



REFERENTIEL DE PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Prise en charge de la douleur postopératoire

Juin 2005

REMERCIEMENTS

Membres du groupe de travail

- D^r Marcel Chauvin, président du groupe de travail, CHU Ambroise Paré, Boulogne, marcel.chauvin@abp.ap-hop-paris.fr
- D^r Francis Bonnet, chargé de projet, CHU hôpital Tenon, Paris, francis.bonnet@tnn.ap-hop-paris.fr
- Dr Bruno Bally, chef de projet HAS, Service évaluation des pratiques, b.bally@has-sante.fr
- Dr Laurent Delaunay, clinique générale, Annecy, delalaur@wanadoo.fr
- Dr Alain Delbos, clinique des Cèdres, Cornebarrieu, alaindelbos@wanadoo.fr
- Dr Claude Ecoffey, CHU hôpital Pontchaillou, Rennes, cEcoffey.rennes@invivo.edu
- Dr François Larue, CHG Longjumeau, francois.larue@laposte.net
- Dr Olivier Gall, CHU hôpital Trousseau, Paris, Olivier.gall@trs.ap-hop-paris.fr
- Dr Marc Gentili, clinique Saint-Vincent, Saint-Grégoire, marc.gentili@wanadoo.fr
- Dr Philippe Oberlin, CHG Villeneuve Saint-Georges, ph.oberlin@laposte.net
- Dr Denis Peronnet, CHG Macon, dPeronnet@invivo.edu
- Dr Philippe Piriou, CHU Raymond Poincaré, Garches, philippe.piriou@rpc.ap-hop-paris.fr
- Dr Éric Viel, CHU Caremeau, Nîmes, eric.viel@chu-nimes.fr

Membres du groupe de lecture

- **Experts désignés par les promoteurs (CFAR) :**
 - D^r Marie-Paule Chariot, anesthésiste-réanimateur, Cornebarrieu ;
 - P^r Bertrand Debaene, anesthésiste-réanimateur, Poitiers ;
 - D^r Jean-Marc Dumeix, anesthésiste-réanimateur, Saint-Rémy ;
 - D^r Claude Jacquot, anesthésiste-réanimateur, Grenoble ;
 - D^r Didier Réa, anesthésiste-réanimateur, Orléans.
- **Experts de la méthode (HAS) :**
 - D^r Gérard ANDREOTTI, généraliste, PACA ;
 - D^r Éric BODIGUEL, neurologue, Centre ;
 - D^r Yann-Yves BONNET, anesthésiste, Auvergne ;
 - D^r Philippe BOUCHE, généraliste, Nord Pas-de-Calais ;
 - D^r Gérard BOURREL, généraliste, Languedoc Roussillon ;
 - D^r Monique LATHELIZE, anesthésiste-réanimateur, Limousin ;
 - D^r Alain LEPAPE, anesthésiste-réanimateur, Rhône Alpes ;
 - D^r Jean-François PERROCHEAU, généraliste, Basse Normandie ;
 - M^{me} Annette SALCZYNSKI, cadre de santé, Nord Pas-de-Calais ;
 - D^r Pierre SQUARA, cardiologue, Île de France.

Membres du groupe test

- D^r Ouaidjihi ADADAMON, libéral, Chenove ;
- D^r Farid AREZKI, public, Sarreguemines ;
- D^r Hubert BERMUDES, libéral, Toulouse ;
- D^r Jean-Pierre BERNIER, libéral, Bordeaux ;
- D^r Jean-Louis BRINDEJONC, public, Châtelleraut ;
- D^r Jacques BRUNA, libéral, Trélazé ;
- D^r Catherine BRUSSET, libéral, Pau ;
- D^r Michel COBO, public, Saint-Chomond ;
- D^r Joëlle DELEUZE, libéral, Les Angles ;
- D^r Stéphane DONNADIEU, public, Paris ;
- D^r Hélène DREUX-BOUCARD, public, Aulnay-sous-bois ;
- D^r Patrick DUMAS, libéral, Bordeaux ;
- D^r Yves GALLOUX, public, Beaune ;
- D^r Thierry HENTZ, libéral, Annonay ;
- D^r Thierry LEBRUN, libéral, Fort-de-France ;
- D^r Jean-Yves MANDORLA, public, Bastia ;
- D^r Jean-Louis MATHIOT, public, Paris ;
- D^r François MORDON, libéral, Le Mans ;
- D^r Jean PERRIN, libéral, Talant ;
- D^r Stéphane RAPAPORT, public, Bordeaux ;
- D^r Martine RICHARD, public, Grenoble ;
- D^r Annie SENDELIN, libéral, Cornebarrieu ;
- P^r Annick STEIB, public, Strasbourg ;
- D^r Jean TOURRÈS, libéral, Saint-Herblain.

I. PROMOTEURS

- Collège français des anesthésistes-réanimateurs.
- Société française d'anesthésie et de réanimation.

Encadrement méthodologique : Haute Autorité de santé (HAS).

II. SOURCES

- Société française d'anesthésie et réanimation. Conférence de consensus sur la prise en charge de la douleur postopératoire, 12 décembre 1997. <http://www.sfar.org/douleurpostopcccons.html>
- Société française d'anesthésie et réanimation. Attitude pratique pour la prise en charge de la douleur postopératoire. Groupe d'experts 1999. <http://www.sfar.org/douleurpratique.html>
- Department of Defense, Veterans Health administration clinical practice guideline for the management of postoperative pain. Washington (DC) : Department of Defense, Veterans Health Administration, 2002. http://www.oqp.med.va.gov/cpg/PAIN/pain_cpg/algo1frameset.htm
- Rosenquist RW, Rosenberg J, United States Veteran Administration. Postoperative pain guidelines. Reg Anesth Pain Med. 2003 ; 28 (4) : 279-88.
- Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting : an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. Anesthesiology 2004 ;100(6): 1573-81. (<http://www.asahq.org/publicationsAndServices/practiceparam.htm#post>)
- Loi n° 95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social (articles 710-3-1/710-3-2).

III. CIBLE PROFESSIONNELLE

Tous les médecins anesthésistes-réanimateurs.

IV. PATIENTS CONCERNES

Tous les patients devant subir un acte chirurgical ou un acte interventionnel invasif susceptible de provoquer une douleur postopératoire.

V. UTILISATION DU REFERENTIEL ET EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

« L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques » (décret 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles).

Il s'agit donc d'analyser sa pratique médicale en utilisant des références scientifiques validées grâce à une méthode structurée et explicite d'amélioration continue de la qualité.

- Les références utilisées peuvent être variées (recommandations pour la pratique clinique, textes réglementaires, etc.). Afin de faciliter la démarche d'EPP et son appropriation par les professionnels, ces références peuvent également être déclinées en un document synthétique et pratique d'utilisation : le **référentiel de pratiques professionnelles**.
- Une démarche d'amélioration continue de la qualité met en œuvre, de manière explicite dans la pratique clinique, des références validées (qui peuvent être déclinées en référentiel) avec un objectif d'amélioration de la qualité des soins et de suivi des résultats obtenus.
L'Anaes a publié de nombreuses méthodes d'amélioration continue de la qualité (cf. : Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé. Paris : Anaes ; 2000). Les guides pratiques d'utilisation de ces méthodes sont téléchargeables gratuitement sur le site de la Haute Autorité de santé (<http://www.has-sante.fr>).

Dans le cadre d'une démarche d'EPP, on peut donc, par exemple, associer :

- **référentiel et audit clinique**. Ce référentiel peut être utilisé dans le cadre d'un audit clinique. À partir des dossiers analysés rétrospectivement, les réponses à chaque critère d'évaluation sont recueillies dans une grille d'auto-évaluation (pour chaque critère on recherche si celui-ci est présent, absent ou non applicable). Les résultats seront analysés. Un plan d'amélioration et de suivi est proposé. Un rapport écrit de la démarche est rédigé.
Les documents nécessaires à cet audit ont été regroupés dans l'annexe jointe au référentiel ;
- **référentiel et revue mortalité-morbidité**. À l'occasion d'un décès ou d'une complication morbide, une analyse du dossier et des causes ayant entraîné la complication est réalisée. L'anonymat est respecté. Le référentiel est utilisé pour vérifier si la pratique est conforme (d'autres références peuvent bien entendu être utilisées simultanément). Un plan d'amélioration et de suivi est assuré. Un rapport écrit de la démarche est rédigé ;
- **référentiel et programme d'amélioration de la qualité (PAQ-Anaes)**. Une équipe médicale souhaite améliorer sa pratique concernant une prise en charge d'un patient. Un groupe de travail est mis en place qui identifiera (définition, limites, acteurs) et décrira le processus (ou la prise en charge) cible. Puis le groupe construira un nouveau processus répondant aux critères de qualité requis à l'aide du référentiel (d'autres références peuvent bien entendu être utilisées simultanément). Enfin un suivi du processus mis en place est assuré. Un rapport écrit de la démarche est rédigé.

Cette liste n'est pas exhaustive, d'autres méthodes existent qui sont ou seront validées par la HAS, mais elles associent toutes l'utilisation de références scientifiques à une méthode structurée et explicite d'amélioration de la qualité.

Les référentiels de pratiques professionnelles HAS-CFAR-SFAR disponibles au 1^{er} juillet 2005 sont :

- le dossier du patient en anesthésie ;
- l'antibioprophylaxie périopératoire ;
- la prise en charge de la douleur postopératoire ;
- la transfusion peropératoire.

VI. OBJECTIFS DE QUALITE

Identification au niveau de la structure :

- Les protocoles de prise en charge de la douleur postopératoire : la prise en charge de la douleur postopératoire doit faire l'objet de protocoles écrits, élaborés en partenariat multiple selon les référentiels de bonne pratique clinique correspondant à des situations cliniques spécifiques (ex. anesthésie ambulatoire, titration morphine en salle de réveil, chirurgie thoracique). Niveau de recommandation : C (critère 1) ;
- L'organisation des professionnels de santé : les établissements de santé doivent structurer une équipe autonome de la douleur postopératoire en identifiant un « chef de projet douleur » au sein de l'équipe médicale d'anesthésie. Un poste ou une fonction d'infirmière expert douleur doit être identifié. Consensus professionnel (critère 2) ;
- La prise en charge de la douleur postopératoire doit faire l'objet d'une évaluation régulière. Niveau de recommandation : C (critère 3) ;
- L'information préanesthésique : un support informationnel sur la prise en charge de la douleur postopératoire et destiné à être remis au patient, doit être disponible dans la structure ou travaille l'équipe médicale. Niveau de recommandation : A (critère 4a).

Identification au niveau du dossier patient :

- L'information préanesthésique : le patient doit recevoir une information orale ou écrite sur la prise en charge de la douleur postopératoire dès la consultation d'anesthésie. Niveau de recommandation : A (critère 4b) ;
- L'administration des antalgiques pendant l'anesthésie : l'analgésie postopératoire doit être anticipée dès le bloc opératoire. Niveau de recommandation : A (critère 5) ;
- L'évaluation de la douleur : l'intensité de la douleur doit être mesurée à l'aide d'échelles validées. L'évaluation de la douleur doit être régulière au repos, lors de la mobilisation et à l'occasion de gestes douloureux. Parmi les critères de sortie de salle de surveillance postinterventionnelle, doit figurer un score faible d'intensité douloureuse (par ex. : EVA < 30). Niveau de recommandation : C (critère 6) ;
- La prescription d'antalgique postopératoire : Le patient doit quitter le bloc opératoire puis l'unité de surveillance postinterventionnelle avec des prescriptions d'antalgiques indiquant les agents utilisables, leur mode d'administration, la posologie et la surveillance des traitements. La prescription doit anticiper le développement de la douleur postopératoire. Niveau de recommandation : C (critère 7) ;
- Les traitements antalgiques chez les patients ambulatoires : les patients ambulatoires doivent quitter l'hôpital correctement analgésés et doivent disposer de prescriptions d'antalgiques applicables à domicile. Ils doivent recevoir une information sur la conduite à tenir à domicile en fonction de l'intensité de la douleur et des effets indésirables des traitements. Niveau de recommandation : C (critère 8, critère 3).

<h3>Critères d'évaluation</h3>

Critères portant sur la structure :

1. Protocoles de prise en charge de la douleur postopératoire :

1a : Il existe au niveau des salles de surveillance postinterventionnelle, des salles d'hospitalisation de chirurgie, des réanimations et des unités de surveillance continue recevant des patients chirurgicaux, des protocoles de prise en charge de la douleur postopératoire écrits, validés par les équipes de soins.

1b : Ces protocoles de prise en charge de la douleur postopératoire ont fait l'objet d'une évaluation et d'une actualisation régulière (annuelle).

2. Organisation des professionnels de santé :

2a : Il existe une équipe structurée autour de la prise en charge de la douleur postopératoire.

2b : Les équipes soignantes paramédicales consacrent du temps à la formation professionnelle concernant la prise en charge de la douleur. Chaque année une ou plusieurs sessions d'informations sont organisées auprès des équipes soignantes.

3. Satisfaction des patients vis-à-vis de la prise en charge de la douleur postopératoire :

La satisfaction des patients doit faire l'objet d'une évaluation régulière : des enquêtes (questionnaires) de satisfaction sont effectuées régulièrement.

4. Information préanesthésique :

4a : Il existe un support informationnel individualisé sur la prise en charge de la douleur postopératoire.

Critères à rechercher dans les dossiers des patients :

4. Information préanesthésique :

4b : Le dossier d'anesthésie porte la mention de la transmission au patient de l'information ciblée sur la prise en charge de la douleur et de son consentement éclairé au traitement proposé.

5. Administration des antalgiques pendant l'anesthésie :

Les dossiers d'anesthésie font mention de l'administration pré- ou peropératoire (fin d'intervention) d'agents analgésiques supposés agir en postopératoire immédiat (AINS, paracétamol, tramadol, nefopam, morphine, etc.).

6. Évaluation de la douleur :

6a : Il existe un relevé périodique conforme à la prescription, du score d'intensité douloureuse à l'aide d'une échelle d'auto-évaluation (échelle visuelle analogue ou échelle numérique ou échelle verbale simple) ou d'une échelle d'hétéroévaluation si le malade ne peut coopérer, dans les dossiers de surveillance des patients.

6b : La douleur est mesurée au repos.

6c : La douleur est mesurée à la mobilisation.

7. Prescription de l'analgésie postopératoire :

7a : Il existe une prescription postopératoire détaillée, horodatée et signée. Les modes d'administration et les posologies (doses unitaires, intervalles et durée) des différents antalgiques sont notés.

7b : La surveillance des effets indésirables des traitements est inscrite dans le dossier patient.

7c : L'administration des traitements est conforme aux prescriptions.

8. Traitements antalgiques chez les patients ambulatoires :

Les patients ambulatoires quittent l'hôpital avec une prescription d'antalgiques et la conduite à tenir en cas d'analgésie insuffisante ou d'effets indésirables (à remplir uniquement pour les dossiers de patients ambulatoires).

VII. GUIDE DE L'UTILISATEUR

Critères portant sur la structure (une seule réponse par critère) :

Critère 1 :

1a : Les secteurs de soins où travaille l'équipe médicale, disposent de cahiers de protocoles dans lesquels sont indiquées les procédures antalgiques à suivre en fonction du type d'intervention rencontrée ou en fonction de l'intensité douloureuse mesurée.

1b : Ces documents ont fait l'objet d'une procédure de validation de la part des équipes soignantes et sont revus sur la base d'une périodicité annuelle.

Critère 2 :

2a : Une équipe structurée comprend au moins un médecin anesthésiste référent et une infirmière douleur. Cette équipe a notamment pour vocation la formation des personnels soignants et l'élaboration de protocoles de soins. Ces éléments doivent exister à son actif.

2b : Faire l'inventaire non seulement des actions de formation en dehors de l'institution mais aussi de celles qui sont menées au sein de l'institution sous l'égide de l'équipe référente.

Critère 3 :

Un audit concernant la satisfaction des patients peut être mené tous les ans ou les deux ans. Cet audit peut être organisé sur le mode « un jour donné ».

Critère 4a :

Rechercher s'il existe un support d'information au patient concernant la prise en charge de la douleur postopératoire.

Critères à rechercher dans les 20 dossiers patients analysés (une réponse pour chaque dossier, soit 20 réponses par critère) :

Critère 4b :

Sur chaque dossier d'anesthésie, rechercher s'il existe une indication que l'information a été transmise au patient. Par exemple, on peut indiquer en cochant une case que l'information a été transmise.

Critère 5 :

Rechercher sur les dossiers d'anesthésie, la mention d'une prescription d'antalgique avant ou en cours d'intervention.

Critère 6 :

6a : Les dossiers de surveillance pour la salle de surveillance postinterventionnelle et pour l'hospitalisation doivent porter la mention du recueil de l'intensité douloureuse en indiquant le score obtenu et la périodicité du recueil.

6b et 6c : L'obtention de scores au repos est importante mais la cotation de l'intensité de la douleur à la mobilisation est également essentielle notamment pour certains types de chirurgie (abdominale – orthopédique, etc.)

Critère 7 :

Les prescriptions concernant l'analgésie postopératoire et en particulier les techniques de bloc ou d'analgésie autocontrôlée sont reportées sur des documents spécifiques. Identifier ces documents. S'assurer que sur ces documents les prescriptions sont détaillées et comportent la dose, l'intervalle d'administration et les modalités de surveillance. Noter si les effets indésirables des traitements analgésiques sont pris en compte et justifient un traitement préventif.

Noter si les traitements prescrits ont réellement été administrés.

Critère 8 :

À ne renseigner que pour les dossiers de patients ambulatoires, si le patient n'est pas ambulatoire, la réponse est N/A.

Dans les unités d'anesthésie ambulatoire il existe des documents explicatifs de la prise en charge de la douleur postopératoire qui indiquent également la conduite à tenir en cas d'analgésie insuffisante. Ces documents sont remis au patient avant leur sortie.

VIII. ANNEXE

Utilisation du référentiel avec une méthode d'audit clinique dans le cadre d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles.

L'audit clinique : c'est une méthode qui va décrire à travers ses étapes successives le cycle d'amélioration continue de la qualité décrit par Deming (planifier, mettre en œuvre, évaluer, améliorer).

Pour plus de détails, on pourra se reporter aux publications de L'Anaes sur le sujet :

- L'audit clinique, ANDEM, juin 1994 ;
- L'audit clinique, bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles, Anaes, avril 1999 ;
- Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration, Anaes, juin 2003.

Après une nécessaire définition et organisation du projet (planifier), l'objectif est donc de comparer la pratique réelle de l'équipe à un référentiel, lui-même établi à partir de références scientifiques validées. Ce référentiel est décliné en une grille de critères d'évaluation qui permet d'évaluer si la pratique est conforme au référentiel (mettre en œuvre). Ensuite l'équipe doit analyser les résultats obtenus (évaluer) et proposer un plan d'amélioration et de suivi (améliorer).

L'utilisation des **référentiels de pratiques professionnelles** réalisés conjointement par la SFAR-CFAR et la HAS permet de réaliser une démarche de type audit clinique, simple et rapide à utiliser pour le médecin anesthésiste-réanimateur. En effet la construction du référentiel et de la grille des critères d'évaluation a été préalablement effectuée sous l'égide du CFAR par un groupe d'anesthésistes-réanimateurs représentatifs de la spécialité. Il ne reste plus alors au médecin qu'à recueillir les réponses aux questions posées par le référentiel à partir d'une étude rétrospective d'au moins vingt dossiers, à analyser ses résultats et à proposer un plan d'amélioration et de suivi de ses pratiques professionnelles. L'utilisation de ces référentiels constitue donc certainement, du moins dans un premier temps, une porte d'entrée dans l'EPP simple et très accessible à tout professionnel même peu familier des méthodes qualité.

Cette démarche pour être valide doit être explicite et doit donc donner lieu à un **rapport écrit** décrivant la démarche réalisée.

Ce rapport peut suivre le plan type suivant (cf. Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration, Anaes, juin 2003) :

- présentation du contexte ;
- objectifs ;
- organisation et déroulement de la démarche (composition du groupe projet ou de l'équipe, unité impliquée, description de la méthode, calendrier et déroulement des différentes étapes) ;
- recueil des données (cf. modèle joint de la grille de recueil) ;
- analyse des résultats :
 - Que pensez-vous de vos résultats (points forts et points à améliorer de votre pratique) ? Sont-ils conformes à ce que vous attendiez ?
 - Comment expliquez-vous, pour certains critères d'évaluation, les éventuels écarts observés ?

- Plan d'amélioration et de suivi ;
 - Quelles actions d'améliorations allez-vous mettre en place ?
 - Comment les actions d'amélioration sont-elles suivies et évaluées ?
- Conclusions et impact de la démarche.

Spécificité de l'anesthésie-réanimation : une démarche **d'équipe** :

Dans l'exercice de l'anesthésie-réanimation, les contraintes organisationnelles et en particulier la nécessaire permanence des soins font qu'au sein des établissements de santé la prise en charge d'un patient implique, le plus souvent, plusieurs médecins anesthésistes-réanimateurs (exemple : consultation d'anesthésie, phase opératoire, suivi postopératoire et réanimation). Cette spécificité du processus anesthésique a conduit au développement d'une logique du travail en équipe (dossier d'anesthésie partagé, protocoles et procédures communs) contribuant à améliorer la qualité et la continuité des soins et à diminuer les écarts par rapport à une norme validée en anesthésie et en réanimation.

De ce fait l'évaluation des pratiques en anesthésie-réanimation suppose, dans la plupart des cas, une approche du travail en équipe, des médecins anesthésistes-réanimateurs. Dans le cadre d'une démarche d'audit, on étudie donc une quantité prédéfinie de dossiers (20 environ, mais le nombre peut être adapté en fonction du secteur d'activité choisi), les résultats sont mis en commun et une démarche d'amélioration et de suivi est réalisée collectivement.

Cette participation collective à une EPP doit bénéficier :

- à chaque médecin qui la finalise individuellement ;
- au groupe de médecins anesthésistes-réanimateurs.

La définition d'une équipe d'anesthésistes-réanimateurs est ouverte mais on peut néanmoins considérer qu'il s'agit de la plus petite entité prenant en charge un patient (exemple : équipe d'anesthésie en ORL, équipe d'anesthésie aux urgences, équipe de réanimation, etc.).

En pratique :

Tous les membres d'une équipe d'anesthésie participent à cet audit.

L'équipe prend connaissance du référentiel.

Une méthode rétrospective est retenue.

Pour les critères 1,2,3 et 4a : la réponse aux questions est recherchée une fois par an au niveau de la structure au sein de laquelle travaille l'équipe médicale concernée. Il n'y a donc qu'une réponse par critère (cf. grille de recueil).

Pour les critères 4b, 5, 6, 7, 8 : 20 dossiers consécutifs au minimum doivent être analysés. Il y a donc 20 réponses par critère. Chaque membre de l'équipe recueille donc sur une grille (cf. document joint) les données de 20 dossiers d'anesthésie consécutifs par secteur d'activité (exemple orthopédie, chirurgie gynécologique, etc.) concernant un acte chirurgical ou un acte interventionnel invasif susceptible de provoquer une douleur postopératoire, en chirurgie réglée ou en urgence.

Remarque : Certains critères sont déclinés en plusieurs parties (a, b, c). Chacune de ces parties fait l'objet d'une question spécifique et indépendante des autres qui doit être renseignée (Oui, Non, Non Adaptée).

Le critère 8 n'est à renseigner que pour les dossiers de patients ambulatoires.

L'analyse des résultats et la proposition d'actions d'amélioration sont collectives à partir des données anonymisées. Un suivi est organisé (un indicateur peut être établi dont le suivi annuel permet à l'équipe de juger de ses progrès dans le domaine).

Un rapport écrit de la démarche est rédigé (cf. plus haut).

Grille de recueil des données.

N° d'anonymat :

Date :

Temps passé à cette évaluation :

**Critères concernant la structure où travaille l'équipe médicale :
(une seule réponse par critère, cochez la case correspondante).**

CRITERES	OUI	NON	NA	COMMENTAIRES SI NA OU NON
Critère 1a : Il existe au niveau des salles de surveillance postinterventionnelle, des salles d'hospitalisation de chirurgie, des réanimations et des unités de surveillance continue recevant des patients chirurgicaux, des protocoles de prise en charge de la douleur postopératoire écrits, validés par les équipes de soins.				
Critère 1b : Ces protocoles de prise en charge de la douleur postopératoire ont fait l'objet d'une évaluation et d'une actualisation régulière (annuelle).				
Critère 2a : Il existe une équipe structurée autour de la prise en charge de la douleur postopératoire.				
Critère 2b : Les équipes soignantes paramédicales consacrent du temps à la formation professionnelle concernant la prise en charge de la douleur. Chaque année une ou plusieurs sessions d'informations sont organisées auprès des équipes soignantes.				
Critère 3 : La satisfaction des patients doit faire l'objet d'une évaluation régulière : des enquêtes (questionnaires) de satisfaction sont effectuées régulièrement.				
Critère 4a : Il existe un support informationnel individualisé sur la prise en charge de la douleur postopératoire.				

**Critères concernant 20 dossiers analysés
(une réponse par dossier, soit 20 réponses par critère).**

Notez une seule réponse par case :

- **O** si la réponse est OUI ou présent ;
- **N** si la réponse est NON ou absent ;
- **NA** si le critère ne s'applique pas à ce patient ou à votre pratique (précisez dans la zone de commentaires). N'hésitez pas à ajouter des informations qualitatives !

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
Critère 4b : Le dossier d'anesthésie porte la mention de la transmission au patient de l'information ciblée sur la prise en charge de la douleur et de son consentement éclairé au traitement proposé.											O : N : NA :
Critère 5 : Les dossiers d'anesthésie font mention de l'administration pré- ou peropératoire (fin d'intervention) d'agents analgésiques supposés agir en postopératoire immédiat (AINS, paracétamol, tramadol, nefopam, morphine, etc.).											O : N : NA :
Critère 6a : Il existe un relevé périodique conforme à la prescription, du score d'intensité douloureuse à l'aide d'une échelle d'auto-évaluation (échelle visuelle analogue ou échelle numérique ou échelle verbale simple) ou d'une échelle d'hétéroévaluation si le malade ne peut coopérer, dans les dossiers de surveillance des patients.											O : N : NA :
Critère 6b : La douleur est mesurée au repos.											O : N : NA :
Critère 6c : La douleur est mesurée à la mobilisation.											O : N : NA :
Critère 7a : Il existe une prescription postopératoire détaillée, horodatée et signée. Les modes d'administration et les posologies (doses unitaires, intervalles et durée) des différents antalgiques sont notés.											O : N : NA :
Critère 7b : La surveillance des effets indésirables des traitements est inscrite dans le dossier patient.											O : N : NA :
Critère 7c : L'administration des traitements est conforme aux prescriptions.											O : N : NA :
Critère 8 : Les patients ambulatoires quittent l'hôpital avec une prescription d'antalgiques et la conduite à tenir en cas d'analgésie insuffisante ou d'effets indésirables (à remplir uniquement pour les dossiers de patients ambulatoires).											O : N : NA :

Référentiel prise en charge de la douleur postopératoire

	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Total
Critère 4b : Le dossier d'anesthésie porte la mention de la transmission au patient de l'information ciblée sur la prise en charge de la douleur et de son consentement éclairé au traitement proposé.											O : N : NA :
Critère 5 : Les dossiers d'anesthésie font mention de l'administration pré- ou peropératoire (fin d'intervention) d'agents analgésiques supposés agir en postopératoire immédiat (AINS, paracétamol, tramadol, nefopam, morphine, etc.).											O : N : NA :
Critère 6a : Il existe un relevé périodique conforme à la prescription, du score d'intensité douloureuse à l'aide d'une échelle d'auto-évaluation (échelle visuelle analogue ou échelle numérique ou échelle verbale simple) ou d'une échelle d'hétéroévaluation si le malade ne peut coopérer, dans les dossiers de surveillance des patients.											O : N : NA :
Critère 6b : La douleur est mesurée au repos.											O : N : NA :
Critère 6c : La douleur est mesurée à la mobilisation.											O : N : NA :
Critère 7a : Il existe une prescription postopératoire détaillée, horodatée et signée. Les modes d'administration et les posologies (doses unitaires, intervalles et durée) des différents antalgiques sont notés.											O : N : NA :
Critère 7b : La surveillance des effets indésirables des traitements est inscrite dans le dossier patient.											O : N : NA :
Critère 7c : L'administration des traitements est conforme aux prescriptions.											O : N : NA :
Critère 8 : Les patients ambulatoires quittent l'hôpital avec une prescription d'antalgiques et la conduite à tenir en cas d'analgésie insuffisante ou d'effets indésirables (à remplir uniquement pour les dossiers de patients ambulatoires).											O : N : NA :

Dossiers	Observations et commentaires
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	