

# **Médecine périopératoire : prise en charge de la douleur**

Recommandations de la Société Suisse d'Anesthésiologie et de  
Médecine Périopératoire, SSAPM

Contributeurs (par ordre alphabétique) :

Andrea Berendes, St. Gallen; Mirko Binda, Lugano; Severin Burki, Stans; Sibylle Chettata, Basel, Renate Gerber-Herrn, Winterthur; Michael Harnik, Bern; Katrin Meyer, Luzern; Benno Rehberg-Klug, Genève; Wilhelm Ruppen, Basel; Jürg Schliessbach, Zürich; Tobias Schneider, Basel; Susanne Schwarz, St. Gallen; Ulrike Stamer, Bern; Konrad Streitberger, Bern; Marc Suter, Lausanne ; Luzia Vetter, Luzern

Direction éditoriale : Benno Rehberg-Klug, Genève

Responsable de la traduction en français : Marc Suter, Lausanne

Version 1.0

<b>1. Introduction</b>	<b>3</b>
<i>But</i>	3
<b>2. Recommandations structurelles et organisationnelles</b>	<b>4</b>
2.1. <i>Exigences structurelles</i>	4
2.2. <i>Exigences procédurales</i>	7
<b>3. Coopération interdisciplinaire avec les départements de chirurgie</b>	<b>10</b>
3.1 <i>Développement de standards pour la thérapie de la douleur</i>	10
3.2. <i>Formation en thérapie de la douleur</i>	10
3.3. <i>Coopération pour l'évaluation périopératoire des patients</i>	11
3.4. <i>Cas particulier : patients en soins palliatifs</i>	11
<b>4. Identification des patients à risque de mauvais résultats en termes de douleur après une chirurgie</b>	<b>11</b>
4.1. <i>Identification des patients à risque de douleur aiguë sévère ou de douleur chronique postopératoire (CPSP)</i>	12
4.2. <i>Patients à risque d'utilisation prolongée d'opioïdes après une chirurgie</i>	13
<b>5. Amélioration de la communication entre le service de la douleur aiguë et la consultation douleur chronique</b>	<b>14</b>
<i>Références</i>	16
<i>Appendix</i>	18

## Abréviations

APS	Service de la douleur aiguë (Acute Pain Service)
CPSP	Douleur chronique postopératoire (Chronic Post-Surgical Pain)
CIM-11	11e version de la Classification Internationale des Maladies de l'OMS
NRS	Échelle d'évaluation numérique (Numerical Rating Scale)
PROs	Résultats rapportés par les patients (Patient-reported outcomes)
SOP	Procédure opératoire standard (standard operating procedure)
TENS	Stimulation nerveuse électrique transcutanée (transcutaneous electrical nerve stimulation)
TPS	Service de la douleur transitionnelle (Transitional Pain Service)

## 1. Introduction

La croissance et le vieillissement de la population ont conduit à un nombre croissant d'interventions chirurgicales réalisées chaque année. De plus, la politique de santé pousse vers des procédures ambulatoires dès que possible. Le traitement chirurgical, même minimalement invasif, est associé à une douleur postopératoire aiguë, pouvant être associée au développement de douleurs chroniques postopératoires.

L'anesthésiologie doit s'adapter à ces défis. Le terme « médecine périopératoire » englobe cette approche élargie des soins aux patients, domaine émergent dans laquelle la gestion de la douleur est un élément clé. Ainsi, la gestion de la douleur périopératoire constitue une composante indispensable des soins aux patients, débutant avant la chirurgie et, si nécessaire, avec un suivi des patients présentant des trajectoires de douleur problématiques et/ou des facteurs de risque de mauvaise évolution liés à la douleur après leur sortie.

### But

Le présent document résume les recommandations de la Société Suisse d'Anesthésiologie et de Médecine Périopératoire (SSAPM) pour la prise en charge de la douleur aiguë et subaiguë après des interventions chirurgicales (désignée ci-après sous le terme de « douleur périopératoire ») ainsi que de la douleur chronique postopératoire (CPSP). Il donne un aperçu des structures et des processus nécessaires recommandés qu'il faut prendre en compte en se référant à des mesures de résultats spécifiques à la douleur. Ce document peut également servir de guide pour les prestataires de soins afin d'améliorer la prise en charge et les résultats des patients en lien avec la douleur périopératoire. Il se concentre donc sur les recommandations relatives aux exigences structurelles et aux processus, en mettant l'accent sur la coopération interdisciplinaire et interprofessionnelle avec les départements chirurgicaux et d'autres membres importants de l'équipe périopératoire, tels que les physiothérapeutes.

Il est nécessaire d'identifier les « patients à risque » présentant des trajectoires de douleur problématiques, telles que des douleurs aiguës sévères entraînant une récupération prolongée et le développement de CPSP (Lavand'homme 2017).

Certaines catégories de patients, comme ceux souffrant de douleurs chroniques préexistantes et sous traitement opioïde à long terme avant l'opération, pourraient bénéficier de prises en charge spécifiques en étroite coopération avec des collègues spécialisés dans le traitement de la douleur chronique.

## 2. Recommandations structurelles et organisationnelles

### 2.1. Exigences structurelles

Malgré des avancées significatives réalisées dans les techniques analgésiques, par exemple, l'utilisation croissante des blocs nerveux périphériques, l'amélioration globale de la qualité de la gestion de la douleur périopératoire a été remise en question ou a été, tout au moins, inférieure aux attentes, malgré des initiatives locales d'amélioration de la qualité et des stratégies de traitement avancées (Meissner et al. 2018). Une des raisons est que des résultats favorables sur les résultats rapportés par les patients (PROs) en lien avec la douleur à long terme ne sont réalisables que si une formation continue de tous les professionnels de santé impliqués est effectuée (Reinhard et al. 2023).

