



# **RAPPORT D'ÉLABORATION DU RÉFÉRENTIEL DE PRATIQUES PROFESSIONNELLES**

## **Prise en charge de la douleur postopératoire**

**Juin 2005**

## SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION .....	3
II.	CONTEXTE .....	3
III.	LES PROMOTEURS ET LE FINANCEMENT.....	3
IV.	LA CIBLE PROFESSIONNELLE.....	4
V.	LE GROUPE DE TRAVAIL.....	4
VI.	LES TEXTES DE RÉFÉRENCE .....	4
VII.	LES OBJECTIFS DE QUALITÉ .....	5
VIII.	LE GROUPE DE LECTURE .....	5
IX.	LE GROUPE TEST .....	6
X.	CONCLUSIONS .....	6
XI.	ANNEXES .....	7
XI.1.	Calendrier .....	7
XI.2.	Bibliographie .....	7
XI.3.	Membres du comité de pilotage (promoteurs).....	8
XI.4.	Membres du groupe de travail.....	8
XI.5.	Membres du groupe de lecture.....	8
XI.6.	Membres du groupe test.....	9
XI.7.	Grilles AGREE d'analyse des recommandations .....	9

## I. INTRODUCTION

Un référentiel d'auto-évaluation des pratiques professionnelles est un outil de démarche qualité. Il associe quelques objectifs de qualité à une grille de recueil de données. L'analyse des résultats permet au professionnel de mettre en œuvre des mesures d'amélioration de sa pratique.

La méthode d'élaboration suivie est décrite dans « Les référentiels d'évaluation des pratiques professionnelles. Guide méthodologique » Anaes mars 2004. (<http://www.has-sante.fr/HAS/has.nsf/HomePage?ReadForm>)

## II. CONTEXTE

La Société française d'anesthésie-réanimation (**SFAR**) et le Collège français des anesthésistes-réanimateurs (**CFAR**) ont souhaité que la spécialité, en lien avec l'Anaes, mette en place des référentiels d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) à destination de tous les anesthésistes-réanimateurs de France. Les critères de choix qui ont prévalu, conformément aux recommandations de l'Anaes, sont l'intérêt professionnel du thème, la facilité d'analyse en termes de fréquence et de relevé et enfin le fait de bénéficier d'un argumentaire validé et récent (RPC, conférence de consensus, etc.).

Plus de 7 000 000 d'interventions chirurgicales sont pratiquées chaque année en France. Pratiquement toutes peuvent être à l'origine d'une douleur postopératoire dont la durée varie de quelques heures à quelques jours. La douleur postopératoire n'est plus considérée comme une fatalité et les professionnels de santé ont pris en charge l'organisation des soins visant à en optimiser le contrôle depuis plus d'une dizaine d'années. L'évaluation et le traitement de la douleur postopératoire sont un indice de qualité des soins postopératoires. De plus le contrôle de la douleur postopératoire peut avoir un impact significatif sur la convalescence des patients, sur la morbidité postopératoire et sur la durée d'hospitalisation. La prise en charge de la douleur postopératoire a fait l'objet d'une réorganisation des soins avec la création de postes d'infirmiers référents au sein des établissements de santé et a bénéficié notamment de la mise en place des comités de lutte contre la douleur qui regroupent soignants et représentants des services logistiques et administratifs. La Société française d'anesthésie-réanimation a consacré une conférence de consensus à ce sujet ainsi qu'une conférence d'expert dont l'application des conclusions n'a cependant jamais été évaluée jusqu'à ce jour. Une enquête nationale est cependant en cours pour évaluer l'efficacité du traitement de la douleur postopératoire dans le contexte actuel. L'élaboration d'un référentiel pour l'évaluation des pratiques cliniques, 7 ans après le déroulement de la première conférence de consensus nationale sur le sujet s'inscrit en complément de l'enquête actuellement en cours.

Les buts et limites du référentiel sont d'aider le médecin à réaliser une auto-évaluation et identifier dans sa pratique un potentiel d'amélioration, sans juger les connaissances ou la compétence professionnelle.

