graphique 12 : répartition des patients (% de la population) en fonction de l'intensité de la douleur à la 1^{ère} évaluation en SSPI



Graphique 13 : répartition des patients (% de la population) en fonction de l'intensité de la douleur avant la sortie de SSPI



La durée de séjour en SSPI a été prolongée par la douleur pour 13% des patients.

□ Evaluation de la douleur

Les méthodes d'évaluation de la douleur utilisées par les infirmiers sont résumées dans le tableau 7.

Tableau 7 : moyens d'évaluation de la douleur utilisés (% d'utilisation)

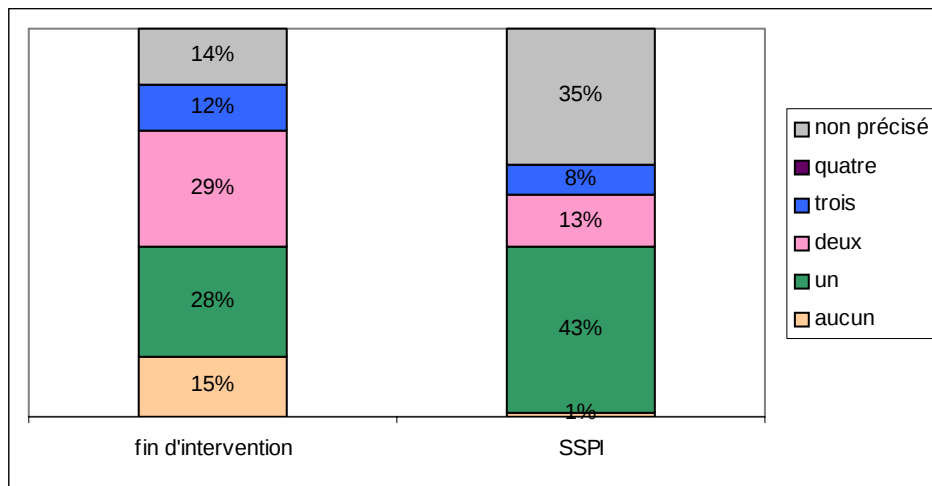
Interrogatoire seul	33
Association de plusieurs outils d'évaluation	36
EVS	13
EN	28
EVA	7

Une EVA était disponible dans 56% des cas.

□ Stratégie antalgique

Le nombre de médicaments antalgiques administrés en fin d'intervention et en SSPI est représenté par le graphique 14.

Graphique 14 : répartition des patients (% de la population) en fonction du nombre d'antalgiques administrés en fin d'intervention et en SSPI



Les associations thérapeutiques, utilisant le paracétamol, le kétoprofène, le néfopam, la nalbuphine et la morphine, ont été très diverses.

Au cours de l'intervention, du paracétamol a été administré chez 70% des patients, de la morphine chez 30% et du kétoprofène chez 23%.

En SSPI, 39% des patients ont reçu de la morphine, 26% ont reçu du paracétamol, 10% ont reçu du kétoprofène et 10% du néfopam.

Les infirmiers ont fait appel au médecin, pour ajuster la prescription initiale, pour 16% des patients.

3.2 ENQUÊTE EN CHIRURGIE AMBULATOIRE

3.2- 1 Données recueillies

➤ « Enquête patients »

Le nombre de questionnaires distribués en consultation d'anesthésie n'est pas connu.

Très peu de patients ont répondu à l'enquête : 16 ont renvoyé les questionnaires. Il s'agissait de 9 hommes (56%) et 7 femmes, d'âge moyen 36 ± 21 ans (DS).

La répartition des patients répondeurs en fonction de la discipline chirurgicale est exposée par le tableau 8.

Tableau 8 : répartition des répondeurs en fonction de la chirurgie

	Nombre de patients
Chirurgie ophtalmologique	6
Chirurgie urologique	1
Chirurgie gynécologique	4
Chirurgie infantile	1
Chirurgie stomatologique	1
Chirurgie non précisée	3

➤ « Enquête SSPI »

Bien que des questionnaires aient été distribués dans l'ensemble des SSPI concernées par l'enquête, seuls les infirmiers de SSPI de gynécologie-obstétrique ont répondu.

60 questionnaires ont été remplis. L'âge moyen des patientes était de 31 ± 6 ans (DS).

La majorité des interventions réalisées ont été des fécondation in vitro (67%) et des curetages utérins (20%).

Les interventions ont été effectuées sous anesthésie générale dans 90% des cas, sous anesthésie locorégionale dans 7% des cas et sous sédation dans 3% des cas.

3.2- 2 Principaux résultats de l'«enquête patients»

□ Prévalence de la douleur

Période préopératoire

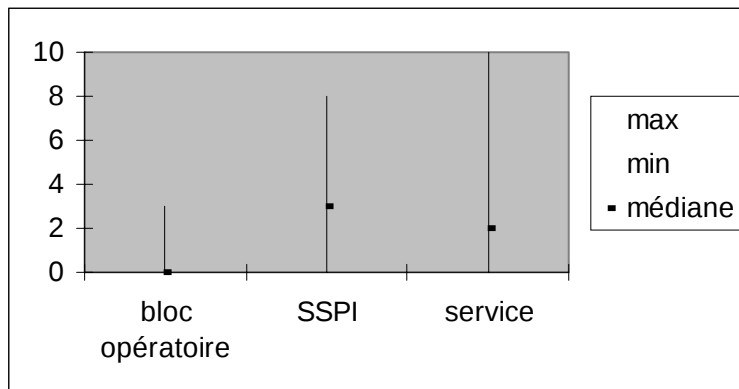
Aucun patient n'éprouvait de douleur préopératoire, 5 sur les 16 cependant craignaient d'avoir mal après l'intervention.

Le jour de l'intervention

Le jour de l'intervention, 9 des 16 patients (56%) ont déclaré avoir ressenti des douleurs, la question posée étant « *Avez- vous ressenti une douleur même faible depuis votre intervention ?* »; ces douleurs concernaient la région opérée dans 6 des 9 cas.

Le graphique 15 montre l'intensité des douleurs les plus fortes ressenties sur une échelle de 0 à 10, au bloc opératoire, en SSPI et après le retour dans le service de chirurgie ambulatoire.

Graphique 15 : intensité de la douleur la plus forte ressentie au bloc opératoire, en SSPI et dans le service d'hospitalisation (valeurs médianes et extrêmes)



Juste avant le retour à domicile, une douleur persistait pour 6 patients (37,5%). L'intensité médiane était de 4,5 sur 10 avec des valeurs allant de 2 à 6. Cette douleur était considérée comme une gêne pour le retour à domicile pour 2 patients (12,5%).

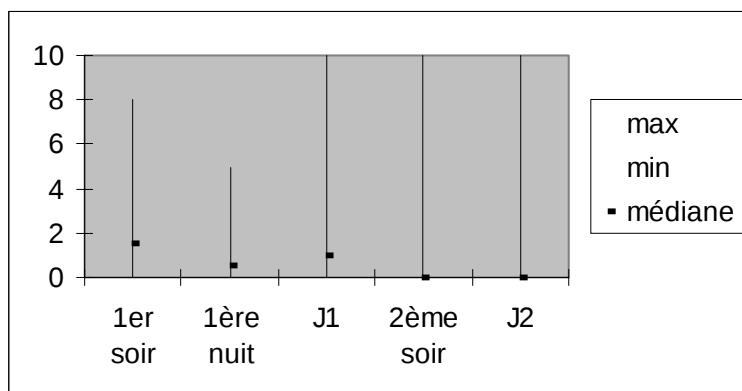
7 patients (44%) craignaient d'avoir mal après leur retour à domicile.

Les 2 jours suivant l'intervention

Selon les questionnaires remplis deux jours après l'intervention, la moitié des patients a ressenti une douleur même faible après le retour à domicile.

Le graphique 16 montre l'intensité de la douleur ressentie le soir de l'intervention, la première nuit, le lendemain, le deuxième soir et le deuxième jour suivant l'intervention.

Graphique 16 : intensité de la douleur les deux jours suivant l'intervention (valeurs médianes et extrêmes)



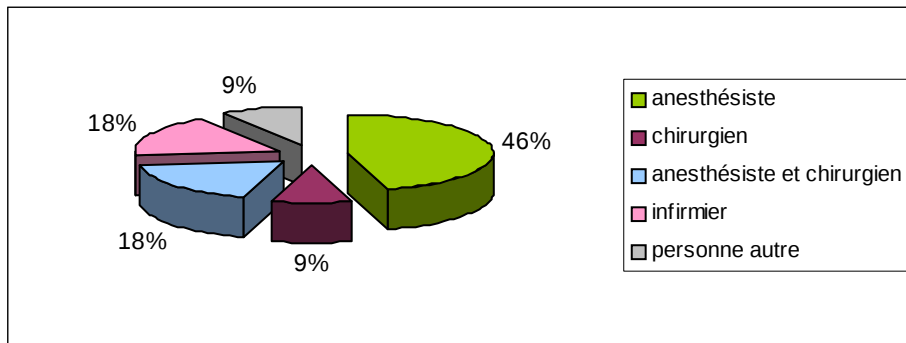
7 des 16 patients ont déclaré avoir été gênés par la douleur pour la reprise de leur activité quotidienne.

□ Information des patients

11 patients (69%) ont rapporté avoir reçu une information sur la douleur lors des consultations préopératoires, 8 sans l'avoir demandée et 3 à leur demande. Cette information, lorsqu'elle a été donnée, a répondu à leurs attentes.

Les personnes ayant délivré l'information sont présentées sur le graphique 17.

Graphique 17 : répartition des patients (% de la population) en fonction des personnes ayant délivré une information sur la douleur en préopératoire



10 des 16 patients (62,5%) ont été encouragés à signaler la douleur qu'ils pourraient ressentir après l'intervention.

□ Evaluation de la douleur

Avant la sortie de l'hôpital, 9 patients (56%) se sont souvenus avoir été interrogés au sujet de leur douleur au bloc opératoire, 13 (81%) et 15 (94%) en salle de réveil et dans le service de chirurgie ambulatoire.

Aucune question n'était posée concernant les outils d'évaluation utilisés.

□ Traitements antalgiques

Le tableau 9 présente le nombre de patients ayant reçu des traitements antalgiques le jour de l'hospitalisation et le nombre de patients ayant consommé des médicaments après le retour à domicile.

Tableau 9 : traitements antalgiques reçus en hospitalisation et consommés à domicile

Nombre de patients recevant un traitement antalgique en préopératoire, (%)	1 (6)
Nombre de patients ayant reçu un traitement systématique en hospitalisation, (%)	11(69)
Nombre de patients ayant réclamé un traitement supplémentaire en hospitalisation, (%)	2(12)
Nombre de patients ayant reçu une ordonnance de sortie, (%)	8(50)
Nombre de patients ayant consommé un traitement antalgique dès leur retour, (%)	4(25)
Nombre de patients ayant consommé des traitements après leur retour, (%)	
- pendant 12h	1(6)
- pendant 24h	0
- pendant 48h ou plus	5(31)

Un patient sur les 16 a déclaré avoir contacté son médecin traitant pour obtenir un traitement antalgique.

□ Satisfaction des patients

Le degré de satisfaction, au sujet de la prise en charge de la douleur, exprimé par les patients avant leur sortie et 2 jours après l'intervention, est présenté par le tableau 10.

Tableau 10 : satisfaction des patients

	Avant la sortie	2 jours après l'intervention
Nombre de patients déclarant être satisfaits, (%)	14(87)	14(87)
Degré de satisfaction exprimé: nombre de patients, (%)		
- entre 16 et 20	10(62,5)	11(69)
- entre 11 et 15	4(25)	1(6)
- entre 6 et 10	1(6)	2(12,5)
- entre 0 et 5	0	6

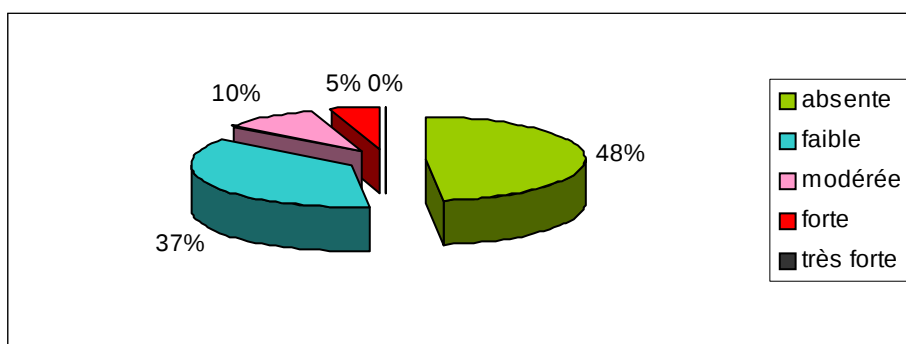
3.2- 3 Principaux résultats de l' « enquête SSPI »

□ Prévalence de la douleur

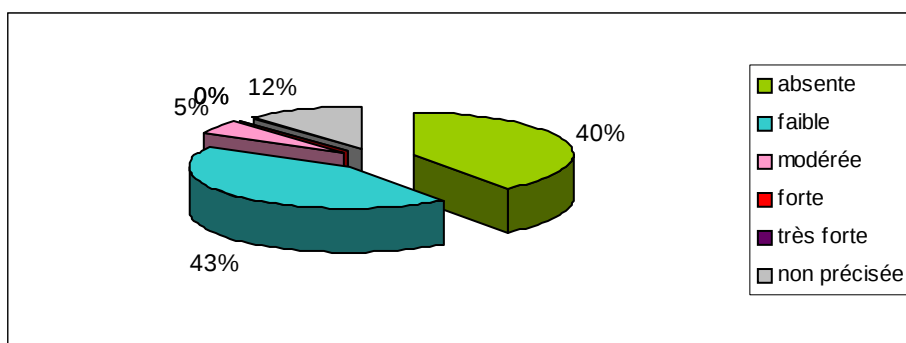
Les graphiques 18 et 19 montrent l'intensité de la douleur ressentie lors de la première évaluation et avant la sortie de salle de réveil.

Pour 13,5% des patientes, la durée de séjour en SSPI a été prolongée par la douleur.

Graphique 18 : répartition des patients (% de la population) en fonction de l'intensité de la douleur à la 1^{ère} évaluation



graphique 19 : répartition des patients (% de la population) en fonction de l'intensité de la douleur avant la sortie de SSPI



❑ Evaluation de la douleur

Une échelle objective (EVS ou échelle numérique) a été utilisée dans plus de 98% des cas pour évaluer la douleur.

L'EVA n'a pas été utilisée.

❑ Stratégie antalgique

Pendant l'intervention, 91,7% des patientes ont reçu un dérivé du fentanyl ; un autre antalgique, le paracétamol, a été associé pour 18,3% d'entre elles.

En SSPI, une administration supplémentaire de médicament antalgique a été nécessaire dans 40% des cas (pour 37% une monothérapie et pour 3% une bithérapie).

Les infirmiers ont fait appel au médecin anesthésiste pour 13,5% des patientes afin d'ajuster la prescription initiale des traitements antalgiques.

3.3 INFORMATION DES USAGERS

Les réponses obtenues auprès des médecins anesthésistes, au sujet de la brochure d'information destinée aux patients, ont été prises en compte et des modifications ont été apportées.

Nous attendons les réponses des représentants des usagers.

La brochure sera ensuite diffusée après avis de la cellule de communication.

La brochure, « Ensemble, luttons contre la douleur post-opératoire », rédigée par le groupe de travail, est la suivante :

Ce document a été réalisé avec la participation des représentants des usagers

Si vous souhaitez faire des remarques sur ce document d'information, écrivez-nous :
Comité de Lutte contre la Douleur
Groupe Douleur aiguë
CHU de Nantes - Hôtel Dieu
44093 NANTES Cedex

Document d'information créé le 01/07/2005

Votre participation est primordiale

Qui, mieux que vous, peut parler de votre douleur?

N'hésitez pas à en parler à vos médecins, chirurgien et anesthésiste, et au personnel soignant : infirmier(ère)s, kinésithérapeutes, et aides-soignant(e)s

La prise en charge de la douleur fait partie intégrante des soins

Article L 1110-5 du code de la santé publique :
« ... toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être prévenue, évaluée, prise en compte et traitée... »

**Ensemble,
luttons contre
la douleur
post-opératoire**



**CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE NANTES**

Comité de Lutte Contre la Douleur

Moins vous aurez mal, plus vite vous reprendrez votre vie quotidienne.

Des médicaments contre la douleur vous seront prescrits et administrés à titre préventif dès la fin de l'intervention, avant votre réveil.

Le traitement sera régulièrement adapté à vos besoins

Vous avez mal ?

SIGNELEZ rapidement votre douleur

Ne la laissez pas s'installer

EVALUEZ votre douleur et précisez où vous avez mal

C'est indispensable pour vous soulager

Evaluer, c'est définir ensemble « combien » vous avez mal

A intervalles réguliers, avant, pendant et après un soin, mais aussi avant et après un médicament contre la douleur, l'infirmier(ère) et vous même évaluez votre douleur

Soit à l'aide d'une règle



Soit en la notant entre 0 « je n'ai pas mal du tout... » et 10 « J'ai extrêmement mal »

Soit en la décrivant : « Ma douleur est nulle, faible, moyenne, forte, très forte »

Quels sont les moyens de lutte contre la douleur en postopératoire ?

Des médicaments

Du paracétamol à la morphine, d'abord par perfusion puis par voie orale

Divers médicaments peuvent être associés pour augmenter l'efficacité.

Le traitement préventif adapté à votre cas vous sera exposé lors de la consultation d'anesthésie. Il sera ensuite ajusté à vos besoins

Certains médicaments peuvent avoir des effets gênants

Si vous ressentez une somnolence, des nausées, des brûlures d'estomac, une difficulté à uriner, une constipation ... , signalez le rapidement.

Des techniques loco-régionales

Pour certaines chirurgies, une infiltration d'anesthésique local vous sera proposée par votre chirurgien ou par le médecin anesthésiste (analgésie péridurale, bloc péri-nerveux)

Des moyens non médicamenteux

Pour certaines douleurs, les techniques utilisées par les kinésithérapeutes et les infirmiers pourront être associées à des applications de chaleur ou de froid.

La Morphine, parlons en...

Associée à d'autres médicaments, elle est souvent prescrite en période postopératoire, à tous les âges, sans risque de dépendance.

Les effets indésirables possibles (nausées, somnolence, effets respiratoires, constipation...) seront surveillés et traités.

La morphine peut vous être donnée sous forme de comprimés, en injection, ou par perfusion intraveineuse.

Dans certains cas, une pompe à morphine (PCA) vous sera proposée.

La PCA

(Pompe d'analgésie autocontrôlée)

C'est une pompe vous permettant de vous administrer vous-même de petites doses de morphine à l'aide d'un bouton poussoir.

Chaque fois que la douleur réapparaît, ou avant un geste douloureux (toilette, soins, mobilisation...), vous appuyez sur le bouton

La pompe est programmée pour éviter les effets indésirables et les surdosages.

Une surveillance adaptée est associée.

3.4 PROCÉDURE D' UTILISATION DU MEOPA

L'information et le mode opératoire pour l'administration de MEOPA ont été validés selon les procédures de gestion documentaire.

La procédure finale, diffusée depuis le 5 avril 2005 sur le réseau Intranet du CHU, est la suivante :

1 - OBJET

Ce document décrit les modalités d'administration du MEOPA, mélange gazeux d'oxygène (50%) et de protoxyde d'azote (50%).

2 - OBJECTIF

Faciliter et sécuriser l'utilisation du MEOPA (Kalinex®).

3 - DOMAINE D'APPLICATION

Infirmiers diplômés d'État, infirmiers spécialisés, manipulateurs d'électroradiologie médicale des services utilisateurs..

4 - DEFINITION ET PREALABLES

Le MEOPA est administré par inhalation chez l'enfant et chez l'adulte pour procurer une sédation consciente et une analgésie de surface de courte durée. Il est présenté en bouteilles de 5 l et 20l remplies à 170 bars.

Intérêt

- Jeûne non nécessaire : les réflexes laryngés sont conservés
- Action rapide après 3 à 5 minutes d'inhalation continue
- Patient vigile, capable de dialoguer avec les soignants
- Effet anxiolytique avec parfois crises de rire (effet hilarant)
- Elimination très rapide à l'arrêt de l'inhalation

Privilégier l'inhalation contrôlée par le patient et l'association avec une anesthésie locale : infiltration ou gel de Lidocaïne, crème EMLA (myélogramme, biopsie, programme de soins dentaires, PL ou ponction veineuse chez l'enfant...).

Effets secondaires

Effets mineurs : nausées, sensation de lourdeur ou de chaleur

Changements sensoriels et altérations de la perception :

- ☞ Paresthésies buccales ou distales
- ☞ Troubles visuels (vision floue, diplopie) et distorsions auditives (éloignement des sons, tintement)
- ☞ Distanciation de la réalité avec impression de vivre un rêve (6% en pédiatrie) ou perte de la notion de temps (personnes âgées)

L'incidence des altérations des sens et de la perception augmente avec la durée d'inhalation et avec l'âge.

Limites

L'arrêt de l'administration s'impose dans 3 circonstances :

Analgésie insuffisante après 5 min d'inhalation continue (20% des cas)

Vomissement, gênant mais sans risque (réflexes laryngés conservés)

Effet indésirable sévère :

- ☞ Cyanose
- ☞ Phobie du masque avec panique ou détresse
- ☞ Excitation paradoxale, toujours aggravée par la contention
- ☞ Sédation profonde avec perte du contact verbal
- ☞ Cauchemars, hallucinations

Les effets indésirables sont totalement réversibles après l'arrêt de l'inhalation.

RÉDACTION	VISA	VÉRIFICATION	VISA	APPROBATION	VISA	Date Application
Groupe MEOPA Dr M. MALINGE M. POISSON Cadre Sup. Santé		Dr H. GAILLARD C. COSSET IDE		Dr J. NIZARD Président du CLUD Mme LE BRAS Coord. Gal Soins		Avril 2005

Mo_Douleur_001-001_MEOPA_05-04-05

5 - RECOMMANDATIONS GENERALES

Prescription médicale - L'indication est conforme au protocole validé par le Chef de Service. Les contre-indications et les facteurs de toxicité sont rappelés page 3.

- La prescription est tracée dans le dossier de soins du patient : le prescripteur s'identifie, date et signe la prescription (PAQ 4) dans la limite d'une administration quotidienne et de 7 jours.
- La prescription peut être renouvelée dans la limite de 15 jours

Lieu d'administration - Le MEOPA est administré dans un local ventilé ou naturellement aéré, après avis de l'ingénieur responsable de la maintenance biomédicale.

- Le lieu est fixe ou variable selon le protocole du service. Il dispose d'une source d'oxygène et d'une source de vide. Le matériel d'oxygénation et d'aspiration est accessible.
- Un système d'évacuation passif des gaz expirés est utilisé dans les locaux naturellement ventilés. La pièce est correctement aérée entre les actes successifs.

Organisation paramédicale sous la responsabilité du cadre de santé - Une personne se consacre à la surveillance du patient et au contrôle de l'inhalation.

- Un médecin peut intervenir à tout moment (Art. 4311-9, exercice professionnel des infirmiers, dispositions réglementaires des parties IV et V du code de la santé publique, décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004)
- Les utilisateurs ont suivi une formation spécifique et disposent d'un support audiovisuel. Leurs connaissances et leur compétence sont évaluées annuellement.
- Une rotation du personnel est nécessaire au-delà de 6 heures d'exposition hebdomadaire
- L'administration répétée est déconseillée pendant le premier trimestre de la grossesse.

Contre-indications à l'administration paramédicale

La présence au lit du patient d'un médecin sachant reconnaître et traiter les éventuels effets indésirables est nécessaire dans 4 circonstances :

- Administration par un manipulateur d'électroradiologie médicale
- Enfant âgé de moins de 3 ans
- Etat hémodynamique précaire
- Prescription simultanée pour le même acte d'un morphinique ou d'une benzodiazépine

L'administration concomitante d'un morphinique et/ou d'une benzodiazépine induit un risque respiratoire réel et implique :

- Le jeûne du patient
- Le monitoring de la saturation en oxygène, de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle, la surveillance de la fréquence respiratoire
- L'expertise du médecin présent au lit du patient

Précautions d'emploi

- Mélange gazeux riche en oxygène: ni graisse, ni flamme, ne pas enduire le visage du patient d'un corps gras
- La conservation < 0°C expose au démixage de l'oxygène et du protoxyde d'azote avec risque d'hypoxie brutale lors de l'inhalation
- Tout vol ou détournement de bouteille doit être signalé au pharmacien

Les bouteilles sont rangées en position verticale dans un local fermant à clé . Les bouteilles de 20 litres sont arrimées à un porte-bouteilles. Ne pas stocker plus de bouteilles que nécessaire

6 - MODE OPERATOIRE

La durée totale de la séance ne doit pas dépasser 1 heure

Vérifications

- Le matériel d'urgence est accessible
- La bouteille de MEOPA n'a pas subi de choc
- Le détendeur débitmètre spécifique est branché
- Se placer derrière le détendeur débitmètre, ouvrir le robinet de la bouteille en tournant à fond vers la gauche puis le refermer d'un quart de tour
- La pression résiduelle doit être > 10 bars avant de débiter le soin

Préparation du matériel

Circuit d'inhalation prêt à l'emploi (réutilisable 15 fois)

- Dispositif en T avec valve unidirectionnelle, ballon, tuyau d'alimentation
- Tuyau d'évacuation des gaz expirés

Matériel à usage unique

- Masque transparent de taille adaptée au patient
- Filtre antiviral et antibactérien

Les circuits munis d'une valve à surpression dite réglable sont très déconseillés

- Connecter le dispositif en T au masque et au tuyau d'alimentation
- Brancher l'autre extrémité du tuyau d'alimentation sur l'olive du détendeur débitmètre
- Mettre en place le masque et le filtre sur le dispositif en T
- Connecter le tuyau d'évacuation des gaz expirés et le diriger vers la fenêtre entrouverte

Préparation du malade

- Installer le patient allongé ou demi assis dans un environnement calme
- L'informer de l'intérêt du MEOPA et lui présenter le matériel
- Lui expliquer qu'il va rester conscient mais qu'il peut se sentir un peu bizarre, avoir des fourmillements ..

Administration et surveillance

- Régler un débit de gaz suffisant pour maintenir le ballon gonflé sans tension (6 à 9 l/min chez l'adulte)
- Débuter l'inhalation en recommandant au patient de respirer normalement : l'inhalation doit être continue pendant au moins 3 min avant toute stimulation douloureuse
- Maintenir en permanence le contact verbal tout en surveillant :
 - ☞ la respiration et la coloration du patient
 - ☞ l'absence de fuite autour du masque : le ballon ne doit pas se coller à l'inspiration
- Autoriser le début de l'acte après 3 à 5 minutes d'inhalation, lorsque le patient est détendu
- Poursuivre la surveillance de façon continue.
- Arrêter l'inhalation dès la fin du geste douloureux, fermer aussitôt le robinet de la bouteille en tournant vers la droite, puis le débitmètre après que la pression sera tombée à 0.
- Surveiller le patient au repos pendant 5 minutes

Traçabilité et rangement du matériel

- Remplir la feuille de traçabilité patient
- Jeter le matériel à usage unique et procéder au nettoyage de surface du matériel réutilisable
- Cocher le n° d'utilisation du circuit réutilisable sur la fiche de traçabilité fournie par le fabricant
- Vérifier la pression résiduelle de la bouteille de MEOPA et remplacer la bouteille si la pression résiduelle est <10 bars.

7 - RAPPELS AUX PRESCRIPTEURS

Contre-indications générales

- Hypertension intracrânienne, trouble de conscience non évalué
- Patient oxygène-dépendant ou accumulation d'air dans un espace clos : pneumothorax, emphysème bulleux, occlusion intestinale, embolie gazeuse, accident de plongée
- Fracture des os de la face, otite ou sinusite aiguë
- 1^{er} trimestre de la grossesse (hors AMM)

Un risque réel = distension des cavités closes . La diffusion du protoxyde d'azote est 30 fois plus rapide que celle de l'azote.

Toxicité

Le protoxyde d'azote interagit avec la vitamine B12. Des anémies mégaloblastiques et des myéloneuropathies ont été décrites après des expositions prolongées au MEOPA chez des toxicomanes. L'exposition professionnelle au MEOPA dans des locaux confinés a été associée à des troubles de la reproduction.

8 - ANNEXES

* Annexe 1 - Fiche traçabilité patient

* Annexe 2 – Mise à disposition MEOPA

DATE	Etiquette patient	ACTE	Durée totale	Satisfaction 0 à 10	Pression résiduelle

Passer commande de dispositifs médicaux auprès de l'ARSENAL

Dénomination commune	Kit pour administration de protoxyde d'azote Kalinox
Dénomination Commerciale	Kit MEOPA AVEC BALLON
Fournisseur	Intersurgical
Référence	2611004
Présentation	Carton prévu pour 150 administrations, comportant 10 kits pour 15 administrations chacun (150 filtres UU, 10 circuits validés pour 15 utilisations chacun en présence de filtre, 1 circuit antipollution réutilisable)
Stérile ?	Non
Prix unitaire TTC (le kit)	492,00 €
Stock Arsenal	Non stocké, commandes particulières
Modalités de commande	Sur bons blancs de commandes particulières
Commentaires	Mis à disposition après validation des indications par le C.L.U.D.