Comme l'ont souligné Rawal et Berggren il y a 30 ans, la solution au problème du soulagement insuffisant de la douleur postopératoire ne réside pas tant dans le développement de nouvelles techniques que dans la mise en place d'une organisation formelle permettant une meilleure utilisation des techniques existantes (N Rawal and Berggren 1994).

Cependant, cette organisation formelle de la gestion de la douleur périopératoire est insuffisante dans de nombreux hôpitaux ou n'existe qu'au sein du département d'anesthésiologie, sans un concept hospitalier global intégrant tous les départements et disciplines concernés. Les soins périopératoires centrés sur le patient sont considérés comme un élément clé des soins, englobant une bonne communication avec le patient, lui fournissant des informations suffisantes sur les traitements, lui permettant de participer aux décisions et assurant une éducation continue des patients (Komann et al. 2021; Schwenkglens et al. 2014; Zaccagnino et al. 2017). Un personnel qualifié, des responsabilités clairement définies et des tâches bien déterminées sont nécessaires.

Des normes minimales et un consensus sur une dotation en personnel adéquate sont essentiels pour des soins de haute qualité (Werner et al. 2002). Des équipes dédiées qui peuvent optimiser les régimes de traitement multimodal grâce à une collaboration interdisciplinaire et interprofessionnelle étroite sont plus important que des techniques analgésiques sophistiquées (Rawal 2016; Said et al. 2018). Une compréhension commune de toutes les professions et disciplines impliquées est nécessaire. Les chefs d'équipe devraient également avoir de l'expérience dans la gestion de la douleur chronique. Idéalement, un spécialiste en antalgie expérimenté devrait être disponible 24h/24 et 7j/7, mais cela n'est actuellement pas réaliste. Par conséquent, davantage d'anesthésistes devraient être formés à la gestion de la douleur chronique à l'avenir.

Il est fortement recommandé d'établir des accords écrits interdisciplinaires et interprofessionnels. Ces accords devraient préciser qui donne les ordres dans chaque domaine et à quel moment, afin d'éviter les ordres médicaux parallèles ou manquants. De plus, ces accords devraient inclure des dispositions concernant la délégation des activités médicales au personnel infirmier, ainsi que la possibilité nécessaire pour les médecins travaillant dans le service de la douleur de donner des instructions directes au personnel infirmier dans les services hospitaliers (Erlenwein et al. 2019).

Une compréhension et une attitude communes concernant l'antalgie parmi tous les professionnels de tous les départements concernés sont nécessaires, de préférence au sein d'une structure commune de soins périopératoires.

Pour un concept commun de la gestion de la douleur périopératoire, les tâches, compétences et responsabilités des différentes disciplines et professions devraient être définies et consignées par écrit (Tableau 1).

**Tableau 1:** Exigences structurelles des services hospitaliers d'antalgie périopératoire.

Domaine	Exigences	Niveau de recommandation
Personnel	Un personnel médical et infirmier qualifié, désigné et responsable de la gestion de la douleur périopératoire, avec du temps réservé à cette tâche, est disponible.	Recommandation forte
	Le responsable du service d'antalgie est un consultant ayant une responsabilité globale (anesthésiste certifié FMH)	Recommandation forte
	Le responsable du service de la douleur possède au minimum le certificat de « spécialiste de la douleur SPS » ou un équivalent.	Recommandation forte
	Dans les grands hôpitaux (A1), le responsable du service de la douleur possède au minimum le certificat « SSIPM » ou un équivalent.	Recommandation forte
	Les anesthésistes en formation effectuent une rotation planifiée dans le service de la douleur.	Recommandation
	Le personnel infirmier du service de la douleur possède un diplôme en soins infirmiers en anesthésie et/ou une formation dédiée en tant qu'infirmier spécialisé dans la douleur.	Recommandation forte
	Le personnel infirmier du service de la douleur détient un certificat en médecine de la douleur, tel que le « spécialiste de la douleur SPS » ou un équivalent.	Recommandation
	Dans les grands hôpitaux, l'emploi d'une infirmière en pratique avancée (IPA) peut être pertinent pour coordonner les tâches organisationnelles ou la gestion périopératoire des patients complexes ou hospitalisés pour une longue durée.	Recommandation
Disponibilité	Le service de la douleur dispose d'une disponibilité 24h/24 et 7j/7, avec des informations de contact dédiées, visibles pour toutes les disciplines et professions de l'hôpital.	Recommandation forte
	En dehors des heures ouvrables, un anesthésiste certifié FMH est responsable de la gestion de la douleur.	Recommandation forte

