

23^{EME} CONGRÈS NATIONAL DE LA SAARSIU : ALGER 15 DECEMBRE 2023.

**ACUTE PAIN SERVICE ET
L'AMÉLIORATION DE LA GESTION
DE LA DOULEUR POST-OPÉRATOIRE**

- **O. GUERZA(1) ; S. HARKAT(1) C.H.U BATNA**
- **O. BOUDEHANE(2) C.H.U DR BEN BADIS**

Introduction

« La douleur est l'expression d'une expérience sensorielle et émotionnelle, désagréable, liée à une lésion tissulaire, réelle ou potentielle ou décrite en des termes d'une telle lésion »

l'IASP (International Association for the Study of Pain) 1979.

- **PEC de la DPO est un impératif de qualité de soin**



CLASSIFICATION

Nociceptive

aigue



Neuropathique

chronique



Psychogène

Dysfonctionnement psychique



COMPOSANTES

Sensori-discriminatif

Localisation- qualité

Aspect affectif :émotionnel

tonalité- supportable

Comportemental

Anticipation; de défense,

Cognitif

Interprétation, Mémorisation

DOULEUR AIGUE POSTOPÉRATOIRE (DPO)

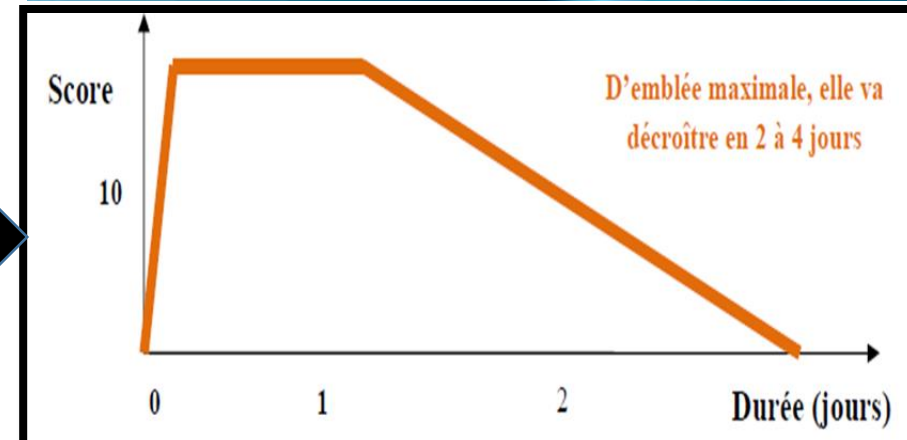
□ Traumatisme chirurgical : stimulation

directe des terminaisons nerveuses



Douleur aiguë, constante, prévisible

transitoire, décroît en 2 à 4 jours



Evolution de l'intensité de la DPO en fonction de la durée

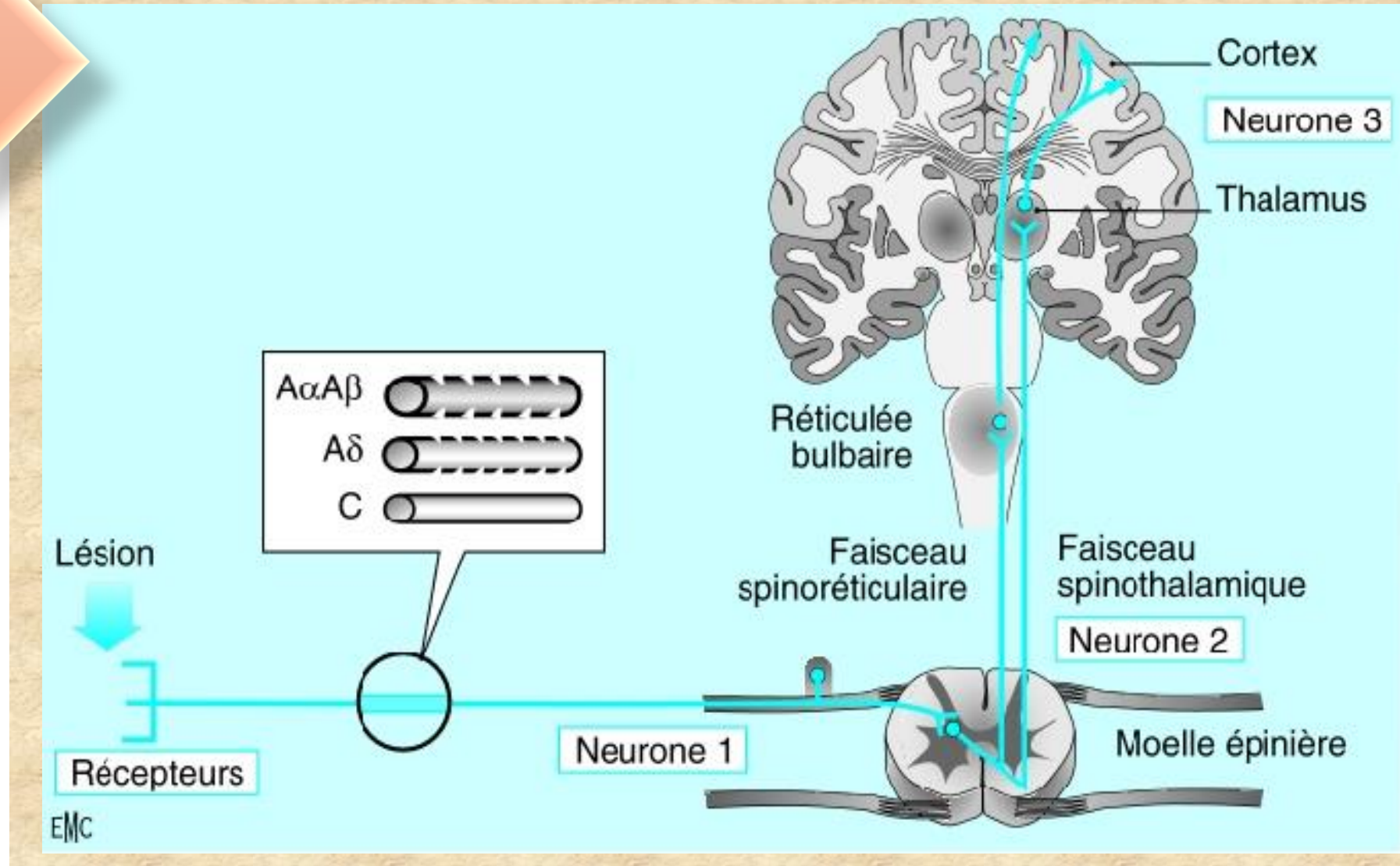
□ Valeur d'alarme = si complications chirurgicales.

□ Délétaire si trop intense : Douleur Chronique Postopératoire

PHYSIOPATHOLOGIE DE LA DPO

1. NOCICEPTION

- Transduction
- Transmission
- Modulation
- Perception



HYPERALGESIE

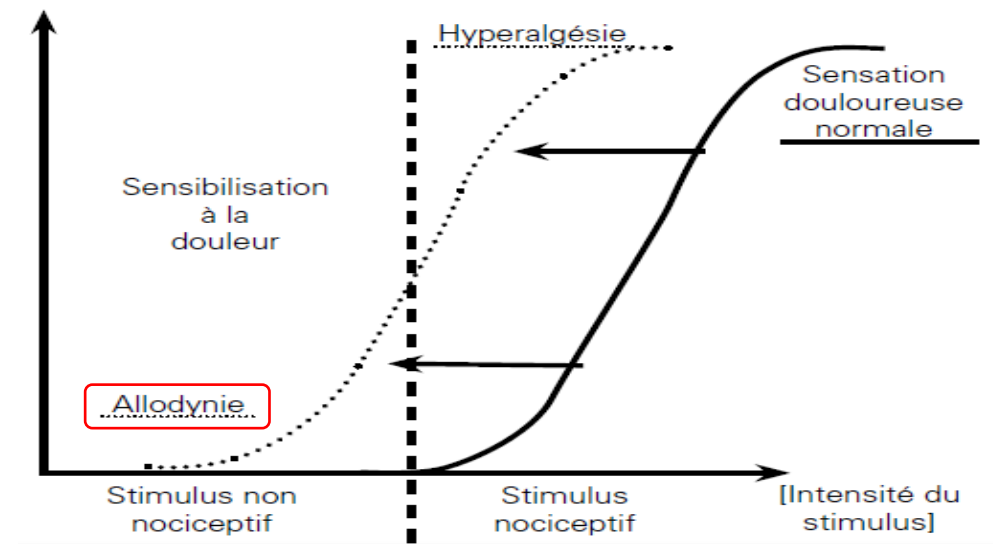
une réponse exagérée à une stimulation normalement douloureuse

l'incision chirurgicale

hyperalgésie primaire: zone d'incision

L'hyperalgésie secondaire : à distance de la lésion: **sensibilisation centrale**

(Récepteurs NMDA)



les morphiniques: HIO

- La morphine = une substance anti **nociceptive et pro nociceptive**
 - **une tolérance aiguë à la morphine**
- ↑ Consommation de morphine =
- ↑ Effets secondaires

CONSÉQUENCES DE LA DPO

CARDIOVASCULAIRE

↑ Fc ; HTA : IDM

↓ mobilité : TVP = EP

RESPIRATOIRE

Atélectasie

Pneumonie

NEURO-PSYCHIQUE

Agitation

Insomnie

CHRONISATION

ENDOCRINIEN

Hyperglycémie

GASTRO-URINAIRE

Constipation

Rétention urinaire

ALGODYSTROPHIE

	Durée inférieure à 48 heures	Durée supérieure à 48 heures
Douleur forte	<p>Cholécystectomie (laparotomie) Adénomectomie prostatique (voie haute) Hystérectomie (voie abdominale) Césarienne</p>	<p>Chirurgie abdominale sus- et sous-mésocolique Oesophagectomie Hémorroïdectomie Thoracotomie Chirurgie vasculaire Chirurgie rénale Chirurgie articulaire (sauf hanche) Rachis (fixation) Amygdalectomie</p>
Douleur modérée	<p>Appendicectomie Hernie inguinale Vidéo-chirurgie thoracique Hystérectomie vaginale Chirurgie gynécologique mineure Çœlioscopie gynécologique Mastectomie Hernie discale Thyroïdectomie Neurochirurgie</p>	<p>Chirurgie cardiaque Hanche Chirurgie ORL (larynx, pharynx)</p>
Douleur faible	<p>Cholécystectomie çœlioscopique Prostate (résection transurétrale) Chirurgie urologique mineure Circoncision IVG/curetage Chirurgie ophtalmologique</p>	

PROBLEMATIQUE

- **Douleur:** problème d'ampleur globale/mondiale = fardeau socio-économique.
- Douleur aiguë postopératoire(DPO)est le **type de douleur le plus répandu.**
- un défaut de PEC de la DPO est d'actualité: la littérature internationale a montré **une insuffisance de la prise en charge de la DPO .**
- Une des principales barrières semble être **organisationnelle .**

- La reconnaissance de l'inefficacité des régimes couramment employés en matière de soulagement de la douleur, qu'elle soit aiguë ou chronique, a permis et encouragé le développement de structures visant à prendre charge les patients souffrants
- La création d'équipes chargées de la prise en charge de la DPO est un concept régulièrement proposé depuis plusieurs années

Organisation de la PEC de DPO en unité de soins

La solution au problème de l'inadéquation de l'analgésie postopératoire n'est pas tant dans le développement de nouvelles techniques, mais plutôt dans la mise en place d'une réelle organisation »

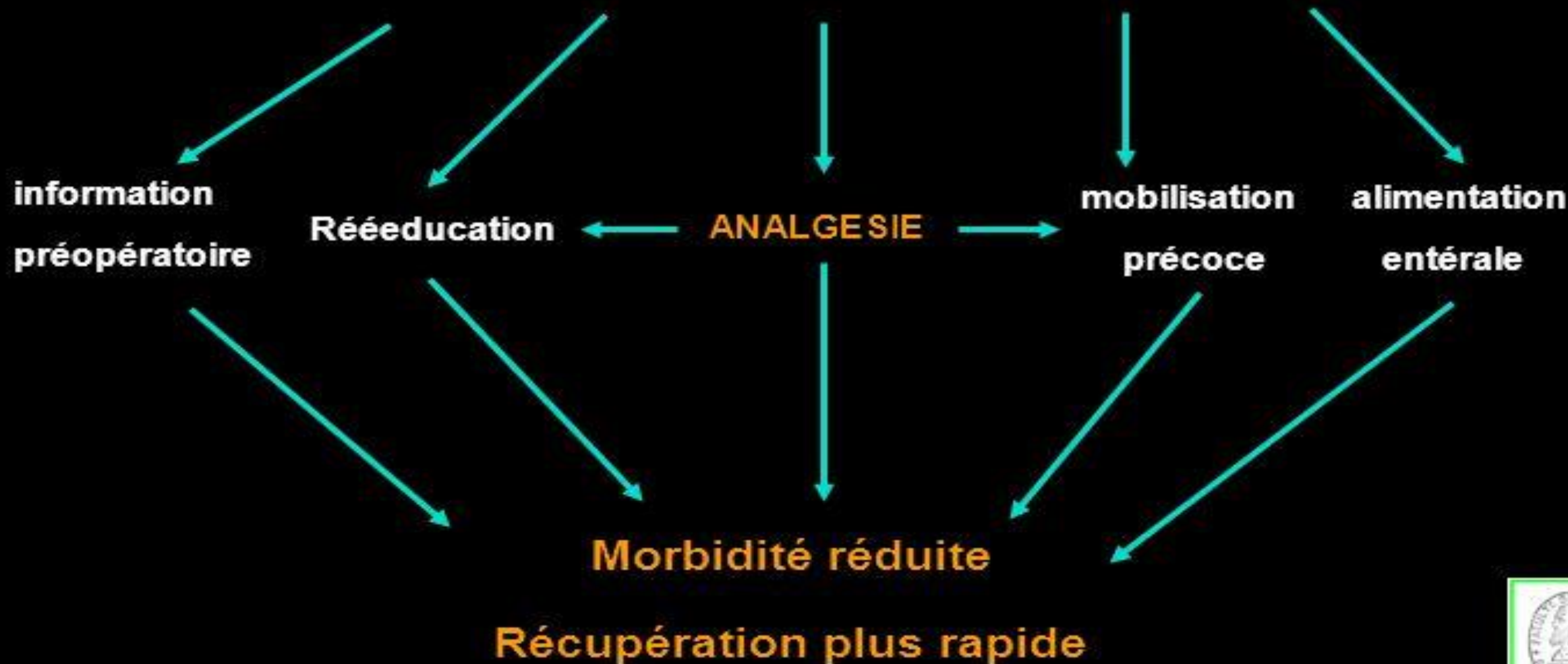
Rawal N, Berggren L. Pain 1994; 57: 117-23.

Service d'analgésie postopératoire « SAPO »

équipe chargée de la PEC de la DPO au sein des services de chirurgie; fondé sur les anesthésistes et/ou sur des infirmières référentes .

L'analgésie s'inscrit dans les programmes de réhabilitation postopératoire

Contrôler la physiologie postopératoire



- Dans les années 1990 que les pays anglo-saxons ont créé les premières unités de prise en charge de la douleur postopératoire ou **”acute pain service”** (APS initialement intitulé **”pain aftersurgery“**). La pluridisciplinarité des certains de ces APS leur a valu le terme de **”recuperative pain médecine service**

- **L'American Pain Society en 2016** a recommandé de développer des structures organisationnelles dans les services de la chirurgie pour le contrôle efficace de la douleur postopératoire .
- **la Société Française d'Anesthésie et Réanimation SFAR en 1997** a recommandé de structurer une équipe autour de la douleur postopératoire, en identifiant un au sein de l'équipe médicale d'anesthésie un référent et d'une « infirmière expert ».

- **la société Algérienne d'évaluation et traitement de la douleur(SAETD)**
en 2017 a recommandé d'identifier une équipe douleur (médecin et infirmier) qui a pour tâche de sensibiliser, former l'équipe soignante, recueillir les données de l'évaluation de la douleur, Veiller à l'application effective des protocoles établis, recueillir la survenue des effets secondaires des analgésiques ainsi que la gestion du matériel (pompes, cathéters).

Il est devenu obligatoire d'avoir un APS dans tous les principaux centres de soins actifs.

Différents modèles de services de douleur aiguë postopératoire

Deux modèles de service de prise en charge de la douleur postopératoire

- Modèle de type « États-Unis » : Acute Pain Service Anesthésiologiste-based
- Modèle Européen : Acute Pain Nurse

Modèle USA: Acute Pain Service « APS »

Anesthesiologist - based

(5)- eady LB, Anesthesiology 1986
(6)- Weathley RG, BJA 1991

Equipe

- Un anesthésiste senior
- Un interne
- Une IDE spécialisée
- pharmacien
- +/- chirurgien, psychologue, physiothérapeute

Fonctionnement

- Visite des patients X 2/j.
- Astreinte téléphonique 24h/24h.

Missions

- Prescription des antalgiques
- Evaluation douleur / effets II
- Développement PCA, APD :High Tech
- Formation:médecins et paramédicaux
- Rédaction de protocoles

Inconvénients

- S'adresse à 30% des patients
- 100 à 300 €/patients(nature privé).

Modèle Européen: Acute Pain Nurse

Basé/IDE – Supervisé/MAR

(7)- Rawal N, Pain 1994

(8)- SFAR, Conférence de consensus 1997

(9)- Groupe d'experts 1999

La création d'une fonction **d'infirmier(e) spécialisé(e) douleur** est un facteur essentiel de la réussite du programme de prise en charge de la DPO »

Conférence de Consensus 1997

Fonctionnement

- Visite des patients X 2/j
- Astreinte téléphonique 24h/24h

Rôle des IDE référentes

- Lien services/anesthésiste référent
- Formation/conseil auprès des IDE.
- Information des patients
- Recueil données analgésie/effets II
- Gestion du matériel (pompes, KT...)
- Participation aux audits

Avantages

- Tous les patients sont pris en charge
- 3 à 5 €/patients ⇒ Low cost

SAPO
économique

- Le modèle proposé, qualifié de « **SAPO économique** », repose essentiellement sur le personnel infirmier.
- Ce système est fondé sur le principe qu'une analgésie de qualité peut être proposée quelle que soit la technique employée (opiacés par voie systémique, PCA, ALR)
- La possibilité d'offrir une analgésie de qualité, en sécurité et à moindre coût .
- Un programme de surveillance des paramètres comme le score de douleur, la fréquence respiratoire, le score de sédation est établi et la périodicité de la surveillance dépend de la technique d'analgésie choisie

- un APS nécessite la constitution d'une équipe multidisciplinaire dirigée par un anesthésiste, devra inclure une ou des infirmier(e)s spécialisés, un membre du service de pharmacie et d'autres professionnels (chirurgien, physiothérapeute, psychologue..) pourront s'y greffer de façon plus ou moins permanente .
- De ce fait le service de la douleur aiguë recourt à une approche multidisciplinaire pour favoriser et accélérer la réhabilitation du patient.

□ **Vandermeul en : l'anesthésiste réanimateur constitue le candidat idéal** pour diriger APS: en Vue ses connaissances des médications et des techniques analgésiques.

□ **Un anesthésiste réfèrent-douleur** pose le problème majeur de la concentration des connaissances sur un seul individu , il est nécessaire que les anesthésistes aient tous une formation en matière de prise en charge de la douleur.

Infirmier référent douleur

- une infirmière spécialisée, attachée au « SAPO économique », visite quotidiennement l'ensemble des unités chirurgicales afin d'y repérer les cas posant problème. Elle ne réfère à l'anesthésiste responsable que les cas qu'elle ne peut pas résoudre

La notion **d'infirmière référent douleur (IRD)** a été proposée par **Rawal et Berggren**

et soutenue par la conférence de consensus sur la PEC de DPO de la **SFAR en 1997**

❑ **SFAR 2008** : a recommandé le développement des postes d'IRD pour améliorer la
PEC de DPO

❑ **Stomberg et al** : souligner l'importance des infirmières « douleur » dans le

« SAPO », = la première ligne d'intervention afin de répondre aux problèmes

rencontrés dans les unités de soins.

Fonctionnement

- Les « acute pain service » (APS) doivent être connus afin de pouvoir assurer diverses prestations médicamenteuses ou non, 24 heures sur 24. Ils doivent être reconnus, en termes financiers par les établissements.
- Ils doivent être parfaitement intégrés aux fonctionnements des services (infirmières, chirurgiens, pharmaciens, etc.). Ils doivent fonctionner sur les bases d'une large multidisciplinarité et interdisciplinarité

Rôles de l'équipe soignante

Responsabilités du personnel infirmier

- Ils utilisent les échelles d'évaluation
- Réalisent les prescriptions selon les arbres de décision
- Définissent la nature et l'évolution de la douleur et le niveau de soulagement
- Surveillent le confort du patient et l'assurent d'une surveillance attentive de son traitement antalgique
- Transmettent les données.

médecin référent douleur

- Journée= joignable au téléphone
- Il assure cette activité en plus de son travail de médecin anesthésiste dans le service
- Assure l'organisation de la prise en charge de la DPO

Infirmière référent douleur

- Formation au soignant sur le terrain
- Réalisation des audits
- Participe à l'élaboration des protocoles.
- Coordonne entre les groupes de travail.
- Gère les besoins en matériel (douleur)
- Aider les infirmières du service à réaliser les évaluations et de la PEC médicamenteuses de la douleur

DÉMARCHE ASSURANCE QUALITÉ

□ Les démarches d'assurance-qualité ont été développées pour

dépister les dysfonctionnements = améliorer la qualité des soins.

□ Un des domaines qui a fait l'objet de plan d'assurance -qualité est

la pec des douleurs et en particulier DPO

Mise en place d'une démarche assurance qualité DPO

Un audit initial

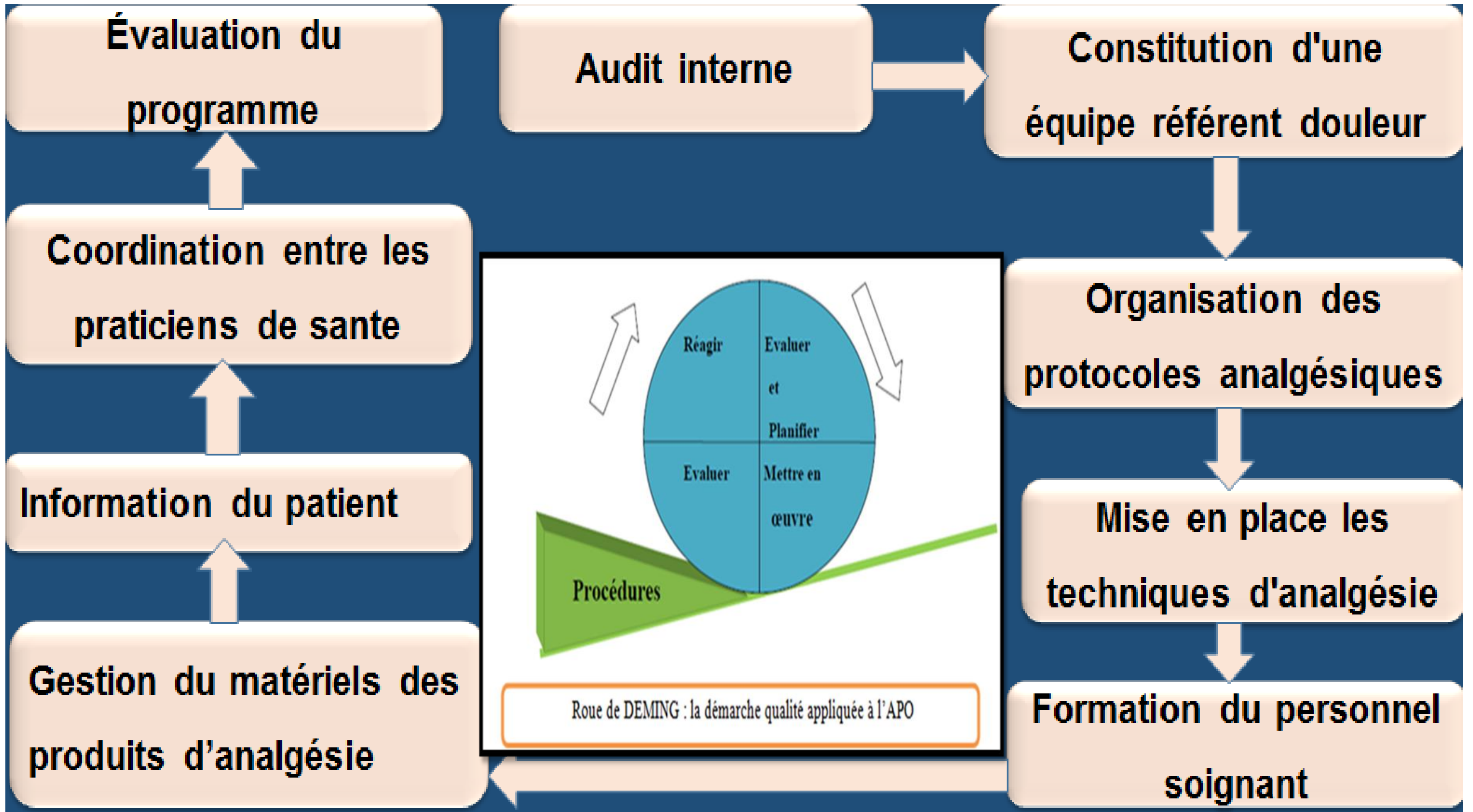
- Évaluer la situation

Mise en place d'actions correctrices

- L'implantation d'unité fonctionnelle d'analgésie postopératoire

Un audit de contrôle

- Évaluant la situation après intervention.