## III. LES PROMOTEURS ET LE FINANCEMENT

Les promoteurs de cette démarche sont le CFAR et la SFAR (réunion CFAR-URML-Anaes du 4 décembre 2002).

Un comité de pilotage a été mis en place. Il est composé des présidents en exercice du CFAR et de la SFAR, de la Commission Évaluation du CFAR et du groupe EPP de la SFAR.

(Annexe : Composition du comité de pilotage).

Financement : l'Anaes a pris en charge les frais inhérents à l'élaboration du référentiel (frais de déplacement, indemnisation du chargé de projet).

#### IV. LA CIBLE PROFESSIONNELLE

Les promoteurs (SFAR et CFAR) étant représentatifs des médecins anesthésistes-réanimateurs de France, la cible professionnelle est donc l'ensemble des médecins anesthésistes-réanimateurs de France, quel que soit leur mode d'exercice.

#### V. LE GROUPE DE TRAVAIL

Le groupe de travail a été constitué de 12 personnes représentatives et des différentes modalités d'exercice de la spécialité (selon l'enquête démographique nationale 1999 CFAR-SFAR-INED ([http://www.sfar.org/s/article.php3?id\\_article=176](http://www.sfar.org/s/article.php3?id_article=176))). Un chef de projet méthode de l'Anaes a participé aux travaux du groupe de travail. La composition du groupe de travail a été validée par les promoteurs.

Une déclaration d'intérêt a été signée par chaque membre du groupe de travail.

Des échanges de courriels et une réunion du groupe de travail ont permis l'élaboration du projet de référentiel avant son envoi au groupe de lecture.

Annexe : composition du groupe de travail

#### VI. LES TEXTES DE RÉFÉRENCE

Les textes de références comprennent d'une part les textes édités par les promoteurs à savoir la Société française d'anesthésie-réanimation (<http://www.sfar.org>) et l'Anaes (<http://bfes.anaes.fr/index.html>) et d'autre part les textes inventoriés par une recherche bibliographique effectuée sur les bases de données :

- la *National Guideline Clearinghouse* américaine (<http://www.guidelines.gov>) ;
- la bibliothèque Lemanissier en France (<http://www.bmlweb.org/consensus.html>) ;
- la Cochrane Library (<http://www.cochrane.org/index0.htm>).

Les textes édités par la SFAR comprennent une conférence de consensus datant de 1997 et une conférence d'experts datant de 1999. Aucun autre document n'a été édité depuis. De ce fait, il semble important d'inclure la conférence d'experts comme document de base servant à établir l'évaluation des pratiques professionnelles, dans ce cas précis. La base de données de l'Anaes (BFES) ne contient aucune recommandation concernant la prise en charge de la douleur postopératoire. Les principaux points abordés aussi bien par la conférence de consensus que par la conférence d'experts concernent l'organisation de la prise en charge de la douleur. Ce point a fait l'objet de discussion et de débats au cours des années quatre-vingt-dix mais les modalités ont été fixées depuis sans que des modifications importantes y soient apportées. Les innovations technologiques ou médicamenteuses, en dehors des techniques d'analgésie autocontrôlée dont le principe est antérieur à l'établissement des documents mentionnés ci-dessus, ne constituent pas le point essentiel de l'amélioration de la prise en charge de la douleur postopératoire au cours des dernières années. On peut donc considérer que l'organisation des soins constitue le point essentiel d'évaluation des pratiques professionnelles dans ce domaine. Par ailleurs, les données de la littérature francophone sont actualisées et confortées par les recommandations récentes établies par la *Veterans Health Administration* selon les critères de l'*Agency for Health Care Research and Quality* (AHRQ) publiées en 2001 ainsi que par les recommandations de l'*American Society of Anesthesiologists* publiées sur le site de la *Guidelines Clearinghouse* américaine. Ces recommandations internationales ont été analysées avec la grille AGREE (cf. annexe XI) qui confirme la validité du processus mis en œuvre pour les établir.

Annexe : bibliographie

## VII. LES OBJECTIFS DE QUALITÉ

Les objectifs de qualité ont été identifiés à partir des textes de recommandations et de la conférence de consensus de la SFAR. Le groupe de travail a estimé que, en ce qui concerne la douleur postopératoire, l'essentiel des objectifs concernait l'évaluation et l'organisation de la prise en charge de la douleur postopératoire et que ces objectifs étaient plus importants que l'application de telle ou telle technique dans un centre donné. L'évaluation des pratiques professionnelles dans ce domaine spécifique concerne donc plus l'organisation des soins que l'application de techniques. Cette notion est sous-tendue par l'estimation que si la structure de soins est bien organisée, l'essentiel des techniques de contrôle de la douleur postopératoire sera appliqué. La sélection des objectifs de qualité s'est donc faite essentiellement à partir des questions posées lors de la conférence de consensus auxquelles des réponses ont été apportées de façon claire. De plus ces réponses ont été déclinées sur un plan pratique dans un texte rédigé par une conférence d'experts (même si *stricto sensu*, ce texte n'est pas applicable au domaine de l'évaluation des pratiques professionnelles, son utilité est certaine dans le cas présent).

## VIII. LE GROUPE DE LECTURE

Le groupe de lecture a été composé de 10 méthodologistes désignés par l'Anaes et de 5 professionnels choisis par les promoteurs.

Annexe : composition du groupe de lecture

Les remarques du groupe de lecture ont été prises en considération pour modifier les items de façon à les clarifier. Ceci a amené à dédoubler un certain nombre d'entre eux qui peuvent être validés séparément. De plus les critères ont été séparés entre ceux qui relèvent de la structure de soins et ceux qui relèvent du patient. Enfin, le référentiel est essentiellement une évaluation des moyens mis en œuvre plus que des résultats. Ceux-ci sont cependant pris en considération lors des enquêtes de satisfaction ainsi que lors de l'évaluation de la mesure de l'intensité douloureuse. Le critère 1 a été décliné en 1a-« identification de protocoles de soins » et 1b-«évaluation de ces protocoles ».

Le critère 4 comprend d'une part la recherche d'un support informationnel pour les patients et d'autre part la mention de la transmission de l'information sur le dossier patient.

Le critère 7 a été également divisé en un premier item 7a : existence de protocoles de prescription ; un second 7b – analyse des effets indésirables des antalgiques utilisés (quels que soient ces antalgiques) et 7c : analyse de l'application des traitements prescrits.

D'autres remarques n'ont pas entraîné de modifications. Ainsi, l'évaluation des gestes douloureux en dehors du bloc opératoire (ponction biopsies, poses de cathéters etc.) a été considérée comme indépendante de la problématique de la prise en charge de la douleur postopératoire. La notion d'équipe dédiée à la prise en charge de la douleur a été maintenue. C'est une notion forte qui constitue le support de cette activité et qui témoigne d'une volonté d'établissement de s'engager dans une amélioration de la qualité des soins dans ce domaine. En revanche la taille de l'équipe n'a pas été précisée. Il est vraisemblable que l'importance de l'établissement de soins et son activité conditionnent les moyens mis à disposition.

Par ailleurs : « l'aide aux réponses » a été changée en « guide des utilisateurs ». Ce guide comprend notamment des modalités explicatives pratiques de la réalisation d'un audit concernant la prise en charge de la douleur postopératoire.

## IX. LE GROUPE TEST

Le retour du groupe test concernant l'utilisation du référentiel est très positif. La quasi-totalité des réponses indique que le thème concerne un problème clinique fréquent dans l'établissement concerné, que les objectifs de qualité sélectionnés sont pertinents, que les critères proposés sont discriminants et que l'évaluation est complète. Quelques réponses évoquent la possibilité d'une plus grande discrimination portant sur l'évaluation de techniques spécifiques telles que l'analgésie locorégionale, sur l'évaluation en milieu pédiatrique ou sur la discrimination entre les résultats obtenus en salle de réveil ou dans les services de chirurgie. Si les critères d'évaluation n'entrent pas dans le détail des techniques évaluées, il est cependant possible d'effectuer une telle évaluation au moyen des critères sélectionnés. À la question concernant la possibilité d'atteindre les objectifs de qualité, un certain nombre de structures répondent par l'interrogation. Il faut cependant noter que les objectifs sont connus en France depuis la conférence de consensus de la SFAR de 1997 et que ce consensus existe également dans la littérature internationale. Le fait de pouvoir atteindre les objectifs fixés ne dépend pas seulement de la « bonne volonté » des intervenants mais aussi de la volonté des établissements de mettre certains moyens à disposition (exemple : « infirmière douleur »). De ce point de vue, l'évaluation au travers du référentiel peut jouer un rôle incitatif. Certains retours indiquent que tous les critères ne sont pas compréhensibles ; c'est pourquoi un effort de clarification a été porté lors de la dernière réunion devant le comité du CFAR. Le référentiel peut être utilisé à l'échelle d'un établissement, toutefois, l'évolution des pratiques cliniques et la réalité des problèmes montre que l'approche du traitement de la douleur postopératoire se conçoit de plus en plus en fonction du site d'intervention (SSPI ou service de chirurgie) et des pathologies rencontrées. Ainsi, dans un même établissement, l'organisation des soins peut être globalement satisfaisante mais les techniques mises en œuvre peuvent être satisfaisantes en chirurgie viscérale et moins satisfaisantes dans un autre secteur (par exemple en chirurgie orthopédique), amenant à revoir les protocoles de soins ou leur application. La meilleure approche semble donc être, chaque fois que possible, de segmenter l'évaluation en fonction du secteur d'activité.

## X. CONCLUSIONS

La prise en charge de la douleur postopératoire est un travail d'équipe qui fait interagir de nombreux acteurs de soins guidés par des leaders de projet et suppose une politique d'établissement. Les traitements mis en œuvre jouent un rôle important dans l'obtention de bons résultats mais l'organisation des soins a plus encore un rôle primordial. L'évaluation des pratiques professionnelles dans ce domaine porte donc non seulement sur les traitements, leur application et le suivi de leur efficacité mais aussi sur les moyens mis à disposition. L'objectif de l'évaluation est de mettre en exergue les déficiences qui permettront de corriger tel ou tel aspect de la prise en charge de la douleur postopératoire, d'améliorer la qualité des soins et de dégager les moyens *ad hoc*.

## XI. ANNEXES

### XI.1. Calendrier

- 27 janvier 2004 : réunion d'information avec les promoteurs, le président et le chargé de projet du groupe de travail sur la mise en œuvre de l'EPP et la construction du référentiel.
- janvier à mars 2004 : élaboration de la 1<sup>re</sup> version du référentiel.
- 7 avril 2004 : réunion du groupe de travail.
- 12 juillet 2004 : envoi du référentiel au groupe de lecture.
- juillet à novembre 2004 : relecture et élaboration de la 2<sup>e</sup> version du référentiel par le groupe de travail.
- 18 novembre 2004 : envoi du référentiel au groupe test.
- novembre 2004 à mai 2005 : test et élaboration de la version finale du référentiel par le groupe de travail.
- 19 mai 2005 : validation CFAR.
- 7 juillet 2005 : remise du référentiel et de son rapport aux promoteurs (CFAR et SFAR).

### XI.2. Bibliographie

- 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](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).

### **XI.3. Membres du comité de pilotage (promoteurs)**

#### **Comité de pilotage CFAR-SFAR pour la mise en place de l'EPP en anesthésie-réanimation**

- Monsieur le président de la SFAR : P<sup>r</sup> Jean Marty
- Monsieur le président du CFAR : P<sup>r</sup> Bertrand Dureuil
- Les membres de la Commission Évaluation (CFAR) :
  - P<sup>r</sup> Annick Steib, présidente ;
  - D<sup>r</sup> Bruno Bally ;
  - D<sup>r</sup> Marie-Paule Chariot ;
  - D<sup>r</sup> Marc Dahlet ;
  - D<sup>r</sup> Richard Domergue ;
  - D<sup>r</sup> Béatrice Eon ;
  - D<sup>r</sup> Catherine Guidon ;
  - D<sup>r</sup> Michel Levy ;
  - P<sup>r</sup> Pierre Maurette ;
- Les membres du groupe EPP (SFAR) :
  - D<sup>r</sup> Rémi Bocquet ;
  - P<sup>r</sup> Jean-Claude Granry ;
  - P<sup>r</sup> Philippe Montravers ;
  - D<sup>r</sup> Didier Réa ;
  - P<sup>r</sup> Emmanuel Samain ;
  - D<sup>r</sup> Michel Vignier.

### **XI.4. Membres du groupe de travail**

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

### **XI.5. Membres du groupe de lecture**

- **Experts désignés par les promoteurs (CFAR) :**
  - D<sup>r</sup> Marie-Paule Chariot, anesthésiste-réanimateur, Cornebarrieu ;
  - P<sup>r</sup> Bertrand Debaene, anesthésiste-réanimateur, Poitiers ;
  - D<sup>r</sup> Jean-Marc Dumeix, anesthésiste-réanimateur, Saint-Rémy ;
  - D<sup>r</sup> Claude Jacquot, anesthésiste-réanimateur, Grenoble ;
  - D<sup>r</sup> Didier Réa, anesthésiste-réanimateur, Orléans.



• **Experts de la méthode (HAS) :**

- D<sup>r</sup> Gérard ANDREOTTI, généraliste, PACA ;
- D<sup>r</sup> Éric BODIGUEL, neurologue, Centre ;
- D<sup>r</sup> Yann-Yves BONNET, anesthésiste, Auvergne ;
- D<sup>r</sup> Philippe BOUCHE, généraliste, Nord-Pas-de-Calais ;
- D<sup>r</sup> Gérard BOURREL, généraliste, Languedoc-Roussillon ;
- D<sup>r</sup> Monique LATEHLIZE, anesthésiste-réanimateur, Limousin ;
- D<sup>r</sup> Alain LEPAPE, anesthésiste-réanimateur, Rhône-Alpes ;
- D<sup>r</sup> Jean-François PERROCHEAU, généraliste, Basse-Normandie ;
- M<sup>me</sup> Annette SALCZYNSKI, cadre de santé, Nord-Pas-de-Calais ;
- D<sup>r</sup> Pierre SQUARA, cardiologue, Île-de-France.

**XI.6. Membres du groupe test**

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

**XI.7. Grilles AGREE d'analyse des recommandations**

**Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting.  
Anesthesiology 2004;100:1573-81**

**Champs et objectifs de la RPC.**

- Les objectifs de la RPC sont décrits explicitement

4

*Commentaires :*

- améliorer l'efficacité de la prise en charge de la douleur postopératoire ;
- garantir la sécurité de la prise en charge de la douleur postopératoire ;
- réduire le risque de complications ;
- préserver le bien être physique et psychologique des patients ;

- améliorer la qualité de vie des patients
- Les questions cliniques couvertes par la RPC sont décrites explicitement 4
- Les patients auxquels la RPC doit s'appliquer sont décrits explicitement 4

*Commentaires :*

- patients soumis à une intervention chirurgicale

### Participation des groupes concernés

- Le groupe ayant élaboré la RPC inclut des représentants de tous les groupes professionnels 3

*Commentaires :*

- anesthésistes et méthodologistes – pas de chirurgiens
- Les opinions et les préférences des patients ont été identifiées : 1
- Les utilisateurs cibles de la RPC sont clairement définis 4

*Commentaires :*

- anesthésistes
- La RPC a été testée auprès des utilisateurs cibles 4

*Commentaires :*

- par les membres de l'ASA

### Rigueur d'élaboration de la RPC

- Des méthodes systématiques ont été utilisées pour rechercher les preuves scientifiques 4
- Les critères de sélection des preuves sont clairement décrits 4
- Les méthodes utilisées pour formuler les recommandations sont clairement décrites 4
- Les bénéfices, les effets secondaires et les risques en termes de santé ont été pris en considération dans la formulation des recommandations. 4
- Il y a un lien explicite entre les recommandations et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent. 4
- La RPC a été revue par des experts externes à sa publication 2
- Commentaire : consultation élargie
- Une procédure d'actualisation de la RPC est décrite 3

*Commentaire :*

- La RPC est elle-même une actualisation

### Clarté et présentation

- Les recommandations sont précises et sans ambiguïté 4
- Les différentes options pour la prise en charge de la situation clinique sont clairement présentées 3
- Les recommandations clés sont facilement identifiables 4
- La RPC est accompagnée d'outils permettant son application 2

## Applicabilité

- Les barrières organisationnelles potentielles à l'application des recommandations ont été discutées 2
- L'impact économique de l'application des recommandations a été examiné 2
- La RPC propose des critères permettant le suivi de l'adhésion aux recommandations et/ou la réalisation d'audit 2

## Indépendance éditoriale

- La rédaction de la RPC est indépendante des organismes de financement 4
- Commentaire :*
- élaborée sous l'égide de l'American Society of Anesthesiologists
- Les conflits d'intérêts des membres du groupe ayant élaboré la RPC ont été documentés 1

### *Commentaires :*

- non rapportés mais probablement documentés

## Recommanderiez-vous l'utilisation de ces RPC en pratique ? Fortement recommandé

Clinical practice guideline for the management of postoperative pain (2002)  
[http://www.oqp.med.va.gov/cpg/PAIN/pain\\_cpg/algo1frameset.htm](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

## Champs et objectifs de la RPC.

- Les objectifs de la RPC sont décrits explicitement 4

### *Commentaires :*

- fournir un état de l'art des recommandations et des traitements existants ;
- sélectionner les techniques adaptées ;
- fournir les preuves de l'efficacité traitements non pharmacologiques de la douleur postopératoire ;
- fournir du matériel éducatif ;
- prendre en compte les conditions liées à l'environnement en personnel et les conditions économiques

- Les questions cliniques couvertes par la RPC sont décrites explicitement 4
- Les patients auxquels la RPC doit s'appliquer sont décrits explicitement 4

### *Commentaires :*

- patients soumis à une intervention chirurgicale

## Participation des groupes concernés

- Le groupe ayant élaboré la RPC inclut des représentants de tous les groupes professionnels 3

*Commentaires :*

- anesthésistes, dentistes, infirmières, pharmaciens, kinésithérapeutes, éthiciens – pas de chirurgiens
- Les opinions et les préférences des patients ont été identifiées : 1
- Les utilisateurs cibles de la RPC sont clairement définis 4

*Commentaires :*

- anesthésistes
- La RPC a été testée auprès des utilisateurs cibles 2

*Commentaires :*

- l'expérience des centres sert également de référence à l'élaboration de la RPC

### **Rigueur d'élaboration de la RPC**

- Des méthodes systématiques ont été utilisées pour rechercher les preuves scientifiques 4
- Les critères de sélection des preuves sont clairement décrits 4
- Les méthodes utilisées pour formuler les recommandations sont clairement décrites 4
- Les bénéfices, les effets secondaires et les risques en termes de santé ont été pris en considération dans la formulation des recommandations 4
- Il y a un lien explicite entre les recommandations et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent 4
- La RPC a été revue par des experts externes à sa publication 1
- Une procédure d'actualisation de la RPC est décrite 3

*Commentaire :*

- La RPC est elle-même une actualisation

### **Clarté et présentation**

- Les recommandations sont précises et sans ambiguïté 4
- Les différentes options pour la prise en charge de la situation clinique sont clairement présentées 3
- Les recommandations clés sont facilement identifiables 2
- La RPC est accompagnée d'outils permettant son application 2

### **Applicabilité**

- Les barrières organisationnelles potentielles à l'application des recommandations ont été discutées 2
- L'impact économique de l'application des recommandations a été examiné 2
- La RPC propose des critères permettant le suivi de l'adhésion aux recommandations et/ou la réalisation d'audit 2

### **Indépendance éditoriale**

- La rédaction de la RPC est indépendante des organismes de financement 4

*Commentaire :*

- élaborée sous l'égide de la Veterans Health Administration
- Les conflits d'intérêts des membres du groupe ayant élaboré la RPC ont été documentés

1

*Commentaires :*

- non rapportés mais probablement documentés

**Recommanderiez-vous l'utilisation de ces RPC en pratique ? Fortement recommandé**