	En dehors des heures ouvrables, au moins un spécialiste de la douleur est disponible, soit en tant que médecin sur place, soit appelable	Ouvert (*)
	Tout médecin responsable du service de la douleur pendant les heures de garde a effectué au moins une rotation de 2 mois dans le service de la douleur.	Recommandation
Organisation	Des accords écrits entre les départements chirurgicaux et le service de la douleur précisent les responsabilités.	Recommandation forte
	Des voies de communication clairement définies entre les prestataires de soins préopératoires, peropératoires et postopératoires existent.	Recommandation forte
	Des réunions régulières (au moins hebdomadaires) de l'équipe du service de la douleur pour discuter et communiquer sur les problèmes liés aux patients existent.	Recommandation
	Des réunions régulières (au moins mensuelles) de l'équipe du service de la douleur pour discuter des problèmes structurels existent.	Recommandation
Documentation	Un système de documentation électronique existe et est accessible à toutes les disciplines et professions.	Recommandation forte
	La documentation inclut la thérapie actuelle des patients, la prescription de l'analgésie, y compris les médicaments en réserve, les paramètres et l'utilisation de la PCA, l'intensité de la douleur rapportée par les patients, les mesures PRO liées à la douleur abordant l'interférence fonctionnelle physique et affective, ainsi que les effets secondaires.	Recommandation forte
Activités de formation	L'organisation et la mise en œuvre de cours de formation réguliers pour les collaborateurs de tous les départements est une tâche centrale du service de la douleur.	Recommandation
Formation continue	Le personnel du service de la douleur participe à au moins 3 heures de formation médicale continue liée à la gestion de la douleur par an.	Recommandation forte

Ces recommandations sont le résultat d'un processus Delphi mené auprès de 16 experts de la douleur périopératoire, basé sur des suggestions précédentes dans la littérature (Brunsmann, Stamer, and Meissner 2021; Narinder Rawal 2016; Erlenwein et al. 2019; Stamer, Liguori, and Rawal 2020; van den Heuvel et al. 2024).

Une « recommandation forte » indique qu'au moins 75 % des experts ont voté pour une recommandation forte et que cela devrait être une exigence indispensable. Une « recommandation » indique que moins de 75 % des experts ont voté pour une recommandation forte, mais plus de 25 %. Une « recommandation ouverte » signifie que moins de 25 % ont voté pour une recommandation forte.

(\*) Cette recommandation est laissée ouverte sachant qu'il n'y a pas assez de spécialistes en antalgie disponibles.

## 2.2. Exigences procédurales

Alors que les structures décrivent l'environnement dans lequel les soins sont dispensés (y compris le personnel, les caractéristiques organisationnelles et les ressources), les processus décrivent comment les soins sont fournis aux patients dans la routine clinique quotidienne, comment le personnel interagit avec les patients et comment la coopération entre les différentes disciplines et professions fonctionne.

La gestion de la douleur est une approche multidisciplinaire et multiprofessionnelle qui doit être régulièrement renforcée et mise à jour. Seule une bonne interaction entre les structures et les processus peut aboutir à des résultats favorables pour les patients dans l'ensemble et avoir un impact sur la santé de la population. Pour les patients à risque de douleur chronique postopératoire (CPSP), il est particulièrement important d'assurer une continuité entre la gestion de la douleur en milieu hospitalier et en postopératoire ambulatoire. Des processus clairement définis entre les établissements et les prestataires de soins primaires sont indispensables pour prévenir la transition vers la douleur chronique. Les exigences recommandées en matière de processus sont répertoriées dans le Tableau 2.

**Tableau 2:** Exigences procédurales des services hospitaliers d'antalgie périopératoire (adapté de (Brunsmann, Stamer, and Meissner 2021; Stamer, Liguori, and Rawal 2020; van den Heuvel et al. 2024))

Collaboration avec les autres disciplines	Par exemple, chirurgie, physiothérapie, pharmacie, psychologie, psychiatrie : Développer des façons de faire et des normes communes pour la prévention, la documentation et le traitement de la douleur
Information et éducation du patient	Information préopératoire des patients concernant les options de traitement analgésique et les événements indésirables/risques possibles. Décision partagée et communication d'un plan de traitement. Éducation du patient sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les objectifs de la thérapie analgésique</li> <li>• Les attentes réalistes en matière de traitement</li> <li>• L'évaluation de la douleur et de la fonction</li> <li>• Les approches de traitement non médical</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'auto-efficacité</li> </ul>
Identification des patients à risque de prise en charge complexe périopératoire et CPSP	À chaque étape périopératoire : en préopératoire par le chirurgien et/ou l'anesthésiste, en salle de réveil (PACU) et en postopératoire dans le service (cf chapitre 4 pour détails)
Prise en charge à la sortie	Le sevrage des opioïdes doit être initié le plus tôt possible. L'objectif général est une sortie sans traitement opioïde. (cf. chapitre 4.2 pour plus de détails) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des informations écrites sur la manière de continuer et de réduire progressivement les analgésiques doivent être remises au patient et expliquées oralement.</li> <li>• Des recommandations écrites à l'intention des médecins généralistes/du médecin assurant le suivi, incluant les doses d'analgésiques et de co-analgésiques doivent être transmises.</li> </ul>
Prise en charge dans la phase transitionnelle	Des parcours clairement définis et une communication structurée entre le personnel responsable des soins hospitaliers et des soins ambulatoires postopératoires, y compris : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les chirurgiens</li> <li>• Les spécialistes de la douleur</li> <li>• Les physiothérapeutes</li> <li>• Les prestataires de soins de premier recours</li> </ul> <p>Cela peut inclure la mise en place d'un service de gestion de la douleur transitionnelle servant de lien entre les soins hospitaliers et les soins ambulatoires (cf. chapitre 5).</p>
Management de la qualité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des mesures continues d'amélioration de la qualité sont effectuées en tenant compte des processus et des résultats rapportés par les patients.</li> <li>• Des audits réguliers des risques et des avantages des techniques d'analgésie.</li> <li>• Analyse des incidents critiques</li> </ul>

Des normes spécifiques à l'hôpital (SOP/directives pour la gestion de la douleur périopératoire) développées et mises en œuvre conjointement par toutes les disciplines et professions devraient être disponibles. Celles-ci devraient inclure des normes de gestion de la douleur basées sur un concept multimodal dans des directives à jour (par exemple, ANZCA<sup>1</sup> and PROSPECT<sup>2</sup>). Cela inclut, mais ne se limite pas aux méthodes présentées dans le Tableau 3.

<sup>1</sup> <https://www.anzca.edu.au/resources/college-publications/acute-pain-management/apmse5.pdf>

<sup>2</sup> <https://esraeurope.org/pain-management/>

**Table 3:** Analgésie multimodale périopératoire. Contre-indications entre les médicaments et les techniques devraient toujours être prise en compte.

Analgésie systémique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analgésie de base avec un ou deux analgésiques non opioïdes : AINS, métamizole, paracétamol à des doses quotidiennes suffisantes.</li> <li>• Si nécessaire : opioïdes d'action rapide, y compris analgésie contrôlée par le patient (PCA) par voie orale ou intraveineuse.</li> </ul>
Anesthésie régionale : A utiliser dès que possible !	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analgésie neuraxiale, en particulier les cathéters épiduraux pour la chirurgie abdominale/thoracique extensive.</li> <li>• Blocs du tronc tels que TAP-block, PEC-block, bloc paravertébral.</li> <li>• Blocs nerveux périphériques (« injection unique »).</li> <li>• Dans certains cas, cathéters périphériques périmerveux ou plexique avec administration de médicaments en continu</li> </ul>
Co-analgésiques  Cave : à n'utiliser que pour des indications spécifiques, l'évidence est faible pour la plupart des procédures chirurgicales !	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dexaméthasone (pour les effets analgésiques, au moins 8 mg)</li> <li>• Kétamine iv</li> <li>• Lidocaïne iv</li> <li>• Autres, par exemple, gabapentinoïdes, antidépresseurs, agonistes <math>\alpha_2</math>...</li> </ul>
Traitement physique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilisation précoce</li> <li>• Physiothérapie</li> <li>• Acupuncture, soit pour le traitement de la douleur, soit pour les nausées et vomissements postopératoires (PONV)</li> <li>• TENS</li> <li>• Mesures physiques telles que des cold-packs et des mesures de positionnement</li> </ul>
Interventions psychologiques  Note : Devraient si possible être débutées déjà en préopératoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Éducation du patient (idéalement pour tous les patients)</li> <li>• Réduction de la peur et de l'anxiété, par exemple par l'hypnose</li> <li>• Interventions brèves pour les patients avec catastrophisme ou faible capacité d'auto-soins</li> <li>• Traitement de la dépression</li> </ul>

D'autres « procédures opérationnelles standard (SOP) » devraient être formulées pour des procédures spécifiques. Ces SOP devraient être disponibles sous forme écrite et accessibles à tout le personnel impliqué.

### Exemples de SOPs :

- Analgésie épidurale postopératoire dans les services
- Blocs nerveux périphériques postopératoires en continu
- Concepts analgésiques spécifiques pour certaines chirurgies (césarienne, chirurgie bariatrique, arthroplastie de la hanche, etc.)
- Administration d'opioïdes systémiques (administration iv et orale, PCA)
- Diagnostic et traitement des complications graves, par exemple, hématome épidural suspecté, abcès épidural
- Gestion de groupes de patients particuliers, tels que les patients sous opioïdes au long cours avant la chirurgie et les patients palliatifs

### 3. Coopération interdisciplinaire avec les départements de chirurgie

Pour la plupart des patients chirurgicaux, la thérapie de la douleur postopératoire est assurée par l'équipe chirurgicale. En fonction des procédures chirurgicales et des techniques d'analgésie, seule une minorité de patients nécessite des soins de la part du service de gestion de la douleur aiguë.

Cependant, dans l'environnement hospitalier chargé actuel, les chirurgiens et les infirmières de service disposent de ressources limitées pour la gestion de la douleur. La coopération interdisciplinaire est donc nécessaire pour optimiser l'utilisation des ressources de toutes les disciplines. Les anesthésistes devraient s'engager dans cette coopération dans les domaines suivants :

#### 3.1 Développement de standards pour la thérapie de la douleur

Chaque hôpital doit disposer de procédures standard communes pour le traitement de la douleur postopératoire (voir chapitre 2.2. et tableau 3), élaborées conjointement par les départements de chirurgie et d'anesthésie. Celles-ci devraient inclure des indications pour les analgésiques non opioïdes, les co-analgésiques et en particulier les opioïdes. Pour les opioïdes, des suggestions sur la durée du traitement pourraient être incluses.

Des recommandations internationales fondées sur des preuves pouvant être adaptées aux spécificités locales devraient être utilisées (S. Schug et al. 2020; "AWMF S3 Leitlinie Akutschmerz" 2021; Chou et al. 2016; Joshi et al. 2023).

#### 3.2. Formation en thérapie de la douleur

Les hôpitaux devraient offrir une formation en gestion de la douleur pour les équipes chirurgicales (chirurgiens, infirmières et physiothérapeutes), et les anesthésistes impliqués dans la thérapie de la douleur devraient coopérer pour fournir cette formation.

### 3.3. Coopération pour l'évaluation périopératoire des patients

Les chirurgiens voient les patients beaucoup plus tôt que les anesthésistes avant la chirurgie et sont donc mieux placés pour identifier les patients à risque de douleur aiguë sévère ou de douleur chronique postopératoire (voir chap. 4) en amont et pour initier des mesures préventives. La coopération entre les chirurgiens et les anesthésistes peut aider à transformer le temps d'attente avant la chirurgie en un « temps de préparation » (= préhabilitation).

De même, les chirurgiens et les anesthésistes devraient coopérer lors du suivi après la chirurgie, en particulier pour les patients identifiés comme étant à risque de douleur chronique après la chirurgie et ceux qui sont sortis avec un nouveau médicament opioïde. Par exemple, cela peut être organisé sous forme de réunions régulières et de discussions de cas entre les chirurgiens et l'équipe de gestion de la douleur.

### 3.4. Cas particulier : patients en soins palliatifs

Dans certains hôpitaux, les patients en soins palliatifs sont pris en charge par un service spécialisé de soins palliatifs, tandis que dans d'autres hôpitaux, les soins périopératoires des patients en soins palliatifs sont sous la responsabilité partagée des équipes chirurgicales et d'anesthésie. Les approches thérapeutiques doivent mettre au premier plan le contrôle des symptômes ainsi que la qualité de vie individuelle, même dans le contexte périopératoire. Une approche avec évaluation interdisciplinaire, multiprofessionnelle, biopsychosociale et spirituelle est recommandée.

Dans le contexte périopératoire, des décisions claires concernant les mesures de soutien vital, la réanimation et les escalades thérapeutiques doivent être définies avant la chirurgie.

## 4. Identification des patients à risque de mauvais résultats en termes de douleur après une chirurgie

Un résultat défavorable lié à la douleur après une chirurgie peut être une douleur aiguë sévère avec une gestion postopératoire de la douleur difficile, et à long terme, le développement d'une douleur chronique après la chirurgie, ainsi que l'utilisation au long cours d'opioïdes. La douleur chronique peut interférer de manière significative avec les activités de la vie quotidienne et entraîner une réduction de la qualité de vie liée à la santé. Cela se reflète également dans la définition de la douleur chronique dans la CIM-11<sup>3</sup>.

#### Box 1 – Définition de la douleur chronique selon la CIM-11 :

La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à, des lésions tissulaires réelles ou potentielles. La douleur chronique est une douleur qui persiste ou réapparaît pendant plus de 3 mois. La douleur chronique est multifactorielle : des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux contribuent au syndrome douloureux.

<sup>3</sup> ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. (<https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>).

Avec l'arrivée de la 11<sup>ème</sup> version de la classification internationale des maladies (CIM-11) par l'OMS en 2022, la douleur chronique est reconnue comme une maladie et non comme un symptôme (Schug et al. 2019). Dans le futur, la douleur chronique postopératoire (CPSP, code MG30.21) et la douleur chronique post-traumatique (MG30.20) seront incluses dans les statistiques de la santé.

### **Box 2 - Définition de la douleur chronique postopératoire CPSP<sup>3</sup>**

La douleur chronique postopératoire est une douleur chronique qui se développe ou augmente en intensité après une intervention chirurgicale et persiste au-delà du processus de guérison, c'est-à-dire au moins 3 mois après la chirurgie.

La douleur est soit localisée au niveau du champ opératoire, soit projetée dans le territoire d'innervation d'un nerf situé dans cette zone, soit référée à un dermatome (après une chirurgie/une blessure aux tissus somatiques profonds ou viscéraux).

D'autres causes de douleur, y compris l'infection, la malignité, etc., doivent être exclues, ainsi que la douleur provenant d'un problème douloureux préexistant.

En fonction du type de chirurgie, la douleur chronique postopératoire peut souvent être une douleur neuropathique.

Si la douleur persiste à partir d'une condition préopératoire, soit l'intensité, soit les caractéristiques de la douleur doivent être différentes de l'état préopératoire

La douleur chronique postopératoire (CPSP) a été identifiée comme une cause majeure de morbidité postopératoire. Pour mieux évaluer les aspects multidimensionnels de la douleur chronique, l'OMS définit la « sévérité de la douleur » par trois dimensions : l'intensité de la douleur, l'interférence fonctionnelle liée à la douleur et la détresse liée à la douleur. Les trois dimensions doivent être évaluées comme une « postcoordination » de la CIM-11<sup>3</sup> (Treede et al. 2019; ICD web interface WHO).

#### **4.1. Identification des patients à risque de douleur aiguë sévère ou de douleur chronique postopératoire (CPSP)**

Pour prévenir la douleur aiguë sévère ou le développement de la douleur chronique postopératoire (CPSP), les patients à risque d'une trajectoire de douleur anormale doivent être identifiés, idéalement avant la chirurgie, et suivis après la sortie. Les facteurs de risque de douleur chronique après la chirurgie ont été largement étudiés (Segelcke, Rosenberger, and Pogatzki-Zahn 2023).

Certaines interventions chirurgicales sont connues pour entraîner des taux élevés de douleur chronique postopératoire (CPSP), telles que l'amputation d'un membre, les arthroplasties, la chirurgie de la colonne vertébrale, la mastectomie et la thoracotomie. De plus, il existe des facteurs liés aux patients bien décrits qui augmentent le risque de douleur chronique après la chirurgie, tels que l'âge adulte plus jeune, le sexe féminin et le statut socio-économique, ainsi que des facteurs psychologiques tels que l'anxiété, la dépression, le catastrophisme en lien avec la douleur, la kinésiophobie et la faible capacité d'auto-soin (Giusti et al. 2021).

Les patients sous opioïdes au long cours avant la chirurgie nécessitent également une attention particulière pour éviter une interruption accidentelle du traitement et pour planifier des alternatives à l'analgésie basée sur les opioïdes dans certains cas. Des procédures opérationnelles standard (SOP) écrites devraient exister pour gérer ces patients (voir chapitre 2.2

En plus du dépistage préopératoire des patients, des alertes postopératoires devraient exister et conduire à un suivi : toute trajectoire de douleur postopératoire anormale devrait être évaluée par l'équipe de gestion de la douleur pendant l'hospitalisation, car cela signale un risque de développement de CPSP. La trajectoire de douleur anormale peut être signalée par plusieurs paramètres, qui devraient être surveillés manuellement (examen des dossiers, visites des patients, et/ou coopération avec les chirurgiens, les infirmières de service et les physiothérapeutes) ou automatiquement (par des alertes dans un système de gestion des données des patients électroniques) :

- Scores de douleur aiguë exceptionnellement élevés le premier jour postopératoire
- Scores de douleur ne diminuant pas pendant l'hospitalisation
- Utilisation anormalement élevée de médicaments anti-douleur en réserve
- Patient n'effectuant pas la physiothérapie comme prévu (après avoir exclu une antalgie insuffisante)
- Patient sortant avec des opioïdes, si cela n'a pas été prévu à l'avance par un protocole de parcours patient rapide

#### **4.2. Patients à risque d'utilisation prolongée d'opioïdes après une chirurgie**

En général, les patients sous opioïdes avant la chirurgie continueront à en prendre après la chirurgie, en particulier si aucun effort n'a été fait pour réduire la dose préopératoire et que les doses sont élevées.

La prescription de nouveaux opioïdes au long cours en raison de la douleur chronique après la chirurgie est évoquée comme l'une des raisons de la crise des opioïdes en Amérique du Nord, la pratique de prescription des médecins contribuant considérablement à cette situation. En Europe, les prescriptions d'opioïdes ont également augmenté, cependant, une épidémie d'opioïdes spécifiquement induite par l'utilisation au long cours d'opioïdes en raison de la CPSP n'a pas encore été vérifiée jusqu'à présent (Hofer et al. 2024). La plupart des patients sous opioïdes au long cours après la chirurgie avaient une douleur chronique non liée à la chirurgie ou une douleur chronique préexistante au site chirurgical ne répondant pas à la définition de la CIM-11.

De la même manière que l'on pourrait recueillir des facteurs de risque cardiovasculaires, les facteurs de risque pertinents pour l'utilisation persistante d'opioïdes devraient être évalués avant la chirurgie. Ceux-ci incluent la douleur chronique préexistante avant la chirurgie, l'utilisation d'opioïdes préopératoire, des facteurs psychosociaux (par exemple, l'anxiété, la dépression) et des antécédents de dépendance. Les indicateurs périopératoires sont une douleur sévère et des demandes élevées d'opioïdes.

Les patients programmés pour une chirurgie, qui présentent une douleur préopératoire au site chirurgical (avant par exemple, une arthroplastie, une chirurgie du dos et de la colonne vertébrale), bénéficient souvent de la chirurgie avec moins de douleur et une amélioration de la

fonction. Cependant, la médication opioïde doit être réduite et cela doit être clairement communiqué. Commencer à réduire la dose d'opioïdes avant la chirurgie serait utile pour la phase périopératoire et postopératoire, mais quelqu'un doit s'en occuper (→ communication, responsabilités). Des attentes réalistes en matière de contrôle de la douleur devraient être discutées, y compris des traitements non pharmacologiques de la douleur et une utilisation sécurisée des analgésiques. En périopératoire, un schéma d'analgésie multimodale devrait être établi (Tableau 3), et les opioïdes devraient être réduits dès que possible.

Avant la sortie, les patients devraient être instruits sur les schémas de réduction des analgésiques, les opioïdes étant le premier médicament à réduire. Le nombre de comprimés prescrits et la durée de prescription d'opioïdes devraient être limités, généralement à une semaine après la sortie.

Les prescriptions répétées d'opioïdes augmentent le risque d'utilisation au long cours d'opioïdes, et le médecin de premier recours du patient devrait être informé de la nécessité de réduire les opioïdes. Si la douleur dépasse la période de guérison habituelle, il faut envisager de référer le patient à un spécialiste de la douleur, en particulier en cas de prise continue d'opioïdes. Plusieurs déclarations de consensus ont été publiées pour donner des orientations sur l'utilisation sécurisée des opioïdes en périopératoire (Levy et al. 2021).

## **5. Amélioration de la communication entre le service de la douleur aiguë et la consultation douleur chronique**

Dans les cas où les centres d'antalgie ambulatoire et les services de douleur aiguë hospitaliers sont des entités distinctes, il n'y a souvent pas de continuum de soin entre la gestion de la douleur à l'hôpital et celle en ambulatoire. Cependant, un tel continuum de soins est crucial pour le suivi des patients à risque de douleur postopératoire persistante et devrait également inclure le médecin de premier recours (médecin de famille).

Comme discuté dans le Chapitre 4, les patients souffrant de douleur chronique sont à risque de résultats postopératoires défavorables (douleur aiguë sévère et douleur postopératoire chronique), et la connaissance ainsi que l'expérience des spécialistes de la douleur chronique sont nécessaires pour gérer ces patients de manière adéquate. Même avec une formation (voir Chapitre 2), les équipes de douleur aiguë manquent souvent d'expérience avec les composants psychosociaux complexes de la douleur chronique. De plus, ces patients nécessitent un suivi après la sortie de l'hôpital. Ce suivi devrait être partagé entre le médecin de premier recours et la consultation d'antalgie chronique.

Des itinéraires cliniques clairement définis et une communication structurée au sein des établissements de soins (y compris les chirurgiens, les spécialistes de la douleur hospitaliers et ambulatoires, et les physiothérapeutes) ainsi qu'entre les établissements et les médecins de premiers recours sont essentiels pour fournir une gestion efficace de la douleur et potentiellement prévenir la transition vers la douleur chronique.

Pour faciliter la transition de la gestion de la douleur à l'hôpital à celle en ambulatoire, certaines institutions peuvent choisir de créer des équipes spécialisées, comme cela a été discuté et publié par plusieurs hôpitaux, tels que Toronto (transitional pain service, TPS), la Belgique (service de douleur postopératoire chronique), Helsinki (Acute Pain Outpatient Clinic), et les États-Unis

(Perioperative Surgical Home, PSH) (Katz 2015; De Kock 2009; Tiippana et al. 2016; Vetter and Kain 2017).

Il n'y a pas de recommandation pour créer une équipe spécialisée (appelée « service de douleur transitionnel »), et l'organisation dépendra des spécificités de chaque hôpital. L'élément commun important de tous ces services est le transfert structuré d'informations et la coopération entre tous les prestataires de soins.

## Références

- AWMF S3 Leitlinie Akutschmerz. 2021. 2021. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/001-025>.
- Brunsmann F, Stamer U, Meissner W. 2021. "Akutschmerz-Management: Aufgabe für Team und Leitung." *Deutsches Ärzteblatt*. February 12, 2021. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/217788/Akutschmerz-Management-Aufgabe-fuer-Team-und-Leitung>.
- Chou R, Gordon DG, de Leon-Casasola OA, et al. 2016. "Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline from the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council." *The Journal of Pain* 17 (2): 131–57. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.12.008>.
- De Kock M. 2009. "Expanding Our Horizons: Transition of Acute Postoperative Pain to Persistent Pain and Establishment of Chronic Postsurgical Pain Services." *Anesthesiology* 111 (3): 461–63. <https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e3181afde28>.
- Erlenwein, J., W. Meißner, F. Petzke, E. Pogatzki-Zahn, U. Stamer, and W. Koppert. 2019. "Personelle und organisatorische Voraussetzungen für Schmerzdienste in Krankenhäusern." *Anaesthetist* 68 (5): 317–24. <https://doi.org/10.1007/s00101-019-0589-8>.
- Giusti, Emanuele M., Lacerenza M, Manzoni G, and Castelnovo G. 2021. "Psychological and Psychosocial Predictors of Chronic Postsurgical Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Pain* 162 (1): 10–30. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001999>.
- Heuvel, S van den, van Boekel R et al.. 2024. "Perioperative Pain Management Models in Four European Countries: A Narrative Review of Differences, Similarities and Future Directions." *European Journal of Anaesthesiology* 41 (3): 188–98. <https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000001919>.
- ICD web interface. WHO. "ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics." WHO. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>.
- Joshi, G. P., E. Albrecht, M. Van de Velde, H. Kehlet, D. N. Lobo, and PROSPECT Working Group of the European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy. 2023. "PROSPECT Methodology for Developing Procedure-Specific Pain Management Recommendations: An Update." *Anaesthesia* 78 (11): 1386–92. <https://doi.org/10.1111/anae.16135>.
- Katz, Joel, Weinrib A, Fashler S, Katznelzon R, Shah B, Salima S, Ladak, J, et al. 2015. "The Toronto General Hospital Transitional Pain Service: Development and Implementation of a Multidisciplinary Program to Prevent Chronic Postsurgical Pain." *Journal of Pain Research* 8:695–702. <https://doi.org/10.2147/JPR.S91924>.
- Komann M, Baumbach P, Stamer UM et al. 2021. "Desire to Receive More Pain Treatment - A Relevant Patient-Reported Outcome Measure to Assess Quality of Post-Operative Pain Management? Results From 79,996 Patients Enrolled in the Pain Registry QUIPS from 2016 to 2019." *The Journal of Pain* 22 (6): 730–38. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2021.01.002>.
- Lavand'homme P. 2017. "Transition from Acute to Chronic Pain after Surgery." *PAIN* 158 (April):S50. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000809>.
- Levy, N., J. Quinlan, K. El-Boghdadly, W. J. Fawcett, V. Agarwal, R. B. Bastable, F. J. Cox, et al. 2021. "An International Multidisciplinary Consensus Statement on the Prevention of Opioid-Related Harm in Adult Surgical Patients." *Anaesthesia* 76 (4): 520–36. <https://doi.org/10.1111/anae.15262>.
- Meissner, Winfried, Huygen F, Neugebauer E, et al. 2018. "Management of Acute Pain in the Postoperative Setting: The Importance of Quality Indicators." *Current Medical Research and Opinion* 34 (1): 187–96. <https://doi.org/10.1080/03007995.2017.1391081>.
- Rawal, N, and L Berggren. 1994. "Organization of Acute Pain Services: A Low-Cost Model." *Pain* 57 (1): 117–23.

- Rawal, Narinder. 2016. "Current Issues in Postoperative Pain Management." *European Journal of Anaesthesiology* 33 (3): 160–71. <https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000000366>.
- Reinhard, Jan, Pulido L, Schindler M, et al. 2023. "No Success without Effort: Follow-Up at Six Years after Implementing a Benchmarking and Feedback Concept for Postoperative Pain after Total Hip Arthroplasty." *Journal of Clinical Medicine* 12 (14): 4577. <https://doi.org/10.3390/jcm12144577>.
- Said, Engy T., Sztain J, Abramson W, et al. 2018. "A Dedicated Acute Pain Service Is Associated With Reduced Postoperative Opioid Requirements in Patients Undergoing Cytoreductive Surgery With Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy." *Anesthesia and Analgesia* 127 (4): 1044–50. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000003342>.
- Schug, SA, GM Palmer, DA Scott, M Alcock, R Halliwell, JF Mott, and APM:SE Working Group of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine. 2020. "Acute Pain Management: Scientific Evidence (5th Edition)." ANZCA & FPM, Melbourne. <https://www.anzca.edu.au/resources/college-publications/acute-pain-management/apmse5.pdf>.
- Schug, Stephan A., Lavand'homme P, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede R, and IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. 2019. "The IASP Classification of Chronic Pain for ICD-11: Chronic Postsurgical or Posttraumatic Pain." *Pain* 160 (1): 45–52. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001413>.
- Schwenkglens, Matthias, Gerbershagen H, Taylor R, et al. 2014. "Correlates of Satisfaction with Pain Treatment in the Acute Postoperative Period: Results from the International PAIN OUT Registry." *Pain*, April. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2014.04.021>.
- Segelcke, Daniel, Rosenberger D, and Pogatzki-Zahn E. 2023. "Prognostic Models for Chronic Postsurgical Pain-Current Developments, Trends, and Challenges." *Current Opinion in Anaesthesiology*, July. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000001299>.
- Stamer, Ulrike M., Liguori G, and Rawal N. 2020. "Thirty-Five Years of Acute Pain Services: Where Do We Go From Here?" *Anesthesia and Analgesia* 131 (2): 650–56. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004655>.
- Tiippana, Elina, Hamunen K, Heiskanen T, et al. 2016. "New Approach for Treatment of Prolonged Postoperative Pain: APS Out-Patient Clinic." *Scandinavian Journal of Pain* 12 (July):19–24. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2016.02.008>.
- Treede, Rolf-Detlef, Rief W, Barke A, et al. 2019. "Chronic Pain as a Symptom or a Disease: The IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11)." *Pain* 160 (1): 19–27. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>.
- Vetter, Thomas R., and Kain Z. 2017. "Role of the Perioperative Surgical Home in Optimizing the Perioperative Use of Opioids." *Anesthesia and Analgesia* 125 (5): 1653–57. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002280>.
- Werner, Mads U., S holm L, Rotb ll-Nielsen P, Kehlet H. 2002. "Does an Acute Pain Service Improve Postoperative Outcome?" *Anesthesia and Analgesia* 95 (5): 1361–72, table of contents. <https://doi.org/10.1097/00000539-200211000-00049>.
- Zaccagnino, Michael P., Bader A, Sang C, and Correll D. 2017. "The Perioperative Surgical Home: A New Role for the Acute Pain Service." *Anesthesia and Analgesia* 125 (4): 1394–1402. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002165>.

## Appendix

### Exemples d'implémentation de communication structurée dans un grand hôpital interrégional (St. Gall) et un hôpital régional (Nidwald).

#### Exemple St. Gall :

L'hôpital cantonal de St. Gall a mis en place un service de douleur transitionnel spécifique (TPS, appelé à St. Gall « Mobiles Schmerzteam »), composé d'une infirmière spécialisée en douleur, d'un médecin senior en soins palliatifs spécialisé en médecine de la douleur, et d'un médecin junior en rotation en anesthésie.

Les patients présentant des facteurs de risque pour un outcome douloureux défavorable peuvent être adressés avant la chirurgie par les consultations préopératoires chirurgicales ou anesthésiques au TPS.

De plus, le service de douleur aiguë en anesthésie et tous les services hospitaliers peuvent référer des patients ayant des problèmes de douleur complexes (par exemple, doses élevées d'opioïdes ou thérapie par agoniste des opioïdes, effets secondaires sévères, utilisation prolongée d'opioïdes prévue après la sortie, thérapie par opioïdes au long cours préopératoire, comorbidités psychosociales) au TPS durant leur séjour à l'hôpital.

Pendant le séjour postopératoire à l'hôpital, les patients sont vus par le TPS une fois par jour, soit en collaboration avec le service de douleur aiguë en anesthésie, soit seuls.

À la sortie de l'hôpital, les patients à haut risque peuvent être transférés par le TPS à la clinique de douleur ambulatoire pour une consultation ultérieure.

#### Exemple Nidwald :

Dans l'hôpital de Nidwald, les infirmières spécialisées en douleur aiguë coordonnent également la gestion des patients ayant une douleur complexe, supervisées par deux consultants en douleur (qui travaillent également dans la clinique de douleur ambulatoire). En raison des petites équipes stables et des courtes distances, une communication directe entre toutes les disciplines impliquées est possible. Les patients présentant des facteurs de risque sont identifiés avant la chirurgie et identifiés sur le planning de la salle d'opération. Des SOP écrites existent pour les patients suivant une thérapie opioïde au long cours préopératoire et pour les cas complexes. En postopératoire, les infirmières en douleur aiguë identifient les patients ayant une utilisation élevée d'opioïdes et discutent de ces cas avec le médecin superviseur en douleur. Si les patients sortent avec des opioïdes, le médecin de premier recours reçoit une proposition pour le sevrage opioïde et est adressé à un centre de douleur ambulatoire.