AUDIT INITIAL

- La réalisation des enquêtes auprès de l'équipe médicale et du personnel de soins (cadres, infirmier(e)s, aides-soignantes, kinésithérapeutes) a fait l'état des lieux de leurs motivations personnelles ; de leurs difficultés, de leurs opinions sur la faisabilité de certains modes thérapeutiques (PCA, ALR).
- Après une stratégie d'organisation de la prise en charge de la DPO est développée.

Mise en application des actions correctrices

1. Sensibilisation des soignants

2. Constitution d'une équipe référent douleur

Équipe volontaire = « chef de projet douleur » + une fonction d'infirmière référent- douleur

- **Médecin référent douleur**
- **infirmiers référents douleurs**
- **psychologues.**
- **responsables de la pharmacie**
- **CHIRURGIEN**

- Analyser les éléments fournis par l'audit initial
- la rédaction de protocoles
- une formation aux praticiens du service
- assurer la bonne coordination entre les équipes
- information des patients
- une réévaluation régulière des protocoles

2. Formation du personnel soignant

Les objectifs de la formation :

- **douleur**: Définir ,classification , physiopathologie de la douleur et la DPO.
- **Evaluer la douleur** par les différentes méthodes d'évaluation de la DPO.
- **Antalgiques**: classification , pharmacologie,leur maniement pratique, modalités d'administration.
- **Analgésie locorégionale** : Expliquer les différentes techniques .
- **surveillance** :les parametres de surveillance et de PEC des effets secondaires

Acquisition d'un savoir-faire des praticiens

INFORMATION DU PATIENT

Information des patients

d'évaluer l'anxiété et le besoin d'information par l'échelle d'APAIS

Information orale

Information écrite
(Livret)

Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS)

Item	1	2	3	4	5
1	Je suis préoccupé(e) par l'anesthésie				
2	Je pense continuellement à l'anesthésie				
3	J'aimerais en savoir le plus possible sur l'anesthésie				
4	Je suis préoccupé(e) par l'intervention				
5	Je pense continuellement à l'intervention				
6	Je voudrais en savoir le plus possible sur l'intervention				



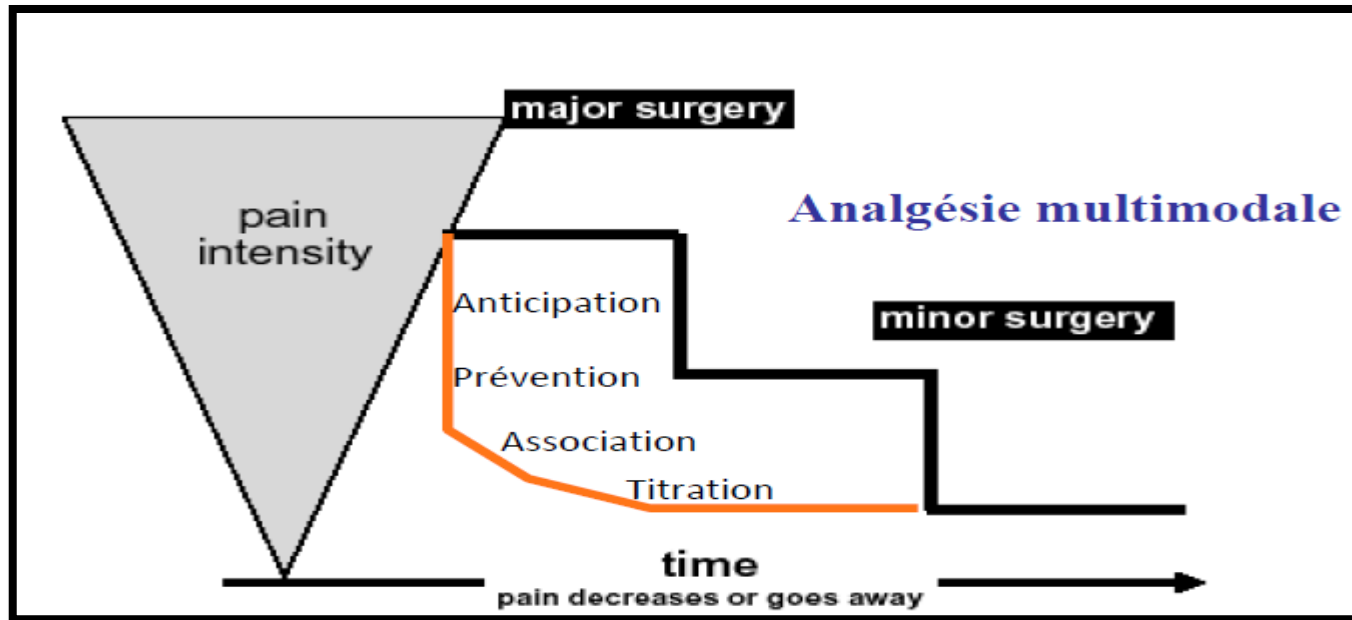
Mise en place de stratégies thérapeutiques analgésiques

protocoles analgésiques

Rédaction des protocoles

Mise en application des protocoles

- selon les recommandations des sociétés savantes
 - adapté en fonction du contexte local



peropératoire

SSPI

Service d'hospitalisation

Anticipation

IRD

multimodale

PRINCIPES DE BASE DE L'ANALGÉSIE POSTOPÉRATOIRE

ANALGÉSIE PRÉVENTIVE

ANTICIPATION
ASSOCIATION

ANALGÉSIE MULTIMODALE

TRT analgésique et antihyperalgésique péri opératoire = **contrôler la sensibilisation SNC**

l'association de plusieurs agents ou techniques analgésiques:
↑ leur efficacité et/ou ↓ effets II

Kehlet .al 1990

Stratégies « anti hyperalgésique »

Stratégie d'épargne des morphiniques

- Anti NMDA: kétamine
- ALR
- Dexametasone

Analgésie balancée systémique

Analgésie balancée Locoregionale

Mise en application des outils d'évaluation et de surveillance de la DPO

Outils d'évaluation de la DPO

L'échelle visuelle analogique (EVA)

- Absence de douleur : score de [0 à 30 mm]
- Douleur modérée : score de] 30 à 60 mm]
- Douleur intense : score > 60mm.

La surveillance de la douleur au repos toute 6h durant 72 heures postopératoire

outils de surveillance de la DPO

paramètres de surveillance

fiches de prescription

fiches de surveillance effets II aire

- l'analgésie locorégionale
- de traitement morphinique

Evaluation de la douleur aiguë postopératoire

unidimensionnelle

Douleur acceptable = EVA ou EN ≤ 3 – EVS ≤ 1

Auto-evaluation

Échelle visuelle analogique



pas de
douleur

douleur
maximale

Echelle numérique

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

multidimensionnelle

Echelle verbale simple

dl qualifiée par un adjectif

0-absente

1-faible

2-moyenne

3-intense

Echelle comportementale

1: ptt calme, sans expression verbale
ou comportementale de la dl

2: expression verbale /
comportementale de la dl

3: agitation majeure, cris, pleurs,
prostration, repli

Hetero-evaluation

comportementale

Surveillance de l'analgésie postopératoire

Surveillance de la douleur

Surveillance des effets secondaires

Evaluation DPO

Hémodynamique

ALR

Morphiniques

SEDATION

DEPRESSION RESPIRATOIRE

Bloc moteur

Bloc sensitif

S0 : bien éveillé
S1 : somnolent par intermittence, facilement réveillable par stimulation verbale
S2 : somnolent, éveillable par stimulation physique
S3 : somnolent, difficilement éveillable

score adulte
- R0 : régulière sans problème et FR > 10 c/min
- R1 : ronflements et FR sup à 10 c/min
- R2 : irrégulière, obstructive, tirage ou FR inf à 10 c/min
- R3 : pause, apnée

Gestion des moyens matériels et des produits pharmaceutiques

- ***Les antis hyperalgésiques*** : ketamine, dexametasone
- ***Les analgésiques non morphiniques*** : parocoxib, néfopam,
- ***Les analgésiques morphiniques*** : tramadol , morphine.
- Boites stériles pour conserver la morphine (**la rachianalgésie**)
- La disponibilité du **cathéter pour analgésie locorégionale**
- Assurer la matériel de monitorages au niveau des unités d'hospitalisation
- Préparation de deux chariots d'urgences

Coordination entre les différents acteurs et secteurs de soins

- L'équipe référente assure la bonne coordination entre les équipes paramédicales et les praticiens ; elle vérifie la bonne exécution des prescriptions ; elle analyse les causes d'échec et relève les complications observées dans un souci de formation et de prévention. Une réévaluation régulière des protocoles est nécessaire

Évaluation du programme

- Des audits (qui vérifient la mise en place des procédures) et des enquêtes auprès des patients (qui en mesurent l'effet sur les patients).

Cette évaluation doit être faite à intervalles réguliers, au minimum une fois par an

❑ Etant donné que les Acute Pain Service Nord-Américains ou Européens misent en place depuis la fin des années 80 ont montré dans certaines enquêtes une efficacité sur la qualité de la PEC de la DPO :

○ **Etude de Vallerand et al** : a montré que l'APS a permis de réduire la durée d'hospitalisation avec une augmentation d'efficacité de l'analgésie et une réduction des effets secondaires .

❑ En comparaison avec l'avant APS et l'après, une étude **de Frigon** a montré une amélioration des suites postopératoires et une augmentation de la satisfaction des patients .

Recommendations

- culture douleur devrait être créée.
- des recommandations pour l'amélioration de la PEC de la DPO

1. Aux praticiens de santé

Implanter une unité fonctionnelle d'analgésie postopératoire type APS ou « SAPO économiques » dans toutes les structures chirurgicales à travers :

□ L'organisation d'une équipe douleur multidisciplinaire

Responsabilisation des acteurs

- Un responsable douleur au sein de l'équipe médicale d'anesthésie
- La création d'une fonction d'infirmier(e) spécialisé(e) douleur aiguë

- Former,
- Organiser
- Superviser.

□ La standardisation des pratiques cliniques

Améliorer des pratiques cliniques

Implanter de nouvelles pratiques

□ Améliorer l'évaluation de la douleur

- Réduire la charge infirmière.
- Réduire la nécessité d'une formation spécialisée .
- Rendre l'analgésie postopératoire optimisée accessible à tous

Planifier une stratégie de prise en charge de la douleur

Stratégie préopératoire

Information du patient

(consultation délocalisée)

et doit être consigné dans le dossier du patient.

Stratégie peropératoire

- Prévenir l'hyperalgésie.
- Anticiper la DPO
- ↓facteurs algogènes perop

Stratégie postopératoire

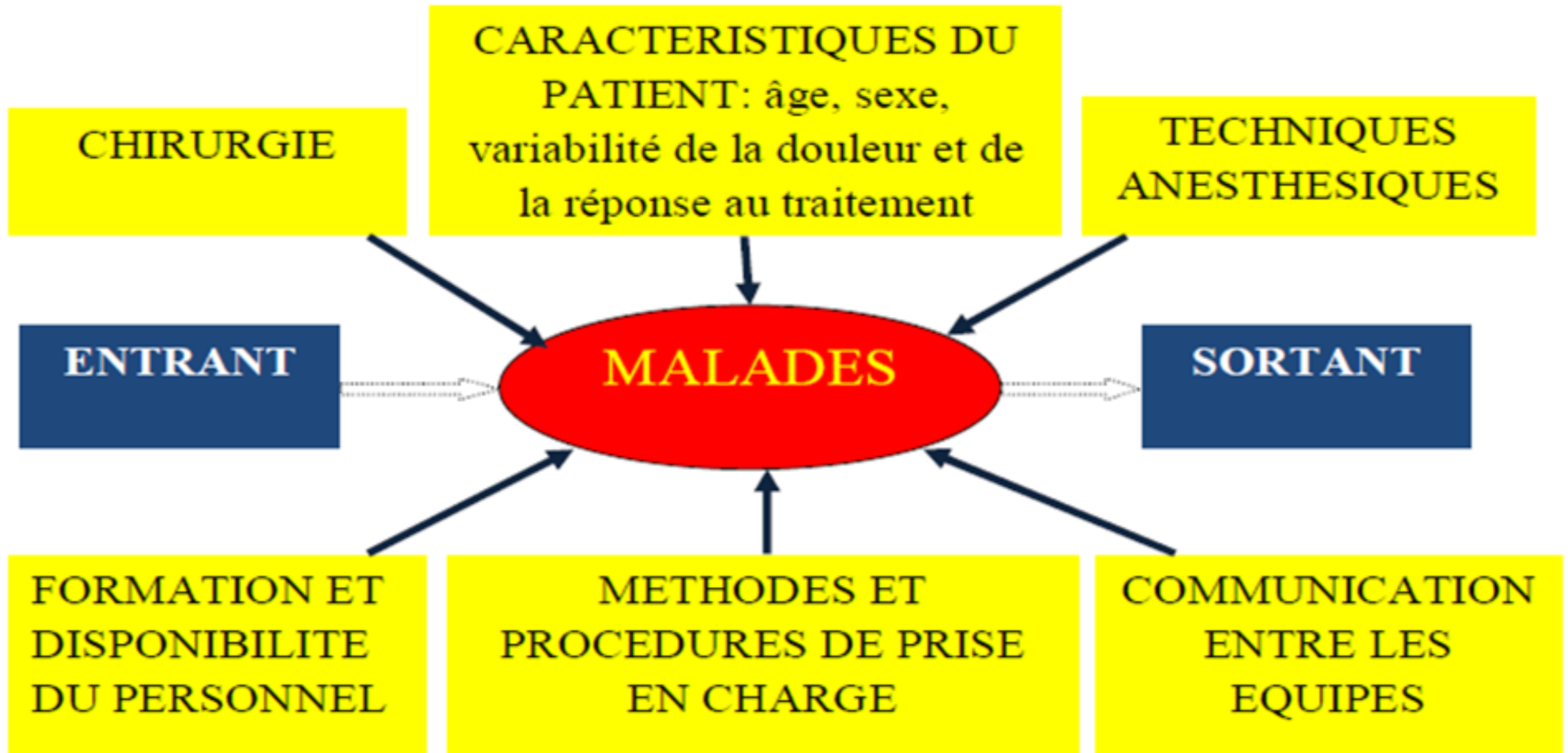
- Analgésie multimodale.
- Réduire les effets secondaires des antalgiques

- Repérer les facteurs favorisant des douleurs chroniques post chirurgicales

☐ Contrôle du respect des procédures mises en place

Audits à intervalle régulier = évaluation de maintien des procédures mises en place.

PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE DE LA DPO



Conclusion

❑ le point sur nos pratiques : la problématique est avant tout organisationnelle, nécessitant une volonté de changer les habitudes avant les moyens : mieux former, mieux informer et participer aux changements des mentalités qui doivent aboutir aux modifications des pratiques.

❑ **Formation des professionnels sur la douleur ++**

- ↑ des connaissances et le développement des compétences
- Formation des référents douleurs (médecins, infirmiers)

“ On dit toujours que le temps change les choses, mais en réalité le temps ne fait que passer et nous devons changer les choses nous-mêmes.”

Andy Warhol



Merci pour votre attention