Mise à disposition des bouteilles de MEOPA :

- Adresser un Lotus Notes :
 - Mme Maulaz Brigitte Hôpital Saint-Jacques
 - M. Thomaré Patrick Hôtel Dieu
ou Mme Jaccard Sylvie
 - Mme Furic Isabelle Hôpital Laennec
ou Mme Alloreant Stéphanie
- Définir ensemble la dotation en bouteilles de Kalinox®
- Le pharmacien donne alors le feu vert au représentant d'Air Liquide Santé sur le C.H.U. de Nantes (M. Vermeesch Stéphane) pour la mise en place effective des bouteilles dans l'unité de soins.
- Le renouvellement des dotations en bouteilles Kalinox® suit la même procédure que celle des bouteilles d'Oxygène Présence.

La procédure est accessible à tous les soignants dans la rubrique Pratiques des secteurs cliniques (chapitre 20, section douleur).

Des fiches de traçabilité et de mise à disposition ont également été établies.

Un bilan de la consommation des services et des coûts institutionnels est prévu chaque année.

Des formations dans les services et la mise au point d'un document, sous la forme d'une vidéo, seront prochainement organisées.

4. DISCUSSION

Un des objectifs énoncés par le programme quadriennal (2002-2005) de Lutte contre la douleur est d'amener tous les établissements de santé à s'engager dans un programme de prise en charge de la douleur, celle-ci constituant une mission de tout établissement de santé (Article L.1112-4 du Code de Santé Publique) [4]. Les démarches peuvent s'inscrire au niveau de la structure qualité de l'établissement ou passer par la création d'un CLUD.

Deux types de douleur sont schématiquement reconnus : d'une part, les douleurs aiguës comme la DPO, la douleur post-traumatique et la douleur associée à certains actes et soins, et d'autre part les douleurs chroniques rebelles, telles que les lombalgies, les céphalées chroniques, celles de la maladie cancéreuse ou des douleurs neuropathiques.

En ce qui concerne la prise en charge de la DPO, la SFAR a proposé en 1997 la formation d'équipes centrées autour de la DPO et la mise en place de démarches suivant la méthodologie de l'assurance qualité [7]. Par ailleurs, la procédure d'accréditation, qui vise à favoriser l'extension durable de la dynamique qualité dans les établissements de santé, a fait émerger la nécessité de conduire ce type de démarche . L'engagement des personnels d'encadrement médical et paramédical des unités de soins est une condition indispensable. Plusieurs guides méthodologiques pour aider les établissements dans ces démarches ont été diffusés [5,10]. Ils incitent au développement des CLUD et des groupes de réflexion « qualité-douleur ».

La démarche qualité, développée initialement dans les entreprises industrielles, s'est ainsi étendue au domaine de la santé. Elle se définit par

l'ensemble des actions que mène l'entreprise pour se développer par la satisfaction de ses clients.

Au CHU de Nantes, le CLUD a été créé en 1999 au sein du Comité du Médicament. Il a été individualisé officiellement au mois de janvier 2002. Depuis sa création, il a participé à la promotion de la prise en charge de la douleur, par la mise à disposition de Bonnes Pratiques sur le réseau Intranet du CHU, ainsi qu'à l'enseignement et à la formation des personnels.

Le CLUD se réunit au moins quatre fois par an et organise chaque année une Journée de Lutte contre la Douleur, regroupant de façon interdisciplinaire les médecins et les soignants concernés par la prise en charge de la douleur. La première journée annuelle a eu lieu le 14 novembre 2002.

A partir de 2002, le CLUD a orienté ses travaux en vue de l'application du Plan quadriennal (2002-2005) de Lutte contre la Douleur. Il a également été chargé par le Président de la Commission Médicale d'Etablissement d'établir un document de synthèse visant à structurer de façon transversale à l'établissement l'organisation de la prise en charge de la douleur, douleur aiguë, douleur chronique et douleur postopératoire. Au mois de mai 2002, onze groupes de travail centrés sur les priorités du Programme de Lutte contre la Douleur 2002-2005 ont été définis. Le groupe de travail 1 (« Douleur Aiguë ») s'est consacré jusqu'ici à la prévention et au traitement de la douleur provoquée, et plus particulièrement à la prise en charge de la DPO.

Ce travail, mené en concertation avec le groupe de travail « Douleur Aiguë », s'est inscrit dans le cadre d'une démarche d'assurance qualité dans le domaine de la prise en charge de la DPO et de la douleur induite par les soins.

Les guides méthodologiques, diffusés afin d'aider les établissements dans leurs démarches, soulignent la nécessité d'établir en premier lieu « un bilan de l'existant », afin de définir des objectifs d'amélioration et de mettre en place des actions [5, 10].

La réalisation d'enquêtes auprès des patients est un des outils pouvant être utilisé pour faire « l'état des lieux ». Elle représente ainsi la première étape d'un Programme d'Assurance Qualité (PAQ).

Nous avons ainsi réalisé deux enquêtes concernant les patients opérés dans notre institution.

La première partie de notre travail a consisté à mettre au point des questionnaires destinés aux patients et aux infirmiers de SSPI.

Un outil pour la réalisation des enquêtes, composé de questionnaires destinés aux médecins, aux soignants et aux patients ainsi que d'un logiciel informatique pour l'analyse des données, a été proposé par Langlade et la SOFRED (Société Francophone d'Etude de la Douleur) en 2002 [9]. D'autres modèles de questionnaires ont été diffusés par le CLUD de l'AP-HP [11].

Nous avons préféré mettre au point nos propres questionnaires car notre objectif était, pour la première enquête, de centrer notre étude autour de patients opérés « un jour donné » et d'étudier la prévalence de la DPO pendant les premiers jours suivant la chirurgie. La seconde enquête a également concerné une population particulière: les patients opérés en

chirurgie ambulatoire. Toutefois, nous nous sommes inspirés des travaux déjà réalisés.

Pour mettre au point les questionnaires, nous avons suivi les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) pour la réussite des enquêtes de satisfaction [10]. Pour recueillir les données utiles, nous avons cherché à limiter le nombre de questions afin de ne pas dépasser un temps d'occupation des soignants et des patients trop important. Nous nous sommes également appliqués à formuler les questions de manière simple et sans ambiguïté et nous avons préféré des questions à réponses fermées (QCM) pour une meilleure interprétation des résultats. Les questions ont été organisées de manière logique en plusieurs paragraphes et un ordre chronologique a été respecté.

La saisie informatique des données, en utilisant le logiciel StatView, avait préalablement été prévue.

Avant leur diffusion, l'ANAES recommande de tester les questionnaires auprès d'un faible effectif de patients [10]. Nous n'avons pas réalisé cette démarche, mais les questionnaires ont été soumis au groupe de travail « Douleur Aiguë » du CLUD afin de vérifier la simplicité de la formulation et l'exhaustivité des questions.

L'élaboration des questionnaires a représenté une charge de travail importante. Cinq mois ont été nécessaires à la mise au point et à la validation. Toutefois, cette première étape est acquise pour la réalisation d'enquêtes futures dans notre institution et peut être proposée à d'autres établissements. Elle a déjà servi de base pour une enquête effectuée dans le service des Urgences de notre hôpital.

La participation de l'ensemble des soignants est fondamentale pour la bonne réussite des enquêtes. Les équipes soignantes (médecins, infirmiers) des blocs opératoires et des services d'hospitalisation de chirurgie ont donc été informées un mois avant la réalisation de chacune des enquêtes. Un biais dans l'analyse des pratiques pourrait être ainsi introduit, les médecins et les soignants ayant été préalablement sensibilisés à la prise en charge de la DPO. Cependant, la réussite des enquêtes ne peut se faire sans cette information préalable des acteurs de soins.

La première enquête, réalisée auprès de tous les patients opérés « un jour donné » a concerné un effectif satisfaisant : sur 113 anesthésies réalisées à cette date, 72 patients opérés ont pu être suivis dès la veille de l'intervention. Le nombre de patients interrogés pendant l'ensemble des quatre jours suivant la chirurgie est nettement plus faible (21 patients), les patients n'étant plus suivis à partir de leur sortie de l'hôpital. La durée d'hospitalisation pendant la période d'étude a donc été relativement courte.

Le taux de participation des patients et des infirmiers a été particulièrement élevé. Plus de 80% des patients ont répondu aux questionnaires la veille de la chirurgie et plus de 90% les jours suivants. 97% des infirmiers de SSPI ont participé à l'enquête, témoignant ainsi de leur intérêt à la prise en charge de la DPO.

Les réponses aux questions posées aux patients n'ont pas pu toutes être interprétées compte tenu de l'absence de réponse pour certaines (questions 16, 38, 44, 62, 68, 86, 92, 109) et du faible effectif de patients restant hospitalisés jusqu'au quatrième jour.

L'analyse des résultats de cette enquête montre avant tout que la prévalence de la DPO reste importante en 2003, plus de 70% des patients ayant déclaré avoir eu mal dans les deux premiers jours suivant la chirurgie.

Toutefois, la question posée , « Avez-vous ressenti une douleur même faible au cours des dernières 24 heures ? », ne préjugait pas de l'intensité de la douleur. D'autre part, le commentaire d'une patiente suggère la difficulté pour certains à distinguer clairement la douleur de l'inconfort. La patiente a en effet déclaré avoir ressenti des douleurs du fait de son lit d'hospitalisation peu confortable. Une analyse plus précise est donc nécessaire. La question posée est cependant présente dans les questionnaires proposés par la SOFRED [9] ; elle incite à rechercher un soulagement total de la douleur.

Le souvenir des patients concernant la douleur ressentie en SSPI semble bien corrélé avec l'évaluation faite par les infirmiers. Plus de 20% des patients ont déclaré avoir éprouvé des douleurs fortes ou très fortes en salle de réveil. Selon l'évaluation des infirmiers, 22% des malades ont ressenti des douleurs de cette intensité.

Ceci suggère une anticipation insuffisante de l'analgésie postopératoire, pendant l'intervention, bien que 70% des patients aient déjà reçu au moins un traitement antalgique avant leur arrivée en SSPI.

Par ailleurs, un tiers des patients a eu mal dès le retour dans le service et la douleur était pour plus de la moitié d'entre eux forte ou très forte. Ceci reflète vraisemblablement une maîtrise insuffisante des relais thérapeutiques entre la SSPI et les unités d'hospitalisation.

L'analyse chronologique de la douleur montre que le premier jour, plus de 20% des patients ont éprouvé des douleurs fortes ou très fortes avec une prédominance le soir. L'incidence des douleurs fortes diminue les

deuxième et troisième jours et 40 à 70% des patients interrogés ont alors éprouvé des douleurs faibles à modérées.

Les résultats de notre enquête sont en accord avec ceux obtenus lors d'une enquête de prévalence organisée par le CLUD et le PIMESP (Pôle d'Information Médicale, d'Evaluation et de Santé Publique) dans notre institution. Il s'agissait également d'une enquête transversale de type « un jour donné », effectuée par unité fonctionnelle du 18 juin 2003 au 30 juillet 2003. L'enquête du PIMESP a concerné les unités de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ainsi que les de soins de suite et de rééducation. L'analyse des résultats en fonction des différentes unités a retrouvé une prévalence de la douleur de 60,2% chez les patients hospitalisés en chirurgie, pour une prévalence globale de 58,4% chez l'ensemble des patients hospitalisés. 39% des patients ayant subi une intervention chirurgicale ont déclaré avoir ressenti des douleurs fortes. Cette évaluation paraît supérieure à la nôtre, cependant, elle ne tenait pas compte de la chronologie de la douleur.

Nos résultats peuvent favorablement être comparés à ceux d'autres études effectuées dans les hôpitaux français. La première enquête, sous forme d'audit externe, concernant la prévalence de la DPO a montré qu'en 1994, sur 473 patients, 46,4% subissaient une douleur forte ou très forte dans les 24 premières heures suivant la chirurgie [6].

Dans l'enquête publiée en 2002 par Langlade et coll., sur un échantillon de 224 malades opérés dans trois établissements distincts, 48 à 98% des patients ont déclaré avoir ressenti des douleurs après une intervention chirurgicale [9]. La chronologie d'apparition des douleurs était différente dans chacun des hôpitaux : pour le premier, la douleur apparaissait la première nuit suivant la chirurgie, pour le deuxième le lendemain et pour le troisième, la douleur était présente à toutes les étapes de la prise en

charge. Des points différents pouvant être améliorés dans chacun des établissements ont ainsi été dégagés de l'analyse de ces résultats . Les enquêtes transversales permettent de développer des plans d'actions appropriés à chaque établissement.

La prévalence de la DPO a également été étudiée à l'Hôpital Bichat [12]. Lors d'un audit interne, effectué en 2003, 81 patients, pour un effectif de 110 (74%), ont ressenti une douleur même faible au cours des 24 premières heures postopératoires et 50% des patients avaient signalé un score de douleur supérieur à 6 sur une échelle allant de 0 à 10.

Il apparaît donc globalement que des progrès s'imposent dans la prise en charge de la DPO, en particulier dans les heures suivant la chirurgie.

D'autre part, notre enquête transversale n'a pas été conçue pour comparer la prévalence de la DPO en fonction des types de chirurgie. En effet, pour chaque discipline chirurgicale, le nombre de patients est faible. L'effectif le plus élevé (27 patients) a été obtenu pour la chirurgie viscérale ; mais ce terme regroupe des services distincts : chirurgie digestive, chirurgie urologique, chirurgie gynécologique. De même, la chirurgie « tête et cou » regroupe l'ophtalmologie, la stomatologie, la chirurgie plastique ainsi que la chirurgie ORL. La chirurgie ostéoarticulaire regroupe l'orthopédie et la traumatologie. Enfin, les unités de chirurgie vasculaire et de chirurgie cardiothoracique sont distinctes.

Pour évaluer la prise en charge de la douleur dans chacune des unités, il faudrait réaliser par la suite des enquêtes au sein de chaque unité fonctionnelle, soit de type « un jour donné », soit sur une période plus longue.

Le deuxième point qui ressort de notre travail est une faiblesse dans le domaine de l'information des usagers. En effet, seulement 40% des patients interrogés ont déclaré avoir reçu une information sur la douleur lors des consultations préopératoires et seulement la moitié d'entre eux a été incitée à signaler leur douleur. On peut noter que l'information était beaucoup plus souvent délivrée par les médecins anesthésistes.

Le manque d'information a également été mis en évidence par la réalisation d'audits dans plusieurs autres établissements français : un audit effectué en 1997 au CHU de Montpellier, a montré que seulement 19% des patients étaient informés de la technique d'analgésie qui allait être utilisée [13]. La mise en place d'un PAQ dans cet établissement a permis de corriger ce défaut d'information et 96% des patients ont déclaré avoir été informés lors d'une seconde enquête effectuée l'année suivante. Dans une enquête réalisée à l'Hôpital Henri Mondor, 42% des patients ont indiqué en 1999 avoir reçu une information sur la prise en charge d'une éventuelle douleur [14].

Dans un autre établissement de l'AP-HP, l'Hôpital Ambroise Paré, les résultats d'un audit, publiés en 2000, ont également révélé que la moitié des patients ne recevait pas d'information concernant la prise en charge de la douleur [15].

De même, l'enquête de Langlade et coll. a montré que, dans les trois centres hospitaliers évalués, moins de 60% des patients déclaraient avoir reçu une information et moins de 50% d'entre eux déclaraient l'avoir comprise [9]. Ce défaut de qualité de l'information n'a pas été retrouvé dans notre CHU puisque tous les patients informés ont indiqué que l'information avait répondu à leur attente.

Enfin, nos résultats en 2003 sont proches de ceux donnés par l'audit réalisé la même année à l'Hôpital Bichat, où 38% des patients signalaient avoir été informés en consultation au sujet de la DPO [12].

Pour répondre à ce point faible dans le domaine de l'information des malades, la rédaction d'une brochure a débuté en 2004 dans notre hôpital.

L'évaluation de la douleur est un point fondamental dans la prise en charge de la douleur [4].

Dans notre enquête, plus de 85% des patients se sont souvenus avoir été régulièrement évalués, ce qui souligne l'intérêt porté par les soignants à la prise en charge de la DPO. Toutefois, alors que la conférence de consensus de la SFAR de 1997 considère l'EVA comme l'outil de référence chez l'adulte et l'enfant de plus de 5 ans [7], celle-ci n'a été utilisée que chez moins de 15% des patients dans les unités d'hospitalisation. En SSPI, elle a été employée pour 7% des malades bien que 56% des infirmiers aient déclaré qu'une réglette d'évaluation était disponible. On peut supposer que l'EVA est un outil plus difficile à manier chez les patients en phase de réveil.

L'EN, qui reste un outil fiable, est une méthode plus utilisée mais n'a été elle-même employée que pour un tiers des malades en SSPI comme dans les unités d'hospitalisation.

Ces données montrent qu'en 2003, les infirmiers des unités d'hospitalisation utilisaient essentiellement l'interrogatoire pour évaluer la douleur des patients.

L'enquête réalisée la même année, par le CLUD et le PIMESP, a montré que, dans notre hôpital, les échelles d'évaluation de la douleur (EVA, EN,

EVS) étaient moins employées dans les unités de chirurgie (30% d'utilisation), comparées aux unités de médecine (50% d'utilisation).

Il apparaît ainsi que la méthodologie d'évaluation de la DPO mérite d'être développée dans notre institution.

Le premier audit effectué en France en 1994 avait montré que la DPO n'était pas évaluée [6]. Dans les enquêtes qui ont suivi, le nombre de patients évalués est très variable . Les outils d'évaluation sont également divers.

Certaines enquêtes ont montré que l'évaluation de la douleur nécessitait des plans d'actions: à l'Hôpital Henri Mondor, en 1999, seulement 31% des médecins et 43% des infirmiers déclaraient évaluer la douleur chez tous les patients [14].

L'enquête de Langlade et coll. a également mis en évidence une insuffisance d'évaluation dans les trois établissements étudiés [9].

De la même manière, l'audit de l'Hôpital Bichat a montré en 2003, que dans certains services, la douleur n'était évaluée que chez 37% des malades alors que dans d'autres services, près de 100% de patients étaient évalués [12].

En revanche, d'autres enquêtes ont objectivé une forte sensibilisation des soignants à l'évaluation des patients. Dans un audit, réalisé dans un hôpital de l'AP-HP en 1999, les résultats de l'évaluation de la douleur étaient consignés dans 82% des dossiers de soins [15].

Dans une autre enquête effectuée dans un établissement privé en 1999, tous les malades étaient évalués toutes les 4 heures pendant 24 heures à l'aide de l'EVA, de l'EVS ou de l'EN. Ces excellents résultats avaient pu être obtenus après la mise en place d'un plan d'action, centré en partie sur l'évaluation des malades [16].

En ce qui concerne les outils d'évaluation, ils sont également variables selon les établissements. Dans l'enquête de Langlade et coll., l'EN était utilisée dans 3 à 5% des cas, l'EVS dans 15 à 29% des cas et l'EVA dans 16 à 48% des cas [9].

Pour notre part, nous avons observé une certaine réticence à l'utilisation de l'EVA dans notre institution.

Les prescriptions antalgiques n'ont pas fait l'objet d'une analyse dans notre enquête en raison de leur diversité. Il est néanmoins important de noter que pour plus de 70% des patients, l'analgésie postopératoire a été anticipée par l'administration d'au moins un antalgique dès la fin de l'intervention. Il s'agissait le plus souvent du paracétamol intraveineux, administré à 70% des patients, de la morphine (un tiers des patients) et du kétoprofène (23% des patients). En SSPI, la moitié des patients a reçu un à deux médicaments supplémentaires. Malgré cela, 21% des patients ont déclaré avoir ressenti des douleurs fortes ou très fortes en SSPI et un tiers des patients a eu mal dès le retour dans le service. Il existe donc, dans un cas sur cinq, une inadéquation entre la stratégie antalgique initiée en salle d'opération et la douleur ressentie par les malades.

Ceci suggère que les techniques d'analgésie autocontrôlée ou d'analgésie locorégionale ont été insuffisamment prescrites le jour de l'enquête, ou que les chronologies d'actions des médicaments n'ont pas été régulièrement prises en compte.

En 1999, Chauvin estimait qu'une PCA était nécessaire pour 20% des malades opérés et que les techniques d'analgésie locorégionale pouvaient concerner 5 à 10% des patients [8]. Le jour de notre enquête, une PCA a été prescrite chez 20% des patients. Rappelons que l'analgésie autocontrôlée n'était employée que pour 2% des malades lors du premier audit réalisé en France en 1994 [6]. Cinq ans plus tard, cette technique

d'analgésie était utilisée pour 23 à 37% des patients d'orthopédie et 43 à 57% des patients de chirurgie digestive à l'Hôpital Ambroise-Paré de Boulogne [15].

A Nantes, environ 15% des patients opérés à l'Hotel-Dieu/HME du CHU ont bénéficié en 2003 d'une technique d'anesthésie et/ou d'analgésie locorégionale, en particulier dans le service d'Orthopédie avec une prescription chez 20% des patients. Il apparaît donc paradoxal que le jour de notre enquête, aucun patient n'ait déclaré avoir bénéficié de ce type d'analgésie.

Dans d'autres institutions, les techniques d'analgésie locorégionale ne sont utilisées que chez 2 à 13% des malades [12, 15, 16].

Dans les services d'hospitalisation, plus de 90% des patients interrogés ont déclaré avoir reçu des traitements antalgiques de manière systématique avec un relais rapide par la voie orale, dès le lendemain de l'intervention dans la majorité des cas. Cependant, entre 11 et 25% des patients ont réclamé des antalgiques supplémentaires.

Le délai entre la demande antalgique et l'administration du traitement peut être considéré comme assez satisfaisant puisqu'il a été constamment inférieur à 30 minutes, à une exception près. Ces résultats sont comparables à ceux donnés par Langlade et coll. [9] et par l'audit de l'Hôpital Bichat [12].

Les réponses des infirmiers de SSPI mettent en avant un autre élément à développer dans la prise en charge de la DPO: moins de 56% des infirmiers connaissaient l'existence de référentiels ou de protocoles antalgiques, alors que ces protocoles étaient disponibles, depuis 1999, sur le réseau Intranet du CHU, dans l'espace du Comité du médicament. La même observation a été faite dans d'autres établissements [9].

Il est donc important de faire connaître ces protocoles, rédigés par service et par type de chirurgie.

Par contre, la satisfaction des patients, dans notre première enquête, a été très bonne avec 95% de patients satisfaits. Ce pourcentage est supérieur à ceux retrouvés dans d'autres enquêtes, qui vont de 10 à 92% [9, 12-16].

Toutefois, bien que la satisfaction des malades soit un objectif capital, elle ne saurait être le seul indicateur de la qualité de la prise en charge de la DPO. A cet égard, notre enquête a objectivé une discordance entre la prévalence des douleurs fortes, ressenties par 7 à 27% des patients, et le degré de satisfaction exprimé. Ceci pourrait être expliqué par le fait que les malades ne savent pas ce qu'ils sont en droit d'attendre en terme de soulagement de la douleur. La majorité d'entre eux ne semble pas espérer un soulagement complet après une chirurgie [17]. Là encore, l'information préopératoire a une importance majeure.

Une étude suisse, publiée en 2001, a mis en évidence que moins de 10% des malades interrogés avant une intervention chirurgicale espéraient ne pas éprouver de DPO [18]. Les facteurs influençant la satisfaction retrouvés dans cette étude sont multiples : le sexe, l'âge, l'attente des patients en terme de soulagement et les expériences douloureuses antérieures.

On peut aussi penser que le degré de satisfaction exprimé par les patients vis-à-vis de la DPO prend en compte la proximité et la disponibilité des soignants. Cette hypothèse n'a pas été appuyée par les commentaires des patients.

En conclusion, outre le degré de satisfaction et le taux de réponses élevés des patients, cette première enquête a révélé plusieurs améliorations à apporter dans le domaine de la prise en charge de la DPO:

- la prévalence de la douleur pendant les heures et la soirée suivant l'intervention était élevée ;
- l'information des patients était insuffisante;
- la formation des soignants à l'évaluation de la douleur et à la connaissance des protocoles disponibles était décevante compte tenu des efforts développés par l'établissement.

Conformément aux recommandations de l'ANAES pour un retour systématique d'information aux professionnels [10], les résultats de cette enquête ont été communiqués aux internes d'anesthésie-réanimation chirurgicale et aux infirmiers de SSPI qui y avaient participé.

Les résultats ont également été présentés le 18 décembre 2003 lors de la Journée Annuelle de Lutte Contre la Douleur et un poster a été exposé le 15 octobre 2004 au Conseil Régional de Nantes pour la Journée Mondiale de Lutte contre la Douleur.

L'enquête effectuée en février 2005 auprès des patients opérés en chirurgie ambulatoire a reçu peu de réponses puisque 16 patients seulement ont retourné les questionnaires . Compte tenu de l'attention portée par les patients à la première enquête, nous avons choisi de privilégier les réponses spontanées des patients opérés en ambulatoire.

Le travail préparatoire n'avait pas prévu le recueil du nombre de questionnaires distribués et de ce fait, ce nombre ne nous est pas connu. Ce point devra être revu lors de la programmation d'enquêtes ultérieures.

Plusieurs hypothèses peuvent être formulées pour expliquer le nombre faible de réponses. En premier lieu, l'information délivrée lors de la consultation d'anesthésie, sur l'importance du rôle que les patients peuvent jouer dans l'amélioration de la prise charge de la DPO, a pu être insuffisante. L'autre hypothèse, plus optimiste mais néanmoins vraisemblable est que peu de patients ont ressenti des douleurs, même faibles, après la chirurgie ambulatoire et que seuls les patients algiques ont répondu.

En ce qui concerne les infirmiers de salle de réveil, l'information avait été adressée aux cadres de santé et avait été complétée par une information orale avec le passage d'une personne dans toutes les SSPI. La participation très faible pourrait s'expliquer tout d'abord par la difficulté à distinguer, au bloc opératoire, les patients opérés en chirurgie conventionnelle et les patients opérés en ambulatoire. Une autre hypothèse peut être que peu de patients ambulatoires ont été algiques. L'hypothèse d'une charge de travail trop importante pour les infirmiers ne peut être retenue dans la mesure où le taux de participation avait été très élevé pour la première enquête.

En conclusion, une nouvelle enquête paraît souhaitable, en modifiant la méthodologie pour le recueil des données.

Les résultats de l' « enquête patients » ont toutefois été analysés et peuvent se résumer en cinq points :

- près de 60% des réponders ont déclaré avoir ressenti des douleurs le jour de la chirurgie ; bien que modérée, avec une

intensité médiane de 3 à 4 sur une échelle numérique, la douleur n'était pas entièrement soulagée .

- dans les 48 heures suivant la chirurgie, la moitié des réponders a ressenti des douleurs faibles mais 40% d'entre eux ont été gênés pour la reprise de leur activité quotidienne . Ceci pourrait être en rapport avec le fait qu'un tiers des réponders provenait d'ophtalmologie .
- la moitié seulement des réponders a déclaré avoir reçu une ordonnance de sortie .
- aucun répondeur n'a été réhospitalisé pour des douleurs .
- un seul patient a contacté son médecin traitant pour une prescription antalgique.

L'épidémiologie de l'analgésie en chirurgie ambulatoire reste un domaine peu traité dans la littérature. Les études rapportent une incidence moyenne des douleurs postopératoires de 30% [19]. 50% des patients ayant bénéficié d'une chirurgie de rhizarthrose du pouce ont déclaré avoir souffert de façon intense les deux premiers jours postopératoires [20]. La prévalence de la douleur, après amygdalectomie réalisée en ambulatoire, a été évaluée à l'étranger. Les douleurs éprouvées par les enfants après le retour à domicile étaient intenses et persistaient jusqu'à sept jours [21].

Toutefois, la satisfaction des patients reste le plus souvent très bonne [22]. Ceci a été confirmé dans notre enquête, 1 seul des 16 patients ayant été mécontent de sa prise en charge. Ceci suggère que, du point de vue des patients, le retour à domicile prime sur la qualité de l'analgésie.

Enfin, la moitié des réponders seulement a déclaré avoir reçu une information sur la douleur. Ceci appuie les résultats de la première

enquête quant à la de nécessité d'améliorer l'information des patients, qui doit prendre en compte les modalités antalgiques à domicile.

Au total, nos deux enquêtes ont permis de cerner des points forts et des points plus faibles dans la prise en charge de la DPO dans notre institution . Parmi les points faibles, il faut retenir (1) une insuffisance de l'information, (2) une réticence à l'utilisation de l'EVA et (3) une connaissance trop partielle des protocoles antalgiques.

L'information des patients est un élément essentiel dans la prise en charge de la douleur. La conférence de consensus de la SFAR a souligné que la consultation d'anesthésie ou la visite préopératoire pouvaient être un moment privilégié pour la transmettre [7]. Bien que le plus souvent délivrée par les médecins anesthésistes d'après nos enquêtes, elle doit être l'affaire de tous. « Associer les usagers par une meilleure information » est aussi un objectif énoncé par le Programme de Lutte Contre La Douleur 2002-2005 [4]. « Les usagers doivent apprendre à être des acteurs de l'amélioration de la prise en charge de la douleur », comme l'ont d'ailleurs été les patients interrogés en 2003 par leur adhésion à l'enquête. Tout patient doit « avoir accès à une information précise et compréhensible sur la prise en charge de la douleur notamment avant un acte douloureux et avant une intervention chirurgicale. » [4].

L'élaboration de la brochure « Ensemble, luttons contre la douleur postopératoire » a eu pour objectif de corriger un des points faibles retrouvés dans notre institution dans la prise en charge des patients opérés.

Le second volet de l'information concerne les soignants. Comme l'a souligné la conférence de consensus de la SFAR, un plan de formation pour l'ensemble du personnel médical et paramédical doit être établi [7].

A l'échelle du CHU de Nantes, depuis 2000, 586 personnes ont été formées à la prise en charge de la douleur, essentiellement par des membres du CLUD.

Un Diplôme Inter Universitaire, dirigé par le Professeur Lajat, Chef de Service de Neurochirurgie et de l'Unité d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, a été adjoint en 2004 au Diplôme Universitaire existant.

Un poste mi-temps d'infirmière référente douleur a été créé en octobre 2004. Dans un premier temps, cette infirmière se consacre à des actions de formation et répond aux demandes des équipes soignantes.

Des formations sur l'utilisation des pompes d'analgésie contrôlée par le patient ont déjà été délivrées par des médecins anesthésistes et urgentistes ; l'infirmière référente répond également à la demande des soignants dans ce domaine.

Six mois ont été nécessaires pour la formation des infirmiers du service des Urgences. Une formation du même type, concernant l'administration du MEOPA, est prévue prochainement.

La procédure d'utilisation du MEOPA, dont l'élaboration avait débuté en même temps que l'initiation des enquêtes, a été diffusée sur le réseau Intranet accessible à l'ensemble des soignants du CHU. Elle doit permettre d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients lors de certains soins et sera complétée en 2006 par la diffusion d'un document vidéo réalisé au sein des services utilisateurs.

Par ailleurs, des protocoles de surveillance et d'adaptation des traitements administrés par les techniques d'analgésie locorégionale sont en cours d'élaboration par des médecins anesthésistes et l'infirmière référente douleur . La formation des personnels concernant l'application de ces protocoles sera ensuite indispensable.

Les protocoles existant sur le réseau Intranet dans l'espace des Bonnes Pratiques du Comité du Médicament demandent une mise à jour régulière, dont le caractère chronophage ne doit pas être sous estimé. La littérature concernant la DPO s'étant beaucoup enrichie depuis une dizaine d'années, il est aujourd'hui souhaitable de proposer des procédures en fonction du type de chirurgie.

Il existe cependant des outils d'aide, comme par exemple le programme PROCEDOL (PROCEdures de prise en charge de la DOuLeur postopératoire), initié par les laboratoires Bristol-Myers Squibb. Toutes les procédures proposées ont été rédigées et validées par un comité scientifique, présidé par l'anesthésiste référent douleur du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, et composé de deux autres médecins anesthésistes, d'un pharmacien hospitalier et d'une infirmière référente douleur. Elles sont fondées sur les données de la littérature avec des mises à jour régulières.

Les bénéfices de l'organisation de la prise en charge de la DPO ont été bien démontrés dans de nombreux pays.

Le premier modèle organisationnel proposé aux Etats-Unis en 1988 repose sur la création de « services de la douleur aiguë », composés d'un anesthésiste, d'un interne et d'une infirmière [23]. Leur rôle est d'évaluer quotidiennement la douleur des patients, de rédiger des protocoles standardisés et de réaliser l'enseignement des soignants. Une présence

physique ou téléphonique doit également être assurée 24h/24 afin de résoudre les problèmes liés à l'application des traitements antalgiques.

Des « Acute Pain Services » (APS) se sont ainsi créés aux Etats-Unis.

La mise en place de ces services a permis une amélioration de la prise en charge des patients dans les pays anglo-saxons [24-26]. Deux écueils peuvent cependant être soulignés : d'une part, ces services se consacrent aux patients dont les douleurs attendues sont fortes. En effet, les APS, mis en place peu de temps après le développement des PCA et des techniques d'analgésie locorégionale, prennent en charge en priorité les patients bénéficiant de ces nouvelles techniques. D'autre part, ce type de prise en charge semble coûteux , avec une estimation de 1500 francs par patient [17]. Une analyse du rapport coût/bénéfices, réalisée aux Royaume-unis a cependant estimé ce type d'organisation rentable compte tenu de la charge de travail diminuée pour les soignants des unités d'hospitalisation.

Un tel système semble plus difficile à implanter dans la plupart des établissements européens. Une enquête réalisée dans 17 pays européens a montré, qu'en 1998, 64% des hôpitaux ne disposaient pas d'APS [27]. En 2000, en Allemagne, environ un tiers des hôpitaux avait mis en place des APS, mais moins de 5% de ces services assuraient une permanence la nuit et le week-end [28]. Les raisons données par les établissements n'ayant pas choisi ce modèle d'organisation étaient un manque de personnel et un manque de ressources financières.

Un modèle organisationnel plus simple et moins coûteux a donc été proposé en 1994 par une équipe suisse [29]: il est centré autour d'infirmiers «réfèrent douleur » dont le rôle est de s'assurer du bon déroulement des soins antalgiques, du respect des protocoles et des connaissances de leurs collègues. Ces infirmiers réfèrent assurent un lien

entre les équipes chirurgicales et les médecins anesthésistes par qui leur travail est supervisé.

Ce système pourrait permettre une prise en charge de tous les patients opérés.

En France, la question de l'organisation de la prise en charge de la douleur dans les services de chirurgie a été développée dès 1997 par la SFAR à l'occasion de la conférence de consensus sur la prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et chez l'enfant [7].

Plutôt que de mettre en avant la nécessité de créer des «services de la douleur aiguë » selon le modèle anglo-saxon, le jury de cette conférence a proposé la mise en place au sein des établissements d'un « schéma organisationnel utilisant la méthodologie de l'assurance qualité », ceci devant nécessiter un engagement de l'équipe de direction et des responsables médicaux et paramédicaux [7]. La structuration d'une équipe autour de la douleur postopératoire et la création d'une fonction d'infirmière experte étaient également considérées comme des facteurs essentiels de réussite des PAQ.

Ce type de démarche a montré un intérêt dans l'amélioration de la qualité des soins dans plusieurs établissements français : en effet, la mise en place d'un PAQ de prise en charge de la douleur au CHU de Montpellier a permis une meilleure maîtrise de la douleur postopératoire [13]. Dans cet établissement, un comité de pilotage a été constitué afin d'établir un référentiel d'assurance qualité de la douleur avec des objectifs de soulagement et de satisfaction des patients. Un premier audit auprès des patients a ensuite été effectué et l'écart entre le référentiel et le premier audit évalué. Après la mise en évidence des insuffisances et des dysfonctionnements, un plan d'action a été élaboré. L'efficacité des actions accomplies a été évaluée par la réalisation d'un second audit. Ce

PAQ a permis de réduire l'intensité des douleurs postopératoires et d'améliorer la satisfaction des patients.

L'installation d'un programme d'assurance qualité au sein d'un établissement de l'AP-HP a également permis d'améliorer la qualité des soins délivrés aux patients opérés dans cet hôpital [15]: deux audits ont été réalisés à six mois d'intervalle par l'interrogatoire des patients sur l'information reçue et la douleur postopératoire ressentie. Entre les deux audits, les résultats ont été diffusés à l'ensemble des médecins anesthésistes et des mesures correctrices ont été proposées. Ce PAQ a conduit à des changements perceptibles des prescriptions des médecins, de la surveillance de la douleur ainsi qu'à une meilleure satisfaction des patients.

De la même manière, à l'Hôpital Bichat, l'information des patients, l'évaluation des patients dans les unités d'hospitalisation, la prévalence des douleurs fortes ont pu être améliorées par la mise en place d'un « programme d'amélioration continue de la douleur postopératoire » [12].

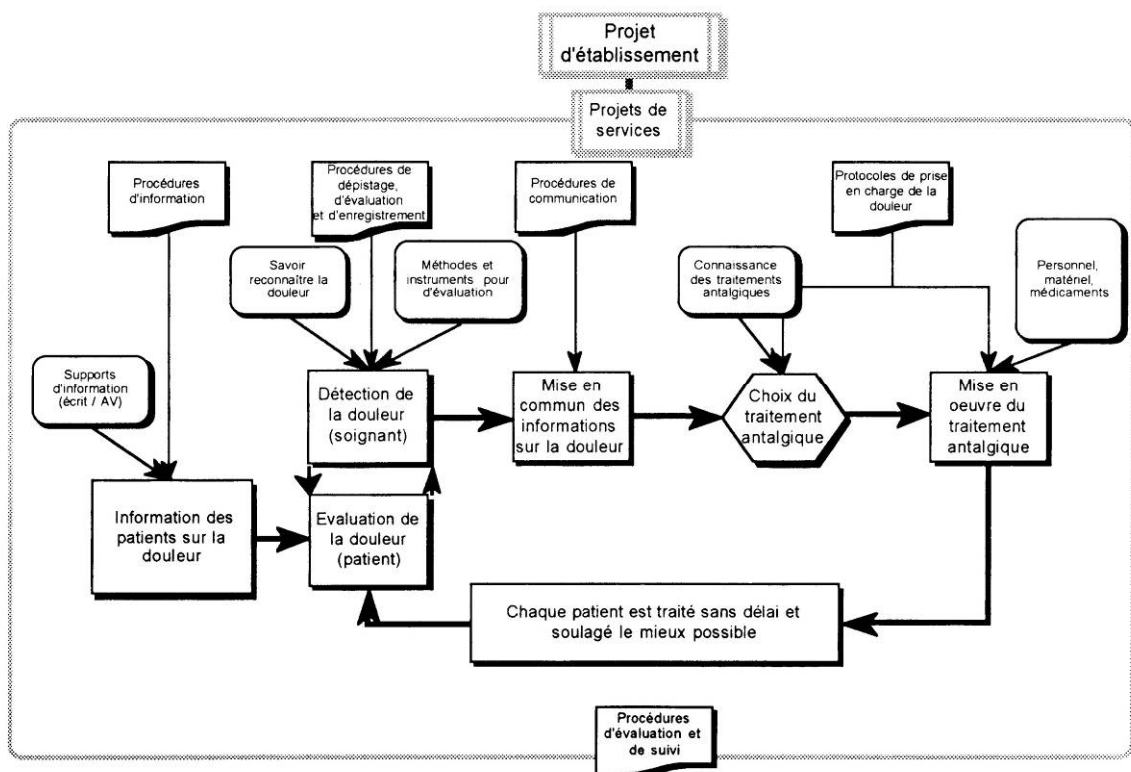
Des PAQ visant à améliorer la prise en charge postopératoire, non pas pour tous les patients opérés, mais pour des secteurs spécifiques peuvent également être mis en place. Ceci a été réalisé par exemple dans des services de maternité, l'objectif étant d'améliorer l'analgésie des patientes ayant subi des lésions périnéales au moment de l'accouchement [30].

De même, des programmes ont été mis en place dans des services d'orthopédie et ont permis une amélioration de la qualité des soins délivrés aux malades [16].

Les démarches d'assurance qualité doivent donc être poursuivies au sein de notre hôpital. Après la mise en place des actions visant à corriger les insuffisances dans la prise en charge des patients opérés, de nouvelles enquêtes devront être réalisées afin d'évaluer les effets des

mesures entreprises. Des enquêtes propres à chaque unité fonctionnelle sont à envisager. D'autre part, la réalisation d'enquêtes auprès des soignants semble intéressante. Des questionnaires destinés aux médecins anesthésistes, aux chirurgiens, aux infirmiers, aux aides-soignants et aux kinésithérapeutes peuvent permettre d'établir un état des lieux des pratiques. L'outil de réalisation d'enquête proposé par Langlade et la SOFRED pourrait être utilisé [9].

Comme nous l'avons vu précédemment, ces démarches nécessitent un temps considérable et l'engagement de nombreuses personnes. L'amélioration de la prise en charge de la DPO nécessite une véritable organisation au sein de chaque établissement et les moyens nécessaires peuvent être représentés par le schéma suivant : [31].



5. CONCLUSION

Article L. 1112-2 du Code de la Santé Publique : « la qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. Celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction... »

Nos enquêtes, première étape d'un plan d'assurance qualité appliqué à la DPO, ont permis de cerner des points forts mais aussi des insuffisances dans la prise en charge de la DPO.

Des propositions visant à améliorer la qualité, ont été établies, suivant les recommandations de la SFAR.

La première réalisation a consisté à rédiger la brochure « Ensemble, luttons contre la douleur post-opératoire ».

Par extension à la douleur associée aux soins et dans le cadre du Programme de Lutte Contre la Douleur 2002-2005, la diffusion d'une procédure d'administration du MEOPA a également pour but de développer ce moyen simple de prévention de la douleur induites par les soins.

D'autres mesures doivent encore être initiées. Ces démarches sont longues si elles veulent être efficaces et s'appliquer à l'ensemble d'un établissement. Elles sollicitent autant le personnel médical que paramédical.

Mais c'est en définissant une véritable culture de lutte contre la douleur, et en se donnant les moyens de cette politique, que les établissements de santé pourront mieux répondre à l'attente des personnes malades.

6. REFERENCES

[1] Circulaire DGS/DH n°98/586 du 22 septembre 1998 relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés. <http://www.sante.gouv.fr>

[2] Evaluation du plan triennal de lutte contre la douleur. <http://www.sante.gouv.fr>

[3] Circulaire DHOS/E2/2002/266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé. <http://www.sante.gouv.fr>

[4] Le programme de lutte contre la douleur 2002-2005. <http://www.sante.gouv.fr>

[5] Guide pour la mise en place d'un programme de lutte contre la douleur dans les établissements de santé. <http://www.sante.gouv.fr>

[6] Poisson-Salomon AS, Brasseur L, Lory C, Chauvin M, Durieux P et le groupe de pilotage. Audit de la prise en charge de la douleur postopératoire. Presse Med. 1996 ; 25 : 1013-17.

[7] Recommandations du jury de la conférence de consensus sur la prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et chez l'enfant. Ann Fr Anesth Réanim 1998 ; 17 : 445-61

[8] Chauvin M. La douleur après l'intervention chirurgicale. Presse Med. 1999 ; 28 : 203-11.

[9] Langlade A, Bellanger F, Cornet C, Monrigal MC, Ballandyne S, Bonnet F. Démarche assurance-qualité pour la prise en charge des douleurs postopératoires : proposition d'un outil de réalisation d'enquêtes. Ann Fr Anesth Réanim 2002 ; 31 : 276-294

[10] Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé. Juillet 2000. <http://www.anaes.fr>

[11] Les méthodologies d'enquête.
<http://interclud.ap-hp.fr/ext/questionnaires/quest1.htm>

[12] Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) de l'Hôpital Bichat – Claude Bernard. Enquête sur la prise en charge de la douleur post-opératoire. Audit interne 2003.
<http://interclud.ap-hp.fr/ext/questionnaires/quest1.htm>

[13] Mann C, Béziat C, Pouzeratte Y, Boccara G, Brunat G, Millat B, Colson P. Programme d'assurance qualité de prise en charge de la douleur postopératoire : impact de la Conférence de consensus de la Sfar. Ann Fr Anesth Réanim 2001 ; 20 : 246-54

[14] Clud de l'Hôpital Henri Mondor : enquête transversale un jour donné. Synthèse des résultats 1999.
<http://interclud.ap-hp.fr/ext/questionnaires/quest1.htm>

[15] Galinski M, Fletcher D, Gaudé V, Guirimand F, Chauvin M. Intérêt d'une évaluation périodique des pratiques de prise en charge de la douleur postopératoire. Ann Fr Anesth Réanim 2000 ; 19 : 725-33

[16] Arnold S, Delbos A. Bilan à 5 ans de la gestion de la douleur postopératoire dans le cadre d'une démarche qualité, en chirurgie orthopédique dans un établissement privé . Ann Fr Anesth Réanim 2003; 22 : 170-8

[17] Bouaziz H. Comment organiser la prise en charge de la douleur postopératoire dans les services de chirurgie ? Ann Fr Anesth Réanim 1998 ; 17 : 494-501

[18] Svensson I, Sjöström B, Haljamäe H. Influence of expectations and actual pain experiences on satisfaction with postoperative pain management. Eur J Pain 2001; 5: 125-33

[19] Wolff A, Forster A. Analgésie pour chirurgie ambulatoire. Epidémiologie. 41^e Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Evaluation et traitement de la douleur 1999. Elsevier, Paris, et SFAR.55-64.

[20] Vial F, Bouaziz H, Mekler G, Cornet C, Merle M, Laxenaire MC. Douleur postopératoire et cure chirurgicale de rhizarthrose du pouce, opérée sur le mode ambulatoire. Ann Fr Anesth Réanim 2000 ; 19 : 643-8.

[21] Warnock FF, Lander J. Pain progression, intensity and outcomes following tonsillectomy. Pain 1998; 75: 37-45.

[22] Dupré LJ. Analgésie en chirurgie ambulatoire. 20^e Journées Internationales de Mises Au Point en Anesthésie-Réanimation. Communications scientifiques 2002. 243-51.

[23] Ready LB., Oden R, Chadwick HS, Benedetti C, Rooke GA, Caplan R, Wild LM. Development of an anaesthesiology-based postoperative pain management service. *Anesthesiology* 1988; 68: 100-6

[24] Miaskowski C, Crews J, Ready LB, Paul SM, Ginsberg B. Anesthesia-based pain services improve the quality of postoperative pain management. *Pain* 1999; 80: 23-9

[25] Tighe SQM, Bie JA, Nelson RA, Skues MA. The acute pain service : effective or expensive care ?. *Anaesthesia* 1998; 53: 397-403

[26] Windsor AM, Glynn CJ, Mason DG. National provision of acute pain services. *Anaesthesia* 1996; 51: 228-31.

[27] Rawal N, 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.

[28] Stamer UM, Mpasios N, Stüber F, Maier C. A survey of acute pain services in Germany and a discussion of international survey data. *Reg Anesth Pain Med* 2002; 27: 125-31.

[29] Rawal N, Berggren L. Organization of acute pain services: a low-cost model. *Pain* 1994; 57: 117-23

[30] Urion L, bayoumeu F, Jandard C, Fontaine B, Bouaziz H. Programme d'assurance qualité pour la prise en charge de la douleur après lésions périnéales obstétricales. *Ann Fr Anesth Réanim* 2004 ; 23: 1050-6

[31] Larue F, Monin S, Fontaine A, Benhamou D et le Club douleur de la mutualité française. Développement d'un programme d'assurance qualité de l'analgésie postopératoire. 39^e Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Evaluation et traitement de la douleur 1997. Elsevier, Paris et SFAR : 17-34

7. ANNEXES

Annexe I

Enquête un jour donné

- ◆ **Questionnaires patients**
- ◆ **Questionnaires SSPI**

Enquête sur la douleur postopératoire

Numéro du questionnaire

CADRE RESERVE A L ENQUETEUR

1) Age

2) Sexe ☐ féminin ☐ masculin

3) Date d'hospitalisation jour mois année

4) Date de chirurgie jour mois année

5) Patient communiquant verbalement ☐ OUI ☐ NON

6) Patient initialement hospitalisé ☐ en unité conventionnelle ☐ en réanimation

Madame, Monsieur,

Cette enquête est destinée à obtenir des informations sur la douleur que vous ressentirez peut-être après votre intervention et sur la façon dont elle aura été prise en charge.

Les questionnaires que vous remplirez seront recueillis par une personne qui n'appartient pas au service dans lequel vous êtes hospitalisé et seront analysés de façon anonyme.

La personne qui vous a remis cette information pourra vous aider à les remplir.

Merci du temps que vous voudrez bien consacrer à répondre à nos questions. Vos réponses nous aideront à améliorer la qualité de la prise en charge de la douleur dans notre hôpital.

Acceptez-vous de répondre à des questions sur la douleur ?

Si vous avez répondu OUI, l'enquête se déroulera en plusieurs étapes.

Le premier questionnaire est à remplir lors de votre arrivée dans le service

Le second sera à remplir le lendemain de votre intervention chirurgicale. Il concerne la douleur que vous aurez peut-être ressentie dans les 24 premières heures post opératoires.

Si vous êtes toujours hospitalisé entre le 2^{ème} et le 4^{ème} jour après votre intervention, un questionnaire vous sera remis chaque jours afin de suivre l'évolution de votre douleur dans le temps.

Vous restez libre de suspendre à tout moment votre participation à cette enquête.

I. Questions à remplir à votre arrivée dans le service

7) Aviez-vous mal avant d'être hospitalisé(e) ? ☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu NON, passez à la question 10

8) Si OUI, depuis combien de temps ? ☐ moins de 3 mois ☐ plus de 3 mois

9) Votre douleur était-elle suffisamment soulagée avant votre hospitalisation ? ☐ OUI ☐ NON

10) Etes-vous venu(e) en consultation avant d'être hospitalisé(e) ? ☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu NON, ce questionnaire est terminé

11) Si OUI, vous a-t-on donné à la consultation une information sur la douleur que vous pourriez ressentir après votre intervention ?

☐ OUI, sans que je l'ai demandé ☐ OUI, parce que je l'ai demandé ☐ NON

Si vous avez répondu NON, ce questionnaire est terminé

12) Si OUI, cette information répondait-elle à votre attente ? ☐ OUI ☐ NON

13) Quelles personnes vous ont informé(e) ☐ le chirurgien ☐ le médecin anesthésiste
☐ l'infirmier ☐ une autre personne

14) Vous a-t-on encouragé à signaler sans attendre si vous aviez mal après votre intervention ?

☐ OUI ☐ NON

REMARQUES ET COMMENTAIRES

II. Questions à remplir le lendemain de votre intervention

15) Avez-vous ressenti une douleur même faible au cours des dernières 24 heures ? ☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu NON, la page 1 est terminée

16) Si OUI, avez-vous eu mal principalement

a) quand vous avez bougé ou toussé ☐ OUI ☐ NON

b) lors des soins médicaux ☐ OUI ☐ NON

c) lors des soins infirmiers ☐ OUI ☐ NON

d) lors de la kinésithérapie ☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs de ces questions, passez à la question 18

17) Si NON, avez-vous eu mal a) en permanence ☐ OUI ☐ NON

b) par crises ☐ OUI ☐ NON

c) en permanence avec des crises ☐ OUI ☐ NON

18) Avez-vous mal en ce moment ☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu NON, passez à la question 20

19) Si OUI, quelle est l'intensité de votre douleur ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

20) Vous a-t-on demandé si vous aviez mal

a) lors de votre arrivée dans le service ☐ OUI ☐ NON

b) lors de votre arrivée au bloc opératoire ☐ OUI ☐ NON

c) en salle de réveil ☐ OUI ☐ NON

d) quand vous êtes revenu(e) dans votre chambre ☐ OUI ☐ NON

e) régulièrement depuis ☐ OUI ☐ NON

21) Aviez-vous mal quand vous êtes revenu du bloc opératoire ☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu NON passez à la question 23

22) Si OUI, pouvez-vous situer l'intensité de votre douleur à votre retour du bloc opératoire

☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

23) Si NON, quand avez-vous commencé à avoir mal après votre retour du bloc opératoire ?

☐ moins de 3 heures après ☐ plus de 3 heures après ☐ dans la soirée

☐ dans la première partie de la nuit ☐ dans la deuxième partie de la nuit

24) Pouvez-vous situer l'intensité de la douleur

que vous avez ressentie

a) dans la soirée

☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

b) pendant la 1^{ère} partie de la nuit

☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

c) pendant la 2^{ème} partie de la nuit

☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

d) ce matin

☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

25) Avez-vous une pompe à morphine ? ☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu NON, passez à la question 32

26) Si OUI, vous en a-t-on expliqué les principes ☐ OUI ☐ NON

27) Vous a-t-on recommandé d'actionner la pompe avant les soins ? ☐ OUI ☐ NON

28) L'utilisation de la pompe vous a-t-elle aidé à gérer votre douleur ? ☐ OUI ☐ NON

29) Avez-vous ressenti des effets indésirables lorsque vous avez actionné la pompe ? ☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu NON, passez à la question 31

30) Si OUI, pouvez-vous préciser lesquels ?

31) Les bénéfices de la pompe sont-ils à votre avis supérieurs à ses inconvénients ? ☐ OUI ☐ NON

32) Avez-vous reçu des calmants régulièrement sans que vous le demandiez ? ☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu NON, passez à la question 34

33) Si OUI, par quelle(s) voie(s) ☐ en injection ☐ en perfusion ☐ par voie orale
☐ par cathéter péri-dural ☐ par un cathéter périmerveux

34) Avez-vous réclamé des calmants ☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu NON, passez à la question 37

35) Si OUI, au bout de combien de temps les avez-vous obtenus ?

☐ moins de 5 minutes ☐ entre 5 et 15 minutes ☐ entre 15 et 30 minutes ☐ plus de 30 minutes

36) Vous a-t-on demandé si vous étiez suffisamment soulagé par le calmant ☐ OUI ☐ NON

37) Pensez-vous que le maximum a été fait pour éviter que vous ayez mal lors des examens et des soins ?

☐ en injection ☐ en perfusion ☐ par voie orale

38) Pouvez-vous situer la douleur que vous avez peut-être ressentie aux moments suivant ? :

a) lors de la préparation pour l'intervention (prise de sang, rasage, champ opératoire)

☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

b) au moment de l'anesthésie

☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

c) pendant l'intervention

☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

d) en salle de réveil

☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

e) lors du transport entre la salle de réveil et votre chambre

☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

f) lors d'une prise de sang ou d'une injection après l'intervention

☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

g) lors du pansement

☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

h) lors de la mobilisation ou de l'ablation d'un drain

☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

i) lors des soins de kinésithérapie

☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

j) lors des examens médicaux

☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

REMARQUES ET COMMENTAIRES

39) Etes-vous satisfait de la prise en charge de votre douleur au cours des dernières 24 heures ?

☐ OUI ☐ en partie ☐ pas du tout

40) Pouvez-vous exprimer votre degré de satisfaction par une note sur 20, comprise entre 0 et 20 ?

41) Voici une échelle de douleur entre 0 (pas de douleur) et 10 (maximum de douleur possible)

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

a) pouvez-vous cocher sur cette échelle la douleur la plus faible et la douleur la plus forte que vous avez ressentie au cours des dernières 24 heures ?

b) vous a t-on déjà interrogé à l'aide d'une échelle de nombres de ce type au cours des dernières 24 heures ?

☐ OUI ☐ NON

c) vous a t-on présenté ou confié une réglette (Echelle Visuelle Analogique) pour que vous puissiez évaluer vous-même votre douleur et son évolution ?

☐ OUI ☐ NON

42) Quelles suggestions pouvez-vous faire aujourd'hui pour améliorer la prise en charge de la douleur post opératoire ?

III. Questions à remplir 2 jours après votre intervention

43) Avez-vous ressenti une douleur même faible au cours des dernières 24 heures ?

☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu NON, la page 1 est terminée

44) Si OUI, avez-vous eu mal principalement

a) *quand vous avez bougé ou toussé*

☐ OUI ☐ NON

b) *à la marche*

☐ OUI ☐ NON

c) *lors des soins médicaux*

☐ OUI ☐ NON

d) *lors des soins infirmiers*

☐ OUI ☐ NON

e) *lors de la kinésithérapie*

☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs de ces questions, passez à la question 46

45) Si NON, avez-vous eu mal

a) *en permanence*

☐ OUI ☐ NON

b) *par crises*

☐ OUI ☐ NON

c) *en permanences avec des crises*

☐ OUI ☐ NON

46) Avez-vous mal en ce moment

☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu NON, passez à la question 48

47) Si OUI, quelle est l'intensité de votre douleur

☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

48) Vous a-t-on demandé si vous aviez mal

a) *lors des changements de position*

☐ OUI ☐ NON

b) *lors de soins ou des pansements*

☐ OUI ☐ NON

c) *lors de la kinésithérapie*

☐ OUI ☐ NON

d) *au moins 2 fois au cours des dernières 24 heures*

☐ OUI ☐ NON

49) Pouvez-vous situer l'intensité de la douleur que vous avez ressentie

a) *dans la soirée*

☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

b) *pendant la 1^{ère} partie de la nuit*

☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

c) *pendant la 2^{ème} partie de la nuit*

☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

d) *ce matin*

☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

50) Avez-vous une pompe à morphine ☐ OUI ☐ NON
Si vous avez répondu NON, passez à la question 56

51) Si OUI, pensez-vous qu'elle soit toujours utile ? ☐ OUI ☐ NON

52) Avez-vous actionné la pompe avant les soins ? ☐ OUI ☐ NON

53) Avez-vous ressenti des effets indésirables lorsque vous avez actionné la pompe ? ☐ OUI ☐ NON
Si vous avez répondu NON, passez à la question 55

54) Si OUI, pouvez-vous préciser lesquels ?

55) Les bénéfices de la pompe sont-ils à votre avis supérieurs à ses inconvénients ? ☐ OUI ☐ NON

56) Avez-vous reçu des calmants régulièrement, sans que vous le demandiez ☐ OUI ☐ NON
Si vous avez répondu NON, passez à la question 58

57) Si OUI, par quelle(s) voie(s)
☐ en injection ☐ en perfusion ☐ par voie orale ☐ par voie péridurale ☐ par cathéter périnerveux

58) Avez-vous réclamé des calmants ? ☐ OUI ☐ NON
Si vous avez répondu NON, passez à la question 61

59) Si OUI, au bout de combien de temps les avez-vous obtenus ?
☐ moins de 5 minutes ☐ entre 5 et 15 minutes ☐ entre 15 et 30 minutes ☐ plus de 30 minutes

60) Vous a-t-on demandé si vous étiez suffisamment soulagé par le calmant ? ☐ OUI ☐ NON

61) Pensez-vous que le maximum a été fait pour éviter que vous ayez mal lors des examens et des soins ?
☐ d'accord ☐ plutôt d'accord ☐ pas du tout d'accord

62) Pouvez-vous situer la douleur que vous avez peut-être ressentie aux moments suivants ?
a) lors des examens (radiologiques par exemple)
☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte
b) lors des brancardages éventuels
☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte
c) lors d'une prise de sang ou d'une injection
☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte
d) lors du pansement
☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte
e) lors de la mobilisation ou de l'ablation d'un drain
☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte
f) lors des soins de kinésithérapie
☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte
g) lors des examens médicaux
☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

REMARQUES ET COMMENTAIRES

39) Etes-vous satisfait de la prise en charge de votre douleur au cours des dernières 24 heures ?

☐ OUI ☐ en partie ☐ pas du tout

40) Pouvez-vous exprimer votre degré de satisfaction par une note sur 20, comprise entre 0 et 20 ?

41) Voici une échelle de douleur entre 0 (pas de douleur) et 10 (maximum de douleur possible)

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

a) pouvez-vous cocher sur cette échelle la douleur la plus faible et la douleur la plus forte que vous avez ressentie au cours des dernières 24 heures ?

b) vous a t-on déjà interrogé à l'aide d'une échelle de nombres de ce type au cours des dernières 24 heures ?

☐ OUI ☐ NON

c) vous a t-on présenté ou confié une réglette (Echelle Visuelle Analogique) pour que vous puissiez évaluer vous-même votre douleur et son évolution ?

☐ OUI ☐ NON

42) Quelles suggestions pouvez-vous faire aujourd'hui pour améliorer la prise en charge de la douleur post opératoire ?

IV. Questions à remplir le 3^{ème} jour après votre hospitalisation

67) Avez-vous ressenti une douleur même faible au cours des dernières 24 heures ?

☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu NON, la page 1 est terminée

68) Si OUI, avez-vous eu mal principalement

a) quand vous avez bougé ou toussé

☐ OUI ☐ NON

b) à la marche

☐ OUI ☐ NON

c) lors des soins médicaux

☐ OUI ☐ NON

d) lors des soins infirmiers

☐ OUI ☐ NON

e) lors de la kinésithérapie

☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs de ces questions, passez à la question 70

69) Si NON, avez-vous eu mal

a) en permanence

☐ OUI ☐ NON

b) par crises

☐ OUI ☐ NON

c) en permanences avec des crises

☐ OUI ☐ NON

70) Avez-vous mal en ce moment

☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu NON, passez à la question 72

71) Si OUI, quelle est l'intensité de votre douleur

☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

72) Vous a-t-on demandé si vous aviez mal

a) lors des changements de position

☐ OUI ☐ NON

b) lors de soins ou des pansements

☐ OUI ☐ NON

c) lors de la kinésithérapie

☐ OUI ☐ NON

d) au moins 2 fois au cours des dernières 24 heures

☐ OUI ☐ NON

73) Pouvez-vous situer l'intensité de la douleur que vous avez ressentie

a) dans la soirée

☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

b) pendant la 1^{ère} partie de la nuit

☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

c) pendant la 2^{ème} partie de la nuit

☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

d) ce matin

☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

74) Avez-vous une pompe à morphine ☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu NON, passez à la question 80

75) Si OUI, pensez-vous qu'elle soit toujours utile ? ☐ OUI ☐ NON

76) Avez-vous actionné la pompe avant les soins ? ☐ OUI ☐ NON

77) Avez-vous ressenti des effets indésirables lorsque vous avez actionné la pompe ? ☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu NON, passez à la question 79

78) Si OUI, pouvez-vous préciser lesquels ?

79) Les bénéfices de la pompe sont-ils à votre avis supérieurs à ses inconvénients ? ☐ OUI ☐ NON

80) Avez-vous reçu des calmants régulièrement, sans que vous le demandiez ☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu NON, passez à la question 82

81) Si OUI, par quelle(s) voie(s)

☐ en injection ☐ en perfusion ☐ par voie orale ☐ par voie péridurale ☐ par cathéter périnerveux

82) Avez-vous réclamé des calmants ? ☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu NON, passez à la question 85

83) Si OUI, au bout de combien de temps les avez-vous obtenus ?

☐ moins de 5 minutes ☐ entre 5 et 15 minutes ☐ entre 15 et 30 minutes ☐ plus de 30 minutes

84) Vous a-t-on demandé si vous étiez suffisamment soulagé par le calmant ? ☐ OUI ☐ NON

85) Pensez-vous que le maximum a été fait pour éviter que vous ayez mal lors des examens et des soins ?

☐ d'accord ☐ plutôt d'accord ☐ pas du tout d'accord

86) Pouvez-vous situer la douleur que vous avez peut-être ressentie aux moments suivants ?

a) lors des examens (radiologiques par exemple)

☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

b) lors des brancardages éventuels

☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

c) lors d'une prise de sang ou d'une injection

☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

d) lors du pansement

☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

e) lors de la mobilisation ou de l'ablation d'un drain

☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

f) lors des soins de kinésithérapie

☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

g) lors des examens médicaux

☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

REMARQUES ET COMMENTAIRES

87) Etes-vous satisfait de la prise en charge de votre douleur au cours des dernières 24 heures ?

☐ OUI ☐ en partie ☐ pas du tout

88) Pouvez-vous exprimer votre degré de satisfaction par une note sur 20, comprise entre 0 et 20 ?

89) Voici une échelle de douleur entre 0 (pas de douleur) et 10 (maximum de douleur possible)

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

a) pouvez-vous cocher sur cette échelle la douleur la plus faible et la douleur la plus forte que vous avez ressentie au cours des dernières 24 heures ?

b) vous a t-on déjà interrogé à l'aide d'une échelle de nombres de ce type au cours des dernières 24 heures ?

☐ OUI ☐ NON

c) vous a t-on présenté ou confié une réglette (Echelle Visuelle Analogique) pour que vous puissiez évaluer vous-même votre douleur et son évolution ?

☐ OUI ☐ NON

90) Quelles suggestions pouvez-vous faire aujourd'hui pour améliorer la prise en charge de la douleur post opératoire ?

V. Questions à remplir le 4^{ème} jour après votre intervention

91) Avez-vous ressenti une douleur même faible au cours des dernières 24 heures ?

☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu NON, la page 1 est terminée

92) Si OUI, avez-vous eu mal principalement

a) quand vous avez bougé ou toussé

☐ OUI ☐ NON

b) à la marche

☐ OUI ☐ NON

c) lors des soins médicaux

☐ OUI ☐ NON

d) lors des soins infirmiers

☐ OUI ☐ NON

e) lors de la kinésithérapie

☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs de ces questions, passez à la question 94

93) Si NON, avez-vous eu mal

a) en permanence

☐ OUI ☐ NON

b) par crises

☐ OUI ☐ NON

c) en permanences avec des crises

☐ OUI ☐ NON

94) Avez-vous mal en ce moment

☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu NON, passez à la question 96

95) Si OUI, quelle est l'intensité de votre douleur

☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

96) Vous a-t-on demandé si vous aviez mal

a) lors des changements de position

☐ OUI ☐ NON

b) lors de soins ou des pansements

☐ OUI ☐ NON

c) lors de la kinésithérapie

☐ OUI ☐ NON

d) au moins 2 fois au cours des dernières 24 heures

☐ OUI ☐ NON

97) Pouvez-vous situer l'intensité de la douleur que vous avez ressentie

a) dans la soirée

☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

b) pendant la 1^{ère} partie de la nuit

☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

c) pendant la 2^{ème} partie de la nuit

☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

d) ce matin

☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

98) Avez-vous une pompe à morphine ☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu NON, passez à la question 104

99) Si OUI, pensez-vous qu'elle soit toujours utile ? ☐ OUI ☐ NON

100) Avez-vous actionné la pompe avant les soins ? ☐ OUI ☐ NON

101) Avez-vous ressenti des effets indésirables lorsque vous avez actionné la pompe ? ☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu NON, passez à la question 103

102) Si OUI, pouvez-vous préciser lesquels ?

103) Les bénéfices de la pompe sont-ils à votre avis supérieur à ses inconvénients ? ☐ OUI ☐ NON

104) Avez-vous reçu des calmants régulièrement, sans que vous le demandiez ☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu NON, passez à la question 106

105) Si OUI, par quelle(s) voie(s)

☐ en injection ☐ en perfusion ☐ par voie orale ☐ par voie péridurale ☐ par cathéter périnerveux

106) Avez-vous réclamé des calmants ? ☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu NON, passez à la question 109

107) Si OUI, au bout de combien de temps les avez-vous obtenus ?

☐ moins de 5 minutes ☐ entre 5 et 15 minutes ☐ entre 15 et 30 minutes ☐ plus de 30 minutes

108) Vous a-t-on demandé si vous étiez suffisamment soulagé par le calmant ? ☐ OUI ☐ NON

109) Pensez-vous que le maximum a été fait pour éviter que vous ayez mal lors des examens et des soins ?

☐ d'accord ☐ plutôt d'accord ☐ pas du tout d'accord

110) Pouvez-vous situer la douleur que vous avez peut-être ressentie aux moments suivants ?

a) lors des examens (radiologiques par exemple)

☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

b) lors des brancardages éventuels

☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

c) lors d'une prise de sang ou d'une injection

☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

d) lors du pansement

☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

e) lors de la mobilisation ou de l'ablation d'un drain

☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

f) lors des soins de kinésithérapie

☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

g) lors des examens médicaux

☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte

REMARQUES ET COMMENTAIRES

111) Etes-vous satisfait de la prise en charge de votre douleur au cours des dernières 24 heures ?

☐ OUI ☐ en partie ☐ pas du tout

112) Pouvez-vous exprimer votre degré de satisfaction par une note sur 20, comprise entre 0 et 20 ?

113) Voici une échelle de douleur entre 0 (pas de douleur) et 10 (maximum de douleur possible)

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

a) pouvez-vous cocher sur cette échelle la douleur la plus faible et la douleur la plus forte que vous avez ressentie au cours des dernières 24 heures ?

b) vous a t-on déjà interrogé à l'aide d'une échelle de nombres de ce type au cours des dernières 24 heures ?

☐ OUI ☐ NON

c) vous a t-on présenté ou confié une réglette (Echelle Visuelle Analogique) pour que vous puissiez évaluer vous-même votre douleur et son évolution ?

☐ OUI ☐ NON

114) Quelles suggestions pouvez-vous faire aujourd'hui pour améliorer la prise en charge de la douleur post opératoire ?

Enquête sur la douleur en SSPI

Date jour mois année Initiales de l'infirmier(e) de SSPI Patient n°

L'objectif

Ce questionnaire est destiné à rassembler des informations sur la prévention et le traitement de la douleur post opératoire dans notre hôpital.

Merci du temps que vous voudrez bien y consacrer, et de réinsérer le questionnaire dans la couverture intérieure du dossier de soins avant la sortie des patients de la SSPI.

Le questionnaire sera recueilli par une personne qui appartient au PIMESP et sera analysé de façon parfaitement anonyme.

Les résultats de l'enquête « un jour donné » dans les SSPI seront associés à ceux de l'enquête de prévalence de la douleur ressentie par les malades hospitalisés dans l'établissement.

I. Le contexte (questions à remplir en salle d'opération)

PATIENT

1) Age

2) Sexe ☐ féminin ☐ masculin

CHIRURGIE

3) Type ☐ endoscopie ☐ coelio ☐ mini invasive ☐ conventionnelle

4) Spécialité ☐ Thoracique ☐ Vasculaire ☐ Neurochirurgie ☐ Digestif ☐ Urologie
☐ Gynéco ☐ Obstétrique ☐ ostéoarticulaire ☐ Plastique ☐ Brûlés
☐ Ophtalmo ☐ ORL ☐ Stomato ☐ Odontologie ☐ Autres

5) Intervention réalisée (préciser)

6) Sondes ☐ Digestive ☐ Vésicale ☐ Autres (préciser).....

7) Drains ☐ Thoracique ☐ Abdominal ☐ Pelvien ☐ Ostéoarticulaire
☐ Autres (préciser).....

ANESTHESIE

8) Type ☐ sédation ☐ AG ☐ ALR ☐ ALR + sédation ☐ ALR + AG

9) Intubation ☐ OUI ☐ NON

10) Dérivé du fentanyl ☐ aucun ☐ fentanyl ☐ sufenta ☐ rapifen ☐ ultiva

11) Autres antalgiques ☐ aucun ☐ kétamine ☐ morphine ☐ nubain ☐ perfalgan
☐ acupan ☐ profénid ☐ infiltration ☐ autre (préciser)

II. La douleur en SSPI (questions à remplir par l'infirmier en SSPI)

MODE D'EVALUATION

- 13) Initial ☐ aucun ☐ comportement ☐ interrogatoire du patient ☐ EVS ☐ EN ☐ EVA
- 14) Secondaire ☐ aucun ☐ comportement ☐ interrogatoire du patient ☐ EVS ☐ EN ☐ EVA
- 15) Avez-vous demandé au patient de vous signaler s'il avait mal ? ☐ OUI ☐ NON
- 16) Disposez-vous d'une réglette d'EVA ? ☐ OUI ☐ NON

DOULEUR RESSENTIE, EVALUEE PAR LE PATIENT

- 17) Auto-évaluation ☐ OUI ☐ NON
Si vous avez répondu NON, passez à la question 22
- 18) 1^{ère} évaluation ☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte
- 19) A la sortie ☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte
- 20) Localisation dominante ☐ région opérée ☐ sonde digestive ☐ sonde urinaire
☐ autre (préciser).....
- 21) Autres localisations (préciser)

ADMINISTRATION D'ANTALGIQUES

- 22) Avez-vous administré un ou plusieurs antalgiques à ce patient ? ☐ OUI ☐ NON
Si vous avez répondu NON, passez au chapitre III
- 23) Pourquoi ? ☐ prescription systématique ☐ évaluation de la douleur ☐ demande du patient
- 24) Quel(s) antalgique(s) avez-vous utilisé(s) ?
☐ morphine ☐ nubain ☐ perfalgan ☐ acupan ☐ profénid
☐ autre(s) (préciser)
- 25) Quel a été le délai entre l'arrivée en SSPI et la première administration IV ?
☐ moins de 10 min ☐ entre 10 et 20 min ☐ entre 20 et 30 min
☐ entre 30 et 60 min ☐ entre 60 et 90 min ☐ plus de 90 min
- 26) Quel a été le nombre total d'administrations IV ?
☐ une ☐ deux ☐ trois ☐ quatre ☐ cinq ☐ plus de cinq
- 27) Quel délai s'est écoulé entre la dernière administration IV (hors PCA) et la sortie de la SSPI ?
☐ moins de 10 min ☐ entre 10 et 20 min ☐ entre 20 et 30 min
☐ entre 30 et 60 min ☐ entre 60 et 90 min ☐ plus de 90 min
- 28) Avez-vous fait appel au médecin pour ajuster sa prescription initiale ? ☐ OUI ☐ NON

III. Si une PCA de morphine a été utilisée

INSTALLATION DE LA POMPE

- 29) Pourquoi une PCA ? ☐ prescription systématique ☐ évaluation de la douleur
- 30) Comment ? ☐ après titration préalable ☐ sans titration préalable
- 31) Si vous avez effectué une titration, combien de milligrammes de morphine avez-vous administré ?
☐ moins de 3 mg ☐ 3 à 5 mg ☐ 6 à 10 mg ☐ 11 à 15 mg ☐ plus de 15 mg
- 32) Une pompe était-elle immédiatement disponible pour ce patient ? ☐ OUI ☐ NON

INFORMATION DU PATIENT

- 33) Avez-vous rappelé au patient comment utiliser la pompe ? ☐ OUI ☐ NON
- 34) Lui avez-vous rappelé quand il devait actionner la pompe ? ☐ OUI ☐ NON
- 35) A-t-il exprimé une réticence ou une crainte vis-à-vis de la PCA ? ☐ OUI ☐ NON

UTILISATION DE LA POMPE

- 36) Quelle est la dose totale de morphine que le patient s'est auto-administré en SSPI ?
☐ moins de 3 mg ☐ 3 à 5 mg ☐ 6 à 10 mg ☐ 11 à 15 mg ☐ plus de 15 mg
- 37) A votre avis, le patient est-il bien apte à l'utilisation de la PCA ? ☐ OUI ☐ NON
- 38) Avant la sortie, avez-vous rappelé au patient que l'utilisation de la pompe lui permettait de gérer au mieux sa douleur avant les soins ou le mouvement ? ☐ OUI ☐ NON

EFFETS SECONDAIRES DE LA MORPHINE

- 39) Des nausées sont-elles apparues pendant le séjour en SSPI ? ☐ OUI ☐ NON
Si vous avez répondu NON, passez à la question 42
- 40) Le traitement des nausées a-t-il été suffisamment efficace ? ☐ OUI ☐ NON
- 41) En dehors des antiémétiques, le traitement des nausées doit-il à votre avis conduire à modifier les paramètres de réglage de la pompe ? ☐ OUI ☐ NON
Si vous avez répondu NON, passez à la question 42
- 42) Si OUI, quel est à votre avis le premier paramètre à modifier ? ☐ bolus ☐ période réfractaire

IV. Conclusions

- 42) Quelle a été la durée du séjour du patient en SSPI ?
☐ moins de 30 min ☐ 30 à 60 min ☐ entre 61 et 120 min ☐ plus de 120 min
- 43) Le séjour a-t-il été à votre avis prolongé par la douleur ? ☐ OUI ☐ NON
- 44) ou par la survenue d'effets indésirables du traitement antalgique ? ☐ OUI ☐ NON

V. Remarques et commentaires

VI. En ce qui vous concerne (questions à ne remplir que pour le premier patient que vous prenez en charge)

45) Vous êtes ☐ IADE ☐ IDE

46) Depuis combien de temps exercez-vous comme IADE ou comme IDE si vous n'êtes pas IADE ?
 ans

47) Depuis combien de temps exercez vous en SSPI ? ans

48) Avez-vous connaissance de référentiels ou de protocoles anesthésiques concernant la prise en charge de la douleur post opératoire ? ☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu NON, passez à la question 50

49) Si OUI, comment y avez-vous accès ? ☐ classeur ☐ internet ☐ intranet

50) Avez-vous connaissance de protocoles de prise en charge des nausées et des vomissement associés à l'utilisation des morphiniques ? ☐ OUI ☐ NON

Annexe II

Enquête en chirurgie ambulatoire

- ◆ **Questionnaires patients**
- ◆ **Questionnaires SSPI**

	Enquête sur la douleur postopératoire en chirurgie ambulatoire
---	---

Numéro du questionnaire

--	--	--

Madame, Monsieur,

Cette enquête est destinée à obtenir des informations sur la douleur que vous ressentirez peut-être après votre intervention et sur la façon dont elle aura été prise en charge.

Les questionnaires que vous remplirez seront recueillis par une personne qui n'appartient pas au service dans lequel vous allez être opéré et seront analysés de façon anonyme.

Merci du temps que vous voudrez bien consacrer à y répondre. Vos réponses nous aideront à améliorer la qualité de la prise en charge de la douleur dans notre hôpital.

Si vous acceptez de participer à cette enquête, celle-ci se déroulera en trois étapes :

- ☞ **Le premier questionnaire** est à remplir chez vous, avant l'intervention.
- ☞ **Le second** sera à remplir avant votre sortie de l'hôpital.
- ☞ **Le troisième** sera à remplir chez-vous, 48 heures après l'intervention.

Merci de nous renvoyer ces trois questionnaires à l'aide de l'enveloppe ci-jointe.

Enquête sur la douleur postopératoire en chirurgie ambulatoire

Questionnaire à remplir chez vous, avant l'intervention

1 - Quels sont :

Vos initiales ?

Votre date de naissance ?

Votre sexe ?

Masculin

☐

Féminin

☐

2 - Quelle intervention devez-vous subir ?

A quelle date ?

3 - Avez vous mal en ce moment ?

oui ☐

non

☐

Si vous avez répondu non, passez à la question n°5

4 - Si oui, depuis combien de temps ?

moins de 3 mois

☐

plus de 3 mois

☐

5 - Prenez-vous des médicaments contre la douleur ?

Oui ☐

non

☐

6 - Si oui, lesquels ?

7 - Vous a-t-on donné à la consultation une information sur la douleur que vous pourriez ressentir après l'intervention ?

Oui, sans l'avoir demandé ☐

☐

oui, parce-que vous l'avez demandé

☐

non

☐

Si vous avez répondu non, passez à la question n°10

8 - Cette information répondait-elle à votre attente ?

oui ☐

non

☐

9 - Quelle(s) personne(s) vous a (ont) informée(s)

Le chirurgien ☐

☐

l'anesthésiste

☐

l'infirmier

☐

autre

☐

10 - Vous a-t-on encouragé à signaler sans attendre si vous aviez mal après votre intervention ?

Oui ☐

☐

non

☐

11 - Craignez-vous d'avoir mal après votre retour chez vous ?

oui ☐

non

☐
☐

Enquête sur la douleur postopératoire en chirurgie ambulatoire

Questionnaire à remplir avant la sortie de l'hôpital

Quelles sont vos initiales Votre date de naissance

- LA DOULEUR

1 - Avez-vous ressenti une douleur même faible depuis votre intervention ?

Oui ☐ non ☐

Si vous avez répondu non, passez à la question n°6

2 - Si oui, à quel endroit ? Région opérée ☐ Autre (précisez) ☐

3 - Avez-vous mal en ce moment ? oui ☐ non ☐

Si vous avez répondu non, passez à la question n°6

4 - Si oui, pouvez-vous situer l'intensité sur une échelle de 0 (douleur absente) à 10 (douleur maximale) ?

5 - Cette douleur gêne t-elle votre retour chez vous ? oui ☐ non ☐

6 - Pouvez-vous situer entre 0 et 10, l'intensité de la douleur la plus forte que vous avez ressentie ?

Au bloc opératoire

En salle de réveil

Dans le service

7 - Craignez-vous d'avoir mal à votre retour à domicile ? oui ☐ non ☐

- L'EVALUATION DE LA DOULEUR

8 - Vous a-t-on demandé si vous aviez mal ?

Au bloc opératoire

oui

☐

non

☐

En salle de réveil

oui

☐

non

☐

Dans le service

oui

☐

non

☐

- LES MEDICAMENTS

9 - Avez-vous reçu des médicaments sans que vous le demandiez ?

Oui

☐

Non

☐

10 - Avez-vous réclamé des calmants ?

Oui

☐

Non

☐

11 - Avez-vous éprouvé des effets indésirables des traitements ?

Oui

☐

Non

☐

12 - Si oui, lesquels ?

- **VOTRE AVIS**

13 – Etes- vous satisfait de la prise en charge de votre douleur ? oui ☐ non ☐

14 - Pouvez-vous exprimer votre degré de satisfaction par une note comprise entre 0 et 20 ?

15 - Acceptez-vous un appel téléphonique par un médecin anesthésiste dans quelques jours pour compléter ce questionnaire ?
oui ☐ non ☐

16 - Si oui, à quel numéro peut-il vous joindre ?

 CLUD CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES	Enquête sur la douleur postopératoire en chirurgie ambulatoire
---	--

Questionnaire à remplir 2 jours après votre intervention

Quelles sont vos initiales Votre date de naissance

- LA DOULEUR

1 - Avez-vous ressenti une douleur, même faible, depuis votre intervention ?	oui	☐	non	☐
2 - Si oui : en permanence ☐ par crises ☐ en permanence avec des crises ☐				
3 - Pouvez-vous situer entre 0 (douleur absente) et 10 (douleur maximale) l'intensité de la douleur que vous avez ressentie ?				
Le soir de l'intervention				
La première nuit				
Le lendemain				
Le deuxième soir				
Aujourd'hui				
4 - Avez-vous été gêné par la reprise de votre activité quotidienne oui ☐ non ☐				

- LES MEDICAMENTS

5 - Des médicaments vous ont-ils été prescrits sur ordonnance avant votre sortie de l'hôpital ?	
oui	☐ non ☐
Si vous avez répondu non, passez à la question n°7	
6 - Si oui, lesquels ?	
7 - Si non, avez-vous contacté votre médecin-traitant pour obtenir des médicaments contre la douleur ?	
oui	☐ non ☐
8 - A partir de quel moment avez-vous consommé des calmants ?	
Dès votre retour	
La première nuit	
Le lendemain de l'intervention	
Vous n'en avez pas consommé	
9 - Combien de temps avez-vous pris des calmants ?	
12 h	
24 h	
48 h	
Vous continuez à en prendre	
10 - Avez-vous éprouvé des effets indésirables des traitements ?	
.....	

- **VOTRE AVIS**

16 - Etes-vous satisfait de la prise en charge de votre douleur ?

oui ☐

non ☐

17 - Pouvez-vous exprimer votre degré de satisfaction par une note comprise entre 0 et 20 ?

----------------------	----------------------

 CLUD CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES	Enquête sur la douleur en SSPI
--	---

Questions à remplir par l'infirmier de SSPI

Date

I. Le contexte (questions à remplir en salle d'opération)

PATIENT

1) Initiales	
2) Date de naissance	
3) Sexe	☐ féminin ☐ masculin

CHIRURGIE

4) Type	☐ endoscopie ☐ mini invasive ☐ conventionnelle
5) Intervention réalisée (préciser)	

ANESTHESIE

6) Type	☐ sédation ☐ AG ☐ ALR ☐ ALR + sédation ☐ ALR + AG
7) Intubation	☐ OUI ☐ NON
8) Dérivé du fentanyl	☐ aucun ☐ fentanyl ☐ sufenta ☐ rapifen ☐ ultiva
9) Autres antalgiques	☐ aucun ☐ kétamine ☐ morphine ☐ nubain ☐ perfalgan ☐ acupan ☐ profénid ☐ infiltration ☐ autre

VII. La douleur en SSPI

MODE D'EVALUATION

10)	☐ aucun ☐ comportement ☐ interrogatoire du patient ☐ EVS ☐ EN ☐ EVA
11) Avez-vous demandé au patient de vous signaler s'il avait mal ?	☐ OUI ☐ NON

DOULEUR RESSENTIE, EVALUEE PAR LE PATIENT

- 12) 1^{ère} evaluation ☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte
- 13) A la sortie ☐ absente ☐ faible ☐ modérée ☐ forte ☐ très forte
- 14) Localisation dominante ☐ région opérée ☐ autre (préciser).....

ADMINISTRATION D'ANTALGIQUES

- 15) Avez-vous administré un ou plusieurs antalgiques à ce patient ? ☐ OUI ☐ NON
Si vous avez répondu NON, passez à la conclusion.
- 16) Si Oui, Pourquoi ☐ prescription systématique ☐ évaluation de la douleur ☐ demande du patient
- 17) Quel(s) antalgique(s) avez-vous utilisé(s) ?
☐ morphine ☐ nubain ☐ perfalgan ☐ acupan ☐ profénid
☐ autre(s) (préciser)
- 18) Quel a été le délai entre l'arrivée en SSPI et la première administration ?
☐ moins de 10 min ☐ entre 10 et 20 min ☐ entre 20 et 30 min
☐ entre 30 et 60 min ☐ plus de 60 min
- 19) Quel a été le nombre total d'administrations IV ?
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ plus de 4
- 20) Avez-vous fait appel au médecin pour ajuster sa prescription initiale ? ☐ OUI ☐ NON

VIII. Conclusions

- 21) Quelle a été la durée du séjour du patient en SSPI ?
☐ moins de 30 min ☐ 30 à 60 min ☐ entre 61 et 120 min ☐ plus de 120 min
- 22) Le séjour a-t-il été à votre avis prolongé par la douleur ? ☐ OUI ☐ NON
- 23) ou par la survenue d'effets indésirables du traitement antalgique ? ☐ OUI ☐ NON

NOM :MILLET

PRENOM : Sophie

Titre de Thèse : Démarche qualité : applications à la douleur postopératoire.

En concertation avec le Comité de Lutte contre la Douleur de l'établissement, deux enquêtes ont été réalisées au CHU de Nantes, la première en juillet 2003, auprès de tous les patients opérés un jour donné, et la seconde en février 2005, auprès des patients opérés en chirurgie ambulatoire. Elles ont permis de cerner des points forts (satisfaction des patients importante) mais aussi des points encore faibles dans la prise en charge de la douleur postopératoire : l'information des patients était insuffisante et la formation des soignants à l'évaluation de la douleur et à la connaissance des protocoles méritait d'être développée.

En vue d'améliorer l'information des patients, une brochure destinée aux usagers, « Ensemble, luttons contre la douleur post-opératoire », a donc été rédigée. D'autres mesures doivent être initiées.

Parallèlement, une procédure d'administration du MEOPA a été diffusée sur le réseau Intranet de l'établissement afin de faciliter et d'harmoniser son utilisation dans la prévention de la douleur associée aux soins.

L'ensemble de ces démarches correspond aux premières étapes d'un plan d'assurance qualité dans le domaine de la prise en charge de la douleur postopératoire et de la douleur induite par les soins.

MOTS-CLES

Enquête / douleur postopératoire / assurance qualité /

MEOPA / information