https://lib.uliege.be https://matheo.uliege.be

Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire

Auteur : Grosjean, Julie
Promoteur(s) : 16068; 16145
Faculté : Faculté de Médecine
Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en gestion des institutions de soins
Année académique : 2021-2022
URI/URL : http://hdl.handle.net/2268.2/14098

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

Documents complémentaires : Annexes

Mémoire GROSJEAN Julie S200845

Annexe 1 : Questionnaire DN4 …… 2

Annexe 2 : Incidence et prévalence de la DCPC pour les différents types de chirurgies repris dans les sept sous-diagnostics de la DCPC dans la CIM-11 …… 3

Annexe 3 : Score de Kalkman …… 4

Annexe 4 : Quinze indicateurs de qualité dans la prise en charge de la douleur post-opératoire …… 5

Annexe 5 : « Schéma des processus impliqués dans le développement de la douleur post-chirurgicale chronique et de l'incapacité liée à la douleur montrant les relations entre les facteurs de risque/de protection pré-opératoires, per-opératoires et post-opératoires. » …… 6

Annexe 6 : Schéma : Rehab-CYCLE …… 7

Annexe 7 : Premier questionnaire …… 8

Annexe 8 : Feedback du premier questionnaire …… 17

Annexe 9 : Second questionnaire …… 20

Annexe 10 : Feedback du second questionnaire …… 34

Annexe 11 : Troisième questionnaire …… 43

Annexe 12 : Consensus de prise en charge préventive interdisciplinaire de la chronicisation de la douleur post-chirurgicale à la Clinique CHC Heusy : consensus obtenu suite au second questionnaire …… 51

Annexe 13 : Feedback du troisième questionnaire …… 57

Annexe 14 : Consensus de prise en charge préventive interdisciplinaire de la chronicisation de la douleur post-chirurgicale à la Clinique CHC Heusy : consensus final …… 60

Annexe 15 : Demande d'avis au Comité d'Ethique dans le cadre des mémoires des étudiants du Master en Sciences de la Santé publique …… 66

Annexe 16 : Formulaire de consentement …… 70

Annexe 17 : Algorithme détaillé de prise en charge préventive interdisciplinaire de la chronicisation de la douleur post-chirurgicale …… 74

<u>Annexe 1</u> : Questionnaire DN4

Questionnaire DN4

Un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci dessous par « oui » ou « non ».

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	☐	☐
2. Sensation de froid douloureux	☐	☐
3. Décharges électriques	☐	☐

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	☐	☐
5. Picotements	☐	☐
6. Engourdissements	☐	☐
7. Démangeaisons	☐	☐

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	☐	☐
9. Hypoesthésie à la piqûre	☐	☐

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	☐	☐

OUI = 1 point **NON = 0 point** **Score du Patient : /10**

MODE D'EMPLOI

Lorsque le praticien suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4 est utile comme outil de diagnostic.

Ce questionnaire se répartit en 4 questions représentant 10 items à cocher :

- ✓ Le praticien interroge lui-même le patient et remplit le questionnaire
- ✓ A chaque item, il doit apporter une réponse « oui » ou « non »
- ✓ A la fin du questionnaire, le praticien comptabilise les réponses, 1 pour chaque « oui » et 0 pour chaque « non ».
- ✓ La somme obtenue donne le Score du Patient, noté sur 10.

Si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif (sensibilité à 82,9 % ; spécificité à 89,9 %)

D'après Bouhassira D et al. Pain 2004 ; 108 (3) : 248-57

Echelle téléchargée sur le site www.sfetd-douleur.org

SFETD

Source : (12)

<u>Annexe 2</u> : Incidence et prévalence de la DCPC pour les différents types de chirurgies repris dans les sept sous-diagnostics de la DCPC dans la CIM-11

Types de chirurgie	*Incidence*	*Prévalence*
Amputation	30-85% (amputation d'un membre)	Pas d'information
Chirurgie de la colonne vertébrale	Pas d'information	Pas d'information
Thoracotomie	5-65%	34,5%
Chirurgie mammaire	11-57%	31%
Herniotomie	5-63%	7% (hernie inguinale)
Hystérectomie	5-32%	Pas d'information
Arthroplastie	13-44% arthroplastie du genou 27% arthroplastie de la hanche	19,8%- 20% (prothèse de hanche et de genou)

Sources : (2, 4, 16)

Ces chiffres sont repris de différentes sources et donc d'études menées sur différentes populations. La prévalence et l'incidence de la DCPC peuvent varier en fonction des critères de sélection de celles-ci.

<u>Annexe 3</u> : Score de Kalkman

CHC GROUPE SANTÉ

Score de Kalkman

Prédiction du risque de douleur chronique post-opératoire

Merci de cocher les cases, de noter le score dans la dernière colonne et d'insérer également le score total constituant le score de Kalkman.

Type d'intervention (entourer) :
PTG PTH Autre :

Date de l'intervention :

Items et modalités					Scores
Sexe	Féminin (1)	Masculin (0)			
Age	<30 ans(2)	31-65 ans (1)	>65 ans (0)		
Douleur préopératoire au site chirurgical	Sévère (3)	Modérée (2)	Aucune (0)		
Usage régulier d'opiacés	Oui (1)	Non (0)			
Usage régulier d'anxiolytiques ou d'antidépresseurs	Oui (1)	Non (0)			
Chirurgie par tomie	Oui (1)	Non (0)			
Type de chirurgie	Thoracique (3)	Abdominale (2)	Ortho (1)	Autre (0)	
Chirurgie de longue durée (120 min)	Oui (1)	Non (0)			
Anxiété préopératoire (voir échelle)	Oui (1)	Non (0)			
Obésité (BMI>30)	Oui (1)	Non (0)			
TOTAL	**/15** (* si score > 7/15)				

Ce document a été réalisé par des professionnels du CHC. Il a été écrit notamment grâce à l'article de Kalkman JC. Source : (22)

<u>Annexe 4</u> : Quinze indicateurs de qualité dans la prise en charge de la douleur post-opératoire

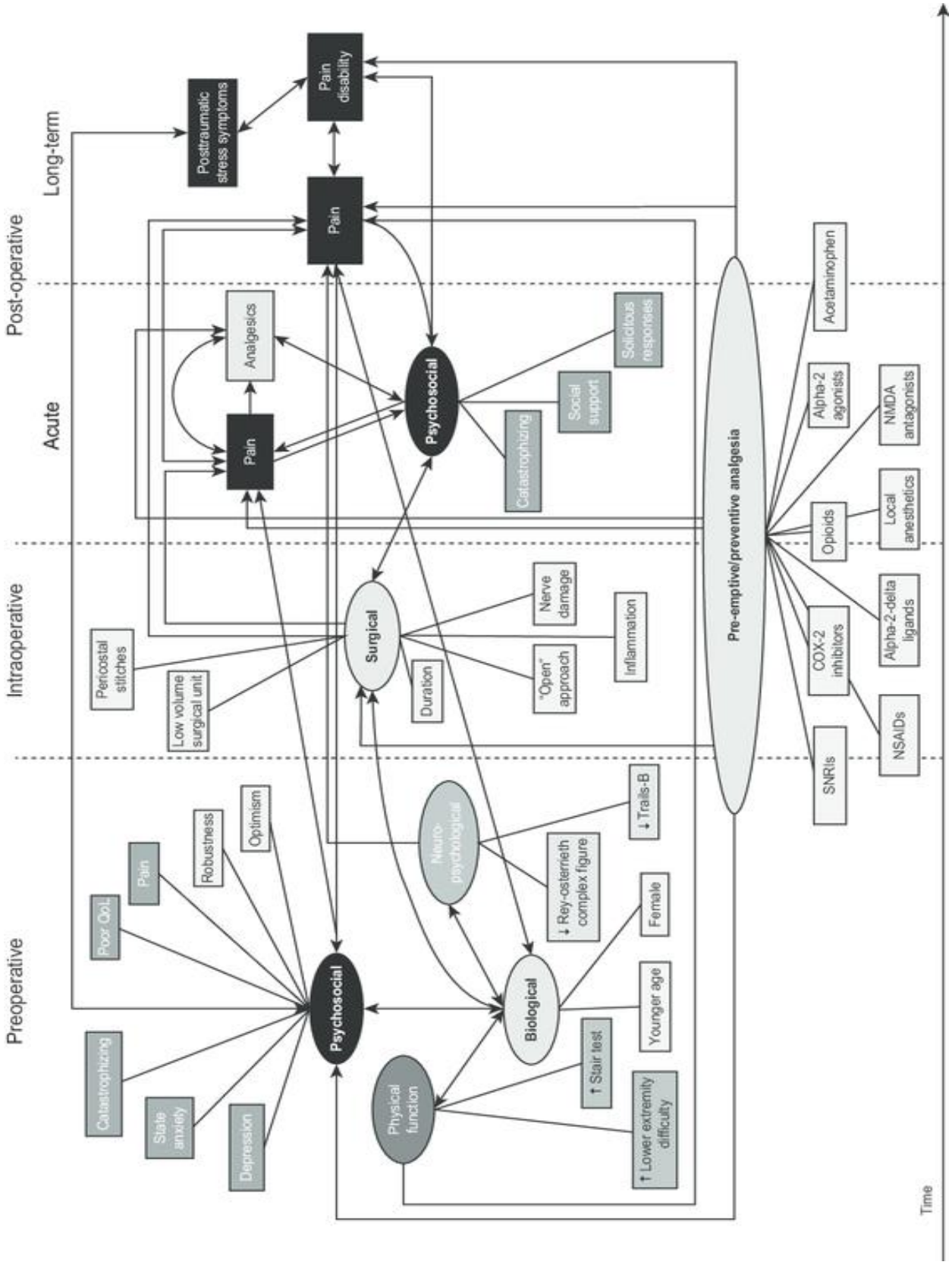
E. Idvall et al.

Table 1 The categories in the tentative model, the strategic and clinical quality indicators and the items in the patient questionnaire

Categories in the tentative model (Idvall & Rooke 1998)	Indicators (Idvall *et al.* 1999, 2001)	Items in the patient questionnaire (present study)
Elements of performance		
Detecting and acting on signs and symptoms	1/The patient's perception of pain must be assessed regularly with the help of a pain assessment instrument, e.g. the VAS (visual analogue scale)	7/To determine my level of pain, a member of the staff asked me to pick a number between 0 and 10 (or make a mark on a straight line) at least once every morning, afternoon, and evening
Performing prescriptions	2/Pharmacological pain treatment must be administered preventively	5/Even if I did not always asked for it, I was given pain medication
Performing pre- and postoperative care	3/The patient's pain must be assessed in connection with mobilization, e.g. on breathing deeply or moving legs	6/The staff asked me about the pain I had when I breathed deeply, sat up, or moved around
Performing general care	4/The patient must be given help/support to find a comfortable position in bed	3/I received support or help in finding a comfortable position in bed to help avoid pain
Informing and educating	5/The patient must receive information preoperatively about pain treatment	1/Before my operation I was told about the type of pain treatment I would be offered after surgery
Promoting relationships	6/An individual goal for pain treatment must be set up in collaboration with the patient	2/After my operation I talked with a nurse about how I wanted my pain to be treated
Acting on behalf of patients	7/The nurse must act until a level has been reached that is acceptable to the patient	8/The nurses helped me with pain treatment until I was satisfied with the effects of pain relief
Protecting the privacy of patients	8/The patient must be given the opportunity for peace and quiet so as to be able to sleep/rest at night	4/I was given the opportunity for peace and quiet so I could sleep at night
Prerequisites		
Staffing	9/Over half the caring staff on the ward must be registered nurses	10/There have been enough nurses on duty for someone to respond quickly to my request for pain relief
Environment/equipment	10/There must be rooms that produce a pleasant environment	9/I have a pleasant room
Competence/knowledge	11/Nurses must possess special knowledge of pain assessment and pain treatment	13/The nurses are knowledgeable about how to relieve my pain
Routines	12/There must be special rules for the documentation of pain assessment and pain treatment	12/When nurses come on duty, they know 'everything' about how much pain I have had and the pain treatment I have received
Responsibility	13/There must be a particular nurse who is responsible for the individual patient's pain treatment, e.g. a primary nurse	11/A specific nurse is responsible for my care during the entire time I am hospitalized
Attitudes	14/Nurses must believe what the patients tell them concerning their pain	14/The nurses believe me when I tell them about my pain
Team-work	15/There must be multiprofessional co-operation with respect to pain	15/The nurses and doctors have cooperated in treating my pain

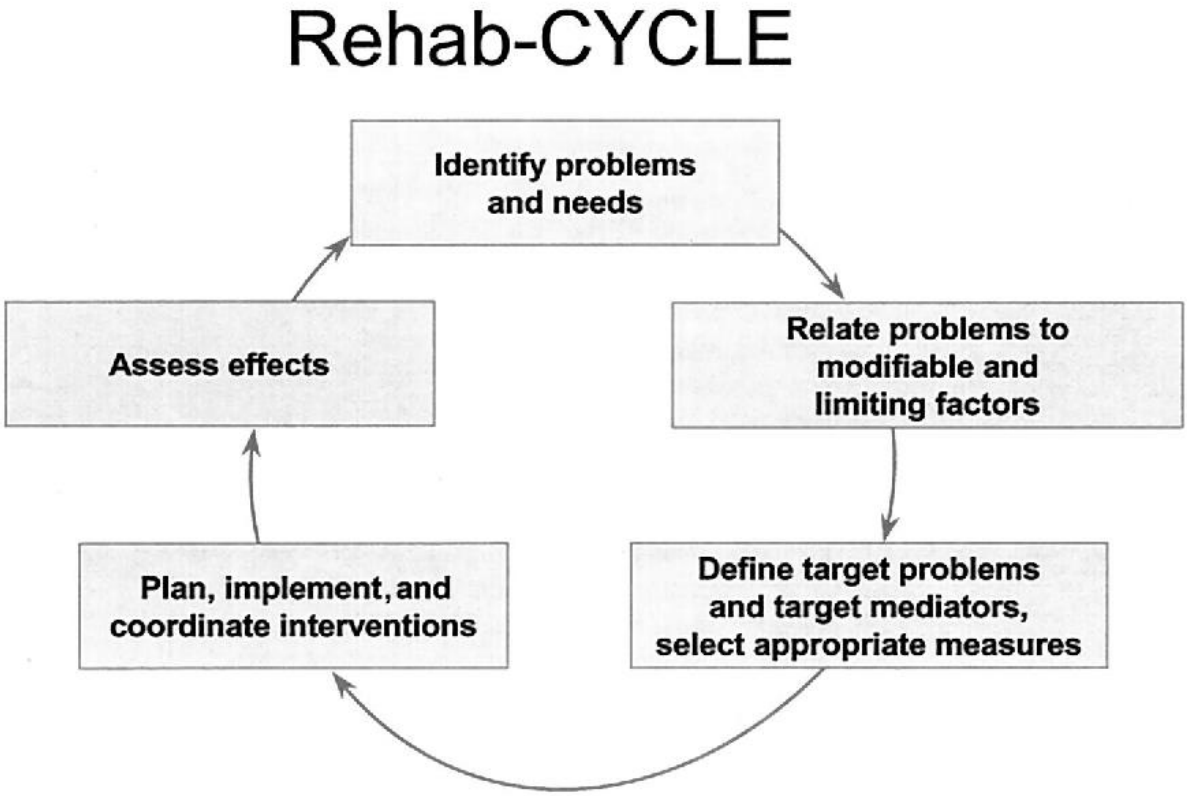
Source : (35)

<u>Annexe 5</u> : « Schéma des processus impliqués dans le développement de la douleur post-chirurgicale chronique et de l'incapacité liée à la douleur montrant les relations entre les facteurs de risque/de protection pré-opératoires, per-opératoires et post-opératoires. » (38)



Source : (38)

<u>Annexe 6</u> : Schéma : Rehab-CYCLE



Source : (39)

<u>Annexe 7</u> : Premier questionnaire

Prévention de la douleur chronique post-chirurgicale à la Clinique CHC Heusy, un protocole de prise en charge préventive multidisciplinaire par la méthode Delphi

Fichiers attachés:

gdpr022-formulaire_de_consentement.pdf

kalkman_pdf.pdf

Explications : 1 / 7

Rappel de l'objectif de l'étude : Déterminer une prise en charge multidisciplinaire préventive de la chronicisation de la douleur post-chirurgicale. C'est-à-dire, établir un chemin à suivre qui reprend les étapes en pré, per et post-opératoire. Cela dans le but de standardiser, normaliser et améliorer la qualité de la prise en charge préventive de la chronicisation de la douleur chez les patients opérés de chirurgies telles que : les amputations, les chirurgies de la colonne vertébrale, les thoracotomies, les chirurgies mammaires, les herniotomies, les hystérectomies et les arthroplasties.

Délais : Il vous faudra environ 10 minutes pour répondre à ce questionnaire. Vous avez jusqu'au 21 décembre pour compléter celui-ci. Vous recevrez un mail de rappel entre temps si vous n'avez pas encore répondu. Un second questionnaire ainsi que le feedback de celui-ci vous seront envoyés début janvier afin de poursuivre le chemin vers un consensus.

Attention: N'oubliez pas de cliquer sur "soumettre" à la fin du questionnaire.

D'avance je vous remercie pour votre précieuse collaboration.

PAGE SUIVANTE >

Prévention de la douleur chronique post-chirurgicale à la Clinique CHC Heusy, un protocole de prise en charge préventive multidisciplinaire par la méthode Delphi

Fichiers attachés:

gdpr022-formulaire_de_consentement.pdf

kalkman_pdf.pdf

Règlement général sur la protection des données (RGPD) : 2 / 7

Avant de répondre au questionnaire, nous vous invitons à prendre connaissance du document ci-dessus intitulé "GDPR022-Formulaire de consentement".
De cette façon, vous pourrez donner votre consentement éclairé, c'est-à-dire en toute connaissance de cause en cochant la case ci-dessous.
Cet accord est requis afin d'avoir accès au questionnaire.
En cas de question, vous pouvez bien sûr contacter l'investigatrice par mail.

RGPD *

○ "Je consens au traitement de mes données à caractère personnel tel qu'exposé dans le formulaire de consentement. En cliquant sur ce bouton, j'affirme avoir pris connaissance des modalités de traitements de mes données à caractère personnel et marque mon accord."

Pourriez-vous noter votre adresse mail ci-dessous s'il vous plait? Celle-ci sera utilisée uniquement afin de vous rendre un feedback et de vous envoyer un second questionnaire. *

< PAGE PRÉCÉDENTE PAGE SUIVANTE >

Questions générales : 3 / 7

Quelle est votre profession? *

- ○ Chirurgien
- ○ Anesthésiste
- ○ Infirmier
- ○ Algologue
- ○ Kinésithérapeute
- ○ Psychologue
- ● Autre

Autre

Dans quelle institution travaillez-vous?

- ○ A la Clinique CHC d'Heusy
- ○ A la Clinique CHC MontLégia
- ● Autre

Autre

Avez-vous suivi une formation spécifique concernant la douleur ? *

- ● Oui
- ○ Non

Si oui, quel type de formation était-ce ?

- ○ Durant vos études
- ○ Formation dans le service
- ○ Formation que vous avez suivi par choix personnel
- ○ Autre

Si oui, vous permet-elle de faire face à la douleur des patients au quotidien ?

- ○ Oui
- ● Non

Si non, pourquoi?

Si oui, concernait-elle également la douleur chronique post-chirurgicale ?

- ● Oui
- ○ Non

La prise en charge de la douleur post-chirurgicale actuelle est :

- ○ Très satisfaisante
- ○ Satisfaisante
- ○ Moyennement satisfaisante
- ○ Peu satisfaisante
- ○ Pas satisfaisante

La prise en charge de la douleur post-chirurgicale actuelle est :

- Très satisfaisante
- Satisfaisante
- Moyennement satisfaisante
- Peu satisfaisante
- Pas satisfaisante

La prise en charge PREVENTIVE de la douleur chronique post-chirurgicale est :

- Très satisfaisante
- Satisfaisante
- Moyennement satisfaisante
- Peu satisfaisante
- Pas satisfaisante

Quels sont les points à améliorer selon vous dans la prise en charge de la douleur post-chirurgicale actuelle?

Quels sont les points à améliorer selon vous dans la prise en charge PREVENTIVE de la douleur chronique post-chirurgicale?

< PAGE PRÉCÉDENTE | PAGE SUIVANTE >

Fichiers attachés:

gdpr022-formulaire_de_consentement.pdf

kalkman_pdf.pdf

Période pré-opératoire : 4 / 7

DESCRIPTION DE LA PRISE EN CHARGE ACTUELLE :

- Le patient est vu par le chirurgien : diagnostic posé et opération fixée.
- Le patient est vu ou appelé par l'anesthésiste : bilan des antécédents, traitements à arrêter ...
- Le patient est vu ou appelé par l'infirmière de pré-hospitalisation.
- Le patient entre dans le service le jour de l'intervention ou le jour avant.
- Le patient est installé, identitovigilance, mise en place de bracelets, prise de paramètres, anamnèse réalisée, mesure des jambes si bas de contention prescrits, tonte, ...
- La pré-narcose est administrée au patient dans le service d'hospitalisation.
- Ces étapes vont être quelque peu modifiées puisque les patients seront bientôt accueillis par l'infirmière de l'Unité d'accueil pré-opératoire (UAPO).

Qu'ajouteriez-vous à l'étape pré-opératoire afin d'améliorer la prise en charge préventive de la douleur chronique post-chirugicale?

Connaissez-vous le score Kalkman ?

- Oui
- Non

Si non, vous pouvez le trouver en début de page sous forme PDF. Quel est votre avis concernant ce questionnaire pour cibler les personnes à risque de douleur chronique post-chirurgicale ? Il est :

- Très utile
- Utile
- Moyennement utile
- Peu utile
- Pas utile

Pensez-vous qu'il devrait être instauré dans la prise en charge du patient en pré-opératoire afin de cibler les patients à risque de douleur chronique post-chirurgicale ?

- Oui
- Non

Quelles adaptations de la prise en charge pourraient-être mises en place en pré-opératoire si, selon les réponses au questionnaire, le patient est à risque de douleur chronique post-chirurgicale ?

Si des actions sont à mettre en place en pré-opératoire, quel délais est nécessaire ?

- Moins de 3 jours
- De 3 jours à moins de 10 jours
- De 10 jours à moins de 20 jours
- 20 jours ou plus

Pensez-vous qu'il est utile pour le patient de prendre certains compléments alimentaires avant l'intervention ?

- ○ Oui
- ○ Non

< PAGE PRÉCÉDENTE | PAGE SUIVANTE >

Période per-opératoire : 5 / 7

Le but de ce travail n'est pas de décrire en détails chacune des étapes de la chirurgie puisqu'il concerne différents types de chirurgies qui rendent le patient à risque de douleur chronique post-chirurgicale : amputations, chirurgies de la colonne vertébrale, thoracotomies, chirurgies mammaires, herniotomies, hystérectomies et arthroplasties. Donc, ce qui importe dans cette étude au niveau de l'étape per-opératoire, c'est surtout l'anesthésie du patient ainsi que l'utilisation de techniques spécifiques (blocs, anesthésies locales, ...) et l'administration d'anti-douleurs avant le réveil du patient.

En plus de l'anesthésie générale, qu'est ce qui peut améliorer la prise en charge préventive de la douleur chronique post-chirurgicale ? (plusieurs réponses possibles)

- [ ] Anesthésie locale
- [ ] Bloc
- [ ] Anti-douleurs per-opératoires
- [ ] Kétamine
- [ ] Magnésium
- [ ] Tramadol
- [x] Autres

Autres

< PAGE PRÉCÉDENTE | PAGE SUIVANTE >

Période post-opératoire : 6 / 7

DESCRIPTION DE LA PRISE EN CHARGE ACTUELLE :

Au niveau des traitements médicamenteux :

• Salle de réveil : Prescriptions médicales de traitements par l'anesthésiste en "si nécessaire" (Dipidolor titré, Perfusalgan, ...).

• Retour dans le service : Prescriptions médicales de traitements d'office par l'anesthésiste selon le patients, l'intervention, etc (par exemple : Perfusalgan, Arcoxia, Ibuprofène, coktail d'anti-douleurs en intra-veineux : Tradonal, Litican, Magnésium, PCA ...).

• Médicaments prescrits en "si nécessaire" (Oxynorm, Tradonal + Litican) en fonction du patient.

• Le patient est revu chaque jour post-opératoire par l'anesthésiste qui adapte les traitements en fonction de l'état du patient (ex : passage des traitements intra-veineux en traitements per os, ...).

• Des traitements sont parfois administrés avant la mobilisation avec le kinésithérapeute.

• Le chirurgien prescrit des traitements anti-douleurs que le patients ira chercher à la pharmacie quand il sortira de l'hôpital.

Au niveau de l'évaluation de la douleur :

• Évaluation de la douleur dès le retour en chambre.

• Explication au patient qu'il peut sonner, appeler s'il a des douleurs pour prévenir le personnel.

• Evaluation de la douleur à chaque tour (8h-12h-15h-19h-22h-24h-5h).

• Utilisation de l'échelle : EN (échelle numérique).

Quels sont le(s) point(s) à améliorer ou à ajouter selon vous à cette prise en charge?

Y a-t- il des anti-douleurs à proscrire selon vous ?

- (●) Oui
- ( ) Non

Si oui, le ou lesquels et pourquoi?

Y a-t-il des anti-douleurs ou autres traitements (compléments, ...) à privilégier selon vous en post-opératoire?

- (●) Oui
- ( ) Non

Si oui, le ou lesquels?

Existe-t-il des protocoles médicamenteux, des actes permanents concernant la gestion de la douleur ?

- (●) Oui
- ( ) Non

Si oui, lesquels?

Appliquez-vous également des traitements non-pharmacologiques (massage, chaleur, etc)?

- (●) Oui
- ( ) Non

Si oui, lesquels?

Les traitements sont-ils adaptés en fonction de la mobilisation, des activités du patient ?

- ○ Oui
- ● Non

Pensez-vous qu'une infirmière référente "douleur" pourrait vous aider ?

- ● Oui
- ○ Non

Si oui, quel(s) serai(en)t son ou ses rôles?

- [ ] Donner des conseils aux professionnels
- [ ] Donner des conseils aux patients
- [ ] Former le personnel
- [ ] Etre joignable pour les patients à domicile
- [ ] Autre

Quel(s) intervenant(s) pourrai(en)t être intégré(s) dans la prise en charge préventive de la douleur chronique post-chirurgicale ?

- [ ] Psychologue
- [ ] Famille du patient
- [x] Autre

Autres

Connaissez-vous l'échelle DN4 ?

- ● Oui
- ○ Non

C'est une échelle qui permet de mettre en avant des douleurs neuropathiques. Celles-ci peuvent être traitées par de la Gabapentine. Seriez-vous d'accord de réaliser cette échelle au chevet du patient afin de déceler au plus vite ce type de douleur?

- ○ Oui
- ○ Non
- ○ Un autre intervenant est plus à même de le faire que moi

Pensez-vous que tous les patients qui rentrent à domicile ont les informations nécessaires pour gérer au mieux leur douleur (traitements, conseils, etc) ?

- ○ Oui
- ● Non

Si non, ces informations sont à donner:

- [ ] Avant l'intervention
- [ ] Après l'intervention
- [ ] Avant le départ du patient à domicile
- [ ] Avant l'intervention et après celle-ci
- [ ] A un autre moment

A quel moment faut-il donner les informations selon vous?

Quels sont les freins à l'amélioration de la prise en charge de la douleur ainsi qu'à la prise en charge préventive de la douleur chronique ?

- [ ] Manque de médecins : anesthésistes, chirurgiens
- [ ] Manque de personnel infirmer
- [ ] Personnel trop peu ou non formé
- [ ] Personnel pas sensibilisé à la problématique
- [ ] Manque de protocoles/ procédures
- [ ] Manque de temps
- [ ] Manque de matériel
- [ ] Manque d'infirmier référent
- [ ] Manque d'évaluation de la prise en charge actuelle
- [ ] Il n'existe aucun frein
- [x] Autre

Quels autres freins voyez-vous?

< PAGE PRÉCÉDENTE | SOUMETTRE

Annexe 8 : Feedback du premier questionnaire

Feedback : 3 / 9

Vous êtes 30 experts à participer à cette recherche de consensus.
Voici un feedback de vos réponses au premier questionnaire. Cela vous permettra de prendre connaissance de l'avis des autres participants concernant le parcours du patient en pré, per et post-opératoire.
Il est vraiment important que vous en preniez connaissance afin de voir où votre avis se situe par rapport à celui des autres experts. J'ai bien sûr dû mettre les points repris le plus souvent afin de faire une synthèse de vos réponses.

12 d'entre vous ont réalisé une formation concernant la douleur. Vous êtes donc une majorité à ne pas avoir réalisé de formation spécifique (18).

Vous êtes 15 à trouver que la prise en charge de la douleur post-chirurgicale actuelle est satisfaisante. Pour 10 d'entre vous, elle n'est que moyennement satisfaisante. Si je reprends les points qui ressortent le plus fréquemment de vos réponses pour améliorer cette prise en charge il y a :
- Réaliser une prise en charge personnalisée (adaptation des traitements selon le patient) : 6 personnes
- Former le personnel : 4 personnes
- Etablir un lien avec le médecin traitant au domicile et avoir une infirmière référente "douleur" pour répondre aux questions : 2 personnes
- Eduquer le patient sur sa médication : 2 personnes
- Consultation en subaigu/transitionnel au plus tôt : 2 personnes
- Evaluation de la douleur par le personnel soignant avec une échelle de langage commun : 2 personnes
- Mieux informer les patients : 2 personnes

13 d'entre vous trouvent la prise en charge PREVENTIVE de la douleur chronique post-chirurgicale moyennement satisfaisante et 10 d'entre vous la trouvent peu satisfaisante.
Les points à améliorer ressortis le plus souvent sont :
- Etablir un score prédictif de la douleur post-chirurgicale : 10 personnes
- Informer le patient : 6 personnes
- Formation et éducation du personnel et du médecin traitant : 4 personnes
- Traiter des facteurs de risque tels que l'anxiété en pré-opératoire : 3 personnes
- Diminuer la diversité des prescriptions entre les médecins : 2 personnes
- Développer des consultations subaiguës en post-opératoire : 2 personnes

LA PERIODE PRE-OPERATOIRE :
Les points à ajouter à la prise en charge qui ressortent le plus sont :
- Informer le patient sur sa douleur (écrit et oral) : 3 personnes
- 1 séance avec un psychologue pour voir le risque de chronicisation de la douleur : 2 personnes
- Prendre en compte les interventions précédentes et la gestion de la douleur pour celles-ci pour adapter les traitements : 2 personnes
- Voir un médecin ou infirmier "douleur" pour une prévention avant l'intervention : 2 personnes

Vous êtes une majorité à ne pas connaitre le questionnaire Kalkman (18). Vous êtes aussi 18 à le trouver utile et 26 d'entre vous pensent qu'il devrait être instauré dans la prise en charge.
Vous êtes 11 à trouver que l'anesthésiste devrait le réaliser en consultation pré-opératoire et 8 à trouver que cela devrait être fait par le patient lui-même (livret pré-opératoire).

Vous êtes 23 à trouver qu'une alerte devrait apparaitre dans le preview pour les patients déterminés comme à risque grâce au Kalkman.

Si le patient est à risque, vous trouvez qu'il serait intéressant d'insérer ceci dans la prise en charge :
- Prise en charge psychologique et /ou technique de relaxation : 6 personnes
- En fonction de la chirurgie: kiné en pré-op, adaptation de l'alimentation, homéopathie : 2 personnes
- Passage systématique d'un référent "douleur" avant l'intervention : 2 personnes
- Suivi rapproché par une équipe "douleur" pluridisciplinaire : 2 personnes
- Adaptation de la pré-narcose et de la prise en charge per-opératoire : 2 personnes
- Sensibiliser le personnel soignant sur la manière de parler et d'informer les patients : 2 personnes.

Vous êtes 11 à trouver que pour mettre des actions en place avant la chirurgie, il faut de 10 à moins de 20 jours.

Vous êtes 16 à trouver qu'il est utile pour le patient de prendre des compléments alimentaires avant l'intervention. Les compléments qui ressortent le plus de vos réponses sont :
- Le magnésium : 5 personnes
- La vitamine C : 4 personnes
- La vitamine D : 3 personnes
- L'Algodyn : 3 personnes
- La vitamine B : 2 personnes
- Les Oméga 3 : 2 personnes
- Le curcuma : 2 personnes

EN PERIODE PER-OPERATOIRE :
En plus de l'anesthésie, voici les améliorations que vous proposez à la prise en charge :
Administration ou réalisation de :
-Tramadol : 11 personnes
- Kétamine : 13 personnes
- Anesthésie locale : 20 personnes
- Magnésium : 21 personnes
- Bloc : 22 personnes
- Antidouleurs en per-opératoire : 25 personnes

EN PERIODE POST-OPERATOIRE :
Vous êtes 20 à trouver qu'il n'y a pas d'anti-douleur à proscrire. 2 d'entre vous trouvent qu'il faut proscrire les opioïdes.

Vous êtes 12 à trouver qu'il y a des anti-douleurs à privilégier et 12 à trouver que non. Vous êtes 2 à trouver que cela dépend du patient.

Vous êtes 10 à trouver que des protocoles médicamenteux devraient être instaurés.

Vous êtes 26 à appliquer des traitements non médicamenteux pour soulager la douleur. Les plus fréquents sont :
- La chaleur : 16 personnes
- La glace : 16 personnes
- Les massages : 6 personnes
- La respiration diaphragmatique : 3 personnes
- La communication thérapeutique, l'écoute active : 3 personnes
- L'adaptation positionnelle : 3 personnes
- L'hypnose : 2 personnes

Vous êtes 14 à trouver que les traitements ne sont pas adaptés selon la mobilisation.

Vous êtes 25 à trouver qu'une infirmière référente "douleur" pourrait vous aider en :
- Donnant des conseils aux patients : 23 personnes
- Donnant des conseils aux professionnels : 22 personnes
- Formant le personnel : 20 personnes
- Etant joignable pour les patients à domicile : 13 personnes

Vous êtes 25 à trouver qu'un psychologue devrait être intégré dans la prise en charge préventive de la douleur chronique post-chirurgicale. Vous êtes 14 à trouver que la famille du patient devrait aussi en faire partie. 3 d'entre vous trouvent que l'infirmière référente "douleur" devrait en faire partie. D'autres ont proposé une esthéticienne sociale, un aromathérapeute, un kinésithérapeute.

Vous êtes 15 à connaître l'échelle DN4 et vous êtes 14 à bien vouloir la réaliser. 7 d'entre vous trouvent que c'est une infirmière "douleur" qui devrait s'en charger.

Vous êtes 24 à penser que les patients qui rentrent à domicile n'ont pas les informations nécessaires pour gérer au mieux leur douleur. Vous êtes 19 à trouver que ces informations devraient être données avant le départ du patient à domicile. Vous êtes 11 à trouver que ces informations devraient être données avant et après l'intervention.

Vous êtes 24 à penser que les patients qui rentrent à domicile n'ont pas les informations nécessaires pour gérer au mieux leur douleur. Vous êtes 19 à trouver que ces informations devraient être données avant le départ du patient à domicile. Vous êtes 11 à trouver que ces informations devraient être données avant et après l'intervention.

Les principaux freins que vous avez mis en évidence dans la prise en charge de la douleur et dans la prise en charge préventive de la douleur sont ceux-ci:
- Personnel peu ou non formé : 20 personnes
- Manque de protocoles/procédures : 19 personnes
- Manque de temps : 19 personnes
- Manque de personnel infirmier : 17 personnes
- Personnel pas sensibilisé à la problématique : 17 personnes
- Manque d'infirmier référent : 15 personnes
- Manque d'évaluation de la prise en charge actuelle : 13 personnes
- Manque de médecins: anesthésistes, chirurgiens : 10 personnes

Merci pour votre lecture, vous allez maintenant pouvoir dire si vous êtes d'accord ou non par rapport à tout cela et ajouter des commentaires si cela est nécessaire.

< PAGE PRÉCÉDENTE PAGE SUIVANTE >

<u>Annexe 9</u> : Second questionnaire

Questionnaire 2: La douleur chronique post-chirurgicale à la Clinique CHC Heusy, un protocole de prise en charge préventive multidisciplinaire par la méthode Delphi

Fichiers attachés:
gdpr022_formulaire_de_consentement.pdf

Introduction : 1 / 9

Tout d'abord, je vous remercie pour l'intérêt que vous portez à mon étude.

Rappel de l'objectif de l'étude : Déterminer une prise en charge multidisciplinaire préventive de la chronicisation de la douleur post-chirurgicale. C'est-à-dire, établir un chemin à suivre qui reprend les étapes en pré, per et post-opératoire. Cela dans le but de standardiser, normaliser et améliorer la qualité de la prise en charge préventive de la chronicisation de la douleur chez les patients opérés de chirurgies telles que : les amputations, les chirurgies de la colonne vertébrale, les thoracotomies, les chirurgies mammaires, les herniotomies, les hystérectomies et les arthroplasties.

Délais : Il vous faudra environ 10 minutes pour répondre à ce questionnaire. Vous avez jusqu'au 25 janvier pour compléter celui-ci. Vous recevrez un mail de rappel entre temps si vous n'avez pas encore répondu. Un troisième questionnaire ainsi que le feedback de celui-ci vous seront envoyés début février afin de poursuivre le chemin vers un consensus.

Attention: N'oubliez pas de cliquer sur "soumettre" à la fin du questionnaire.

D'avance je vous remercie pour votre précieuse collaboration.

PAGE SUIVANTE >

Questionnaire 2: La douleur chronique post-chirurgicale à la Clinique CHC Heusy, un protocole de prise en charge préventive multidisciplinaire par la méthode Delphi

Fichiers attachés:
gdpr022_formulaire_de_consentement.pdf

Règlement général de protection des données (RGPD) : 2 / 9

Avant de répondre au questionnaire, nous vous invitons à prendre connaissance du document ci-dessus intitulé "GDPR022 Formulaire de consentement".
De cette façon, vous pourrez donner votre consentement éclairé, c'est-à-dire en toute connaissance de cause en cochant la case ci-dessous.
Cet accord est requis afin d'avoir accès au questionnaire.
En cas de question, vous pouvez bien sûr contacter l'investigatrice par mail.

RGPD *

○ "Je consens au traitement de mes données à caractère personnel tel qu'exposé dans le formulaire de consentement. En cliquant sur ce bouton, j'affirme avoir pris connaissance des modalités de traitements de mes données à caractère personnel et marque mon accord."

Pourriez-vous noter votre adresse mail ci-dessous s'il vous plait? Celle-ci sera utilisée uniquement afin de vous rendre un feedback et de vous envoyer un troisième questionnaire. *

< PAGE PRÉCÉDENTE PAGE SUIVANTE >

Feedback : 3 / 9

Vous êtes 30 experts à participer à cette recherche de consensus.
Voici un feedback de vos réponses au premier questionnaire. Cela vous permettra de prendre connaissance de l'avis des autres participants concernant le parcours du patient en pré, per et post-opératoire.
Il est vraiment important que vous en preniez connaissance afin de voir où votre avis se situe par rapport à celui des autres experts. J'ai bien sûr dû mettre les points repris le plus souvent afin de faire une synthèse de vos réponses.

12 d'entre vous ont réalisé une formation concernant la douleur. Vous êtes donc une majorité à ne pas avoir réalisé de formation spécifique (18).

Vous êtes 15 à trouver que la prise en charge de la douleur post-chirurgicale actuelle est satisfaisante. Pour 10 d'entre vous, elle n'est que moyennement satisfaisante. Si je reprends les points qui ressortent le plus fréquemment de vos réponses pour améliorer cette prise en charge il y a :
- Réaliser une prise en charge personnalisée (adaptation des traitements selon le patient) : 6 personnes
- Former le personnel : 4 personnes
- Etablir un lien avec le médecin traitant au domicile et avoir une infirmière référente "douleur" pour répondre aux questions : 2 personnes
- Eduquer le patient sur sa médication : 2 personnes
- Consultation en subaigu/transitionnel au plus tôt : 2 personnes
- Evaluation de la douleur par le personnel soignant avec une échelle de langage commun : 2 personnes
- Mieux informer les patients : 2 personnes

13 d'entre vous trouvent la prise en charge PREVENTIVE de la douleur chronique post-chirurgicale moyennement satisfaisante et 10 d'entre vous la trouvent peu satisfaisante.
Les points à améliorer ressortis le plus souvent sont :
- Etablir un score prédictif de la douleur post-chirurgicale : 10 personnes
- Informer le patient : 6 personnes
- Formation et éducation du personnel et du médecin traitant : 4 personnes
- Traiter des facteurs de risque tels que l'anxiété en pré-opératoire : 3 personnes
- Diminuer la diversité des prescriptions entre les médecins : 2 personnes
- Développer des consultations subaiguës en post-opératoire : 2 personnes

LA PERIODE PRE-OPERATOIRE :
Les points à ajouter à la prise en charge qui ressortent le plus sont :
- Informer le patient sur sa douleur (écrit et oral) : 3 personnes
- 1 séance avec un psychologue pour voir le risque de chronicisation de la douleur : 2 personnes
- Prendre en compte les interventions précédentes et la gestion de la douleur pour celles-ci pour adapter les traitements : 2 personnes
- Voir un médecin ou infirmier "douleur" pour une prévention avant l'intervention : 2 personnes

Vous êtes une majorité à ne pas connaitre le questionnaire Kalkman (18). Vous êtes aussi 18 à le trouver utile et 26 d'entre vous pensent qu'il devrait être instauré dans la prise en charge.
Vous êtes 11 à trouver que l'anesthésiste devrait le réaliser en consultation pré-opératoire et 8 à trouver que cela devrait être fait par le patient lui-même (livret pré-opératoire).

Vous êtes 23 à trouver qu'une alerte devrait apparaitre dans le preview pour les patients déterminés comme à risque grâce au Kalkman.

Si le patient est à risque, vous trouvez qu'il serait intéressant d'insérer ceci dans la prise en charge :
- Prise en charge psychologique et /ou technique de relaxation : 6 personnes
- En fonction de la chirurgie: kiné en pré-op, adaptation de l'alimentation, homéopathie : 2 personnes
- Passage systématique d'un référent "douleur" avant l'intervention : 2 personnes
- Suivi rapproché par une équipe "douleur" pluridisciplinaire : 2 personnes
- Adaptation de la pré-narcose et de la prise en charge per-opératoire : 2 personnes
- Sensibiliser le personnel soignant sur la manière de parler et d'informer les patients : 2 personnes.

Vous êtes 11 à trouver que pour mettre des actions en place avant la chirurgie, il faut de 10 à moins de 20 jours.

Vous êtes 16 à trouver qu'il est utile pour le patient de prendre des compléments alimentaires avant l'intervention. Les compléments qui ressortent le plus de vos réponses sont :
- Le magnésium : 5 personnes
- La vitamine C : 4 personnes
- La vitamine D : 3 personnes
- L'Algodyn : 3 personnes
- La vitamine B : 2 personnes
- Les Oméga 3 : 2 personnes
- Le curcuma : 2 personnes

EN PERIODE PER-OPERATOIRE :
En plus de l'anesthésie, voici les améliorations que vous proposez à la prise en charge :
Administration ou réalisation de :
-Tramadol : 11 personnes
- Kétamine : 13 personnes
- Anesthésie locale : 20 personnes
- Magnésium : 21 personnes
- Bloc : 22 personnes
- Antidouleurs en per-opératoire : 25 personnes

EN PERIODE POST-OPERATOIRE :
Vous êtes 20 à trouver qu'il n'y a pas d'anti-douleur à proscrire. 2 d'entre vous trouvent qu'il faut proscrire les opioïdes.

Vous êtes 12 à trouver qu'il y a des anti-douleurs à privilégier et 12 à trouver que non. Vous êtes 2 à trouver que cela dépend du patient.

Vous êtes 10 à trouver que des protocoles médicamenteux devraient être instaurés.

Vous êtes 26 à appliquer des traitements non médicamenteux pour soulager la douleur. Les plus fréquents sont :
- La chaleur : 16 personnes
- La glace : 16 personnes
- Les massages : 6 personnes
- La respiration diaphragmatique : 3 personnes
- La communication thérapeutique, l'écoute active : 3 personnes
- L'adaptation positionnelle : 3 personnes
- L'hypnose : 2 personnes

Vous êtes 14 à trouver que les traitements ne sont pas adaptés selon la mobilisation.

Vous êtes 25 à trouver qu'une infirmière référente "douleur" pourrait vous aider en :
- Donnant des conseils aux patients : 23 personnes
- Donnant des conseils aux professionnels : 22 personnes
- Formant le personnel : 20 personnes
- Etant joignable pour les patients à domicile : 13 personnes

Vous êtes 25 à trouver qu'un psychologue devrait être intégré dans la prise en charge préventive de la douleur chronique post-chirurgicale. Vous êtes 14 à trouver que la famille du patient devrait aussi en faire partie. 3 d'entre vous trouvent que l'infirmière référente "douleur" devrait en faire partie. D'autres ont proposé une esthéticienne sociale, un aromathérapeute, un kinésithérapeute.

Vous êtes 15 à connaître l'échelle DN4 et vous êtes 14 à bien vouloir la réaliser. 7 d'entre vous trouvent que c'est une infirmière "douleur" qui devrait s'en charger.

Vous êtes 24 à penser que les patients qui rentrent à domicile n'ont pas les informations nécessaires pour gérer au mieux leur douleur. Vous êtes 19 à trouver que ces informations devraient être données avant le départ du patient à domicile. Vous êtes 11 à trouver que ces informations devraient être données avant et après l'intervention.

Vous êtes 24 à penser que les patients qui rentrent à domicile n'ont pas les informations nécessaires pour gérer au mieux leur douleur. Vous êtes 19 à trouver que ces informations devraient être données avant le départ du patient à domicile. Vous êtes 11 à trouver que ces informations devraient être données avant et après l'intervention.

Les principaux freins que vous avez mis en évidence dans la prise en charge de la douleur et dans la prise en charge préventive de la douleur sont ceux-ci:
- Personnel peu ou non formé : 20 personnes
- Manque de protocoles/procédures : 19 personnes
- Manque de temps : 19 personnes
- Manque de personnel infirmier : 17 personnes
- Personnel pas sensibilisé à la problématique : 17 personnes
- Manque d'infirmier référent : 15 personnes
- Manque d'évaluation de la prise en charge actuelle : 13 personnes
- Manque de médecins: anesthésistes, chirurgiens : 10 personnes

Merci pour votre lecture, vous allez maintenant pouvoir dire si vous êtes d'accord ou non par rapport à tout cela et ajouter des commentaires si cela est nécessaire.

< PAGE PRÉCÉDENTE PAGE SUIVANTE >

Questionnaire 2: La douleur chronique post-chirurgicale à la Clinique CHC Heusy, un protocole de prise en charge préventive multidisciplinaire par la méthode Delphi

Fichiers attachés:

gdpr022 formulaire de consentement.pdf

Questions générales : 4 / 9

Quelle est votre profession?

- ◯ Chirurgien
- ◯ Anesthésiste
- ◯ Infirmier
- ◯ Kinésithérapeute
- ◯ Médecin

Dans quelle(s) institution(s) travaillez-vous?

- ☐ A la Clinique CHC d'Heusy
- ☐ A la Clinique CHC du MontLégia
- ☐ Au CHA de Libramont
- ☐ A l'Hôpital d'Arlon : Vivalia
- ☐ Autre

< PAGE PRÉCÉDENTE PAGE SUIVANTE >

Période pré-opératoire : 5 / 9

Prise en charge en pré-opératoire (merci de cocher "d'accord" ou "pas d'accord" et de mettre un commentaire sous le tableau si vous n'êtes pas d'accord)

	D'accord	Pas d'accord
Prise en charge actuelle : Le patient est vu par le chirurgien : diagnostic posé et opération fixée. Le patient est vu ou appelé par l'anesthésiste : bilan des antécédents, traitements à arrêter... Le patient est vu ou appelé par l'infirmière de pré-hospitalisation. Le patient entre dans le service le jour de l'intervention ou le jour avant. Le patient est installé, identitovigilance, mise en place des bracelets, prise des paramètres, anamnèse réalisée, mesure des jambes si bas de contention prescrits, tonte, ... La pré-narcose est administrée au patient dans le service d'hospitalisation. Ces étapes vont être quelque peu modifiées puisque les patients seront bientôt accueillis par l'infirmière de l'Unité d'accueil pré-opératoire (UAPO).	○	○
Réaliser de la prévention de manière systématique	○	○
Consultation pré-opératoire avec une infirmière référente "douleur"	○	○
Faire une anamnèse bio-psycho-sociale et éviter de standardiser les traitements	○	○
Réalisation du questionnaire Kalkman par l'anesthésiste	○	○
Réalisation du questionnaire Kalkman par le patient lui même (livret pré-op)	○	○
Alerte dans le preview pour les patients dits "à risques"	○	○
Rediscuter de l'indication opératoire en fonction de l'importance du risque	○	○
Informer le patient et éducation sur sa médication	○	○
Discuter avant la chirurgie de la façon dont le patient doit parler de sa douleur au cours de l'hospitalisation (pas de gêne, délais d'action des traitements, ...)	○	○
Consignes données par les kinésithérapeutes pour la mobilisation, respiration	○	○
Explication de certaines consignes concernant le post-op: comment se lever, tousser, etc)	○	○
Adaptation de la nutrition et prise de compléments alimentaires	○	○
Repérer et prendre en charge le catastrophisme avant l'intervention	○	○
Traiter l'anxiété en pré-op	○	○
Visite chez le psychologue avant l'intervention si nécessaire	○	○
Techniques de relaxation en pré-op, relationnel en plus de la prémédication	○	○
Voir les anti-douleurs déjà pris en pré-op pour des douleurs autres que chirurgicales pour adapter les traitements post-op	○	○
Reconditionnement physique avant l'intervention	○	○
Prise en charge pré-op par un service de revalidation pour une bonne préparation physique	○	○
Anesthésie locorégionale, bloc systématique en pré-op	○	○
Lors de la consultation avec le chirurgien : discussion des potentielles douleurs post-opératoires aiguës et du risque de chronicité	○	○
Voir le chirurgien juste avant l'intervention pour limiter le stress et poser des questions	○	○
Evaluer la douleur avant la chirurgie (score de départ)	○	○
Pré-op adapté en fonction de la chirurgie (kinésithérapeute, alimentation, homéopathie)	○	○
Pré-narcose d'office	○	○
Adapter la pré-narcose et la prise en charge pré-op au patient	○	○

	D'accord	Pas d'accord
Prendre un délai de 10 à moins de 20 jours entre la consultation avec l'anesthésiste et l'opération pour une préparation du patient (prescriptions, ...)		
Augmentation du personnel en pré-opératoire		
Médecine douce : phytothérapie, aromathérapie, gemmothérapie		
Gabapentine, prégabaline (Lyrica) en pré-opératoire		
Gestion optimale de la douleur en pré-opératoire		

Vos commentaires

Compléments alimentaires à instaurer en pré-opératoire (merci de cocher "d'accord" ou "pas d'accord" et de mettre un commentaire sous le tableau si vous n'êtes pas d'accord)

	D'accord	Pas d'accord
En fonction de la chirurgie programmée		
Algodyn : indiqué en cas d'hypersensibilité post-traumatique et post-opératoire (vitamine C, curcuma, huile essentielle de clou de girofle, N-acétyl-L-cystéine, etc)		
Vitamine C		
Vitamine D		
Vitamine B		
Magnésium		
Oméga 3		
Curcuma		
Frésubin		
Selon un avis diététique		
Calcium		
NAC : N-acétyl cystéine : Lysomucil		
Médecine douce : phytothérapie, gemmothérapie, aromathérapie		

Vos commentaires

< PAGE PRÉCÉDENTE PAGE SUIVANTE >

Période per-opératoire : 6 / 9

Prise en charge en per-opératoire (merci de cocher "d'accord" ou "pas d'accord" et de mettre un commentaire sous le tableau si vous n'êtes pas d'accord)

	D'accord	Pas d'accord
Anti-douleurs per-opératoires	○	○
Bloc	○	○
Anesthésie locale	○	○
Kétamine	○	○
Magnésium	○	○
Tramadol	○	○
Analgésie multimodale : combinaison de différents produits	○	○
Eviter les morphiniques en per-opératoire	○	○
Anti-hyperanalgésiques : Kétamine, Catapressan, Magnésium	○	○

Vos commentaires

< PAGE PRÉCÉDENTE PAGE SUIVANTE >

Période post-opératoire : 7 / 9

Prise en charge en post-opératoire (merci de cocher "d'accord" ou "pas d'accord" et de mettre un commentaire sous le tableau si vous n'êtes pas d'accord)

	D'accord	Pas d'accord
Au niveau des traitements médicamenteux : Salle de réveil : Prescriptions médicales de traitements par l'anesthésiste en "si nécessaire" (Dipidolor titré, Perfusalgan, ...). Retour dans le service : Prescriptions médicales de traitements d'office par l'anesthésiste selon le patient, l'intervention, etc (par exemple : Perfusalgan, Arcoxia, Ibuprofène, coktail d'anti-douleurs en intra-veineux : Tradonal, Litican, Magnésium, PCA ...). Médicaments prescrits en "si nécessaire" (Oxynorm, Tradonal + Litican) en fonction du patient. Le patient est revu chaque jour post-opératoire par l'anesthésiste qui adapte les traitements en fonction de l'état du patient (ex : passage des traitements intra-veineux en traitements per os, ...). Des traitements sont parfois administrés avant la mobilisation avec le kinésithérapeute. Le chirurgien prescrit des traitements anti-douleurs que le patient ira chercher à la pharmacie quand il sortira de l'hôpital.	○	○
Au niveau de l'évaluation de la douleur : Évaluation de la douleur dès le retour en chambre. Explication au patient qu'il peut sonner, appeler s'il a des douleurs pour prévenir le personnel. Evaluation de la douleur à chaque tour (8h-12h-15h-19h-22h-24h-5h). Utilisation de l'échelle : EN (échelle numérique).	○	○
Limiter les anti-douleurs en "si nécessaire" car c'est trop "soignant-dépendant"	○	○
Prise en charge personnalisée : adapter les traitements selon le patient	○	○
Anti-douleurs à la demande	○	○
Traitements prescrits d'office et traitements prescrits en "si nécessaire" selon le patient	○	○
Adaptation des traitements selon l'évaluation de la douleur	○	○
AINS en aigu	○	○
Eviter trop de morphiniques et favoriser les AINS pour une courte durée pour diminuer la réaction inflammatoire locale	○	○
Anticiper la douleur par des anti-douleurs per os avant le retrait des perfusions	○	○
Analgésie multimodale	○	○
Lyrica en post-opératoire 2 ou 3 jours pour les patients à risque	○	○
Evaluation du schéma antalgique : efficace?	○	○
Tenir compte de l'évaluation de la douleur en pré-op (seuil de douleur du patient)	○	○
Adapter l'échelle d'évaluation de la douleur au patient	○	○
Améliorer l'évaluation de la douleur : échelle de langage commun pas exemple EVA	○	○
Protocole de gestion de la douleur uniforme	○	○
Consultation en subaigu/transitionnel au plus tôt (centre de la douleur)	○	○
Lien avec le médecin traitant au retour à domicile	○	○
Traitements prescrits pour le domicile parfois insuffisants	○	○
Infirmière référente "douleur" pour répondre aux questions du patient (passage systématique après l'intervention)	○	○
Suivi plus précis des patients opérés qui présentent des signes de chronicisation précoce	○	○
Vérification systématique des cordons à 3 semaines et si présence de douleur, prescription de vitamine B et d'AINS et revoir le patient à 3 mois pour voir son évolution	○	○
Si problème de douleur après 3 mois, rendez-vous en clinique de la douleur	○	○
Suivi pluridisciplinaire	○	○

Suivi rapproché par une équipe "douleur" multidisciplinaire	○	○
Revoir les patients à risque et suivi de ceux-ci	○	○
Kinésithérapeute : respiration, mobilisation, etc	○	○
Questionnaire DN4 à faire par une infirmière référente "douleur"	○	○
Médecine douce	○	○
Kinésithérapeute en externe	○	○

Commentaires

< PAGE PRÉCÉDENTE PAGE SUIVANTE >

Adaptation des traitements : 8 / 9

Anti-douleurs à proscrire (merci de cocher "d'accord" ou "pas d'accord" et de mettre un commentaire sous le tableau si vous n'êtes pas d'accord)

	D'accord	Pas d'accord
Morphine, opioïdes	○	○
Tramadol car beaucoup d'intolérances	○	○
AINS en fonction des contre-indications	○	○
Selon le patient (allergie, tolérance)	○	○

Commentaires

Anti-douleurs à privilégier (merci de cocher "d'accord" ou "pas d'accord" et de mettre un commentaire sous le tableau si vous n'êtes pas d'accord)

	D'accord	Pas d'accord
Algodyn	○	○
Vitamine D	○	○
Vitamine C	○	○
Oméga 3	○	○
Médicaments pour les douleurs neuropathiques (ex : Lyrica, Gabapentine)	○	○
Paracétamol et AINS	○	○
Magnésium	○	○
Caféine	○	○
Dérivés morphiniques si bien tolérés	○	○
Anti-hyperanalgésiant	○	○
AINS	○	○
Adapté selon le patient	○	○
Oxynorm	○	○
Analgésie multimodale	○	○
Pour la hernie : analgésie de première ligne et AINS 48h	○	○
Médecine douce : Phytothérapie, gemmothérapie	○	○

Vos commentaires

Protocoles à instaurer (merci de cocher "d'accord" ou "pas d'accord" et de mettre un commentaire sous le tableau si vous n'êtes pas d'accord)

	D'accord	Pas d'accord
Si prise en charge difficile pour l'équipe, faire appel à l'équipe d'algologie		
Différents paliers d'anti-douleurs mais utiliser les mêmes		
PCA (Patient controlled analgesia ou Analgésie contrôlée par le patient)		
Ligne de conduite reproductible en fonction de l'intensité de la douleur et des effets secondaires		
Protocole établi pour certaines chirurgies spécifiques		
Un protocole d'anti-douleurs post-opératoire pour chaque chirurgie		
Suivre les schémas de la PMI		
Utilisation de PCA et de Kétamine		
Protocole avec un objectif de sevrage des anti-douleurs		
Des protocoles sous forme d'algorythme (selon l'Acute Pain Service)		
Protocole qui reprend les demandes du médecin		
Révision d'itinéraire clinique		

Commentaires

Traitements non médicamenteux à adopter (merci de cocher "d'accord" ou "pas d'accord" et de mettre un commentaire sous le tableau si vous n'êtes pas d'accord)

	D'accord	Pas d'accord
Massage		
Chaleur		
Glace		
Travail respiratoire diaphragmatique		
Hypnose/auto-hypnose		
Adaptation positionnelle		
Coussin		
Approche pluridisciplinaire (kiné, psy, etc)		
Relaxation		
Communication thérapeutique, écoute active		
Sac de sable sur la suture		
Gym posturale, stretching		
Hydrothérapie		
Hippothérapie		
Musique		
Huiles essentielles		

Huiles essentielles	○	○
Réflexologie plantaire	○	○
Kiné et ergothérapeute	○	○

Commentaires

Adaptation des traitements selon la mobilisation (merci de cocher "d'accord" ou "pas d'accord" et de mettre un commentaire sous le tableau si vous n'êtes pas d'accord)

	D'accord	Pas d'accord
Mobilisation douce avant la marche pour s'échauffer	○	○
Prévoir les anti-douleurs avant la mobilisation des patients	○	○
Passage rapide au per os permet une mobilisation plus rapide	○	○
Education d'épargne des zones concernées	○	○
Prise des anti-douleurs le matin en prévention des soins ou de la kiné + possibilité de prendre 1h avant l'activité douloureuse	○	○
Collaboration kinésithérapeute et soignant	○	○
Voir les activités que le patient a envie de reprendre	○	○
Anticipation (idéal : 30 minutes avant la kiné)	○	○

Commentaires

< PAGE PRÉCÉDENTE PAGE SUIVANTE >

Amélioration de la prise en charge : 9 / 9

Améliorations à apporter à la prise en charge (merci de cocher "d'accord" ou "pas d'accord" et de mettre un commentaire sous le tableau si vous n'êtes pas d'accord)

	D'accord	Pas d'accord
Augmentation du personnel	○	○
Formation du personnel	○	○
Protocole de fast-track : "réhabilitation rapide"	○	○
Informer les patients avant l'intervention, après et avant le retour à domicile	○	○
Travailler avec des protocoles de prise en charge	○	○
Etablir des protocoles par chirurgie (suivre les guidelines)	○	○
Inclure les paramédicaux (ex : kinésithérapeute)	○	○
Analgésie multimodale	○	○
Réaliser une prise en charge systématique quel que soit le médecin responsable	○	○
Former et éduquer le personnel et le médecin traitant	○	○
Diminuer la diversité dans les prescriptions (médecins-dépendants)	○	○
Techniques chirurgicales moins invasives	○	○
Systématiser la prévention de la douleur chronique	○	○
Etablir la "stratégie d'anesthésie" à respecter par l'anesthésiste qui prendra le patient en charge	○	○
Sensibiliser le personnel à la manière d'informer les patients	○	○
Ajouter la notion de confort à la prise en charge	○	○
Prendre en compte les données bio-psycho-sociales	○	○
Evaluer la prise en charge actuelle	○	○
Manque d'infirmier référent "douleur"	○	○
Sensibiliser le personnel à la problématique	○	○
Manque de médecins: anesthésistes et chirurgiens	○	○
Manque de temps	○	○
Manque de matériel	○	○
Manque de protocoles/procédures	○	○
Introduire un psychologue dans la prise en charge	○	○
Introduire la famille du patient dans la prise en charge	○	○
Impliquer la direction médicale et infirmière : un patient qui n'a pas mal reste probablement moins longtemps hospitalisé et donc améliore la durée de séjour	○	○
Plus d'implication du personnel concernant cette problématique	○	○

Commentaires

Je vous remercie pour l'attention que vous portez à mon étude ainsi que pour vos réponses à ce questionnaire.
Bonne journée.

< PAGE PRÉCÉDENTE SOUMETTRE

Annexe 10 : Feedback du second questionnaire

FEEDBACK du 2ème questionnaire			
Période pré-opératoire			
	D'accord	Pas d'accord	Pas répondu
Prise en charge actuelle : Le patient est vu par le chirurgien : diagnostic posé et opération fixée. Le patient est vu ou appelé par l'anesthésiste : bilan des antécédents, traitements à arrêter… Le patient est vu ou appelé par l'infirmière de pré-hospitalisation. Le patient entre dans le service le jour de l'intervention ou le jour avant. Le patient est installé, identitovigilance, mise en place des bracelets, prise des paramètres, anamnèse réalisée, mesure des jambes si des bas de contention sont prescrits, tonte, … La pré-narcose es administrée au patient dans le service d'hospitalisation. Ces étapes vont être quelques peu modifiées puisque les patients seront bientôt accueillis par l'infirmière de l'Unité d'Accueil Pré-Opératoire (UAPO)	16	0	5
Réaliser de la prévention de manière systématique	15	6	0
Consultation pré-opératoire avec une infirmière référente « douleur »	13	7	1
Faire une anamnèse bio-psycho-sociale et éviter de standardiser les traitements	19	2	0
Réalisation du questionnaire Kalkman par l'anesthésiste	16	4	1
Réalisation du questionnaire Kalkman par le patient lui-même (livret pré-op)	11	10	0
Alerte dans le preview pour les patients dit « à risque »	19	2	0
Rediscuter de l'indication opératoire en fonction de l'importance du risque	18	1	2
Informer le patient et éducation sur sa médication	21	0	0
Discuter avant la chirurgie de la façon dont le patient doit parler de sa douleur au cours de l'hospitalisation (pas de gêne, délais d'action des traitements, …)	21	0	0
Consignes données par les kinésithérapeutes pour la mobilisation, respiration	20	1	0
Explication de certaines consignes concernant le post-op : comment se lever, tousser, etc	21	0	0
Adaptation de la nutrition et prise de compléments alimentaires	19	1	1
Repérer et prendre en charge le catastrophisme avant l'intervention	18	1	2

Traiter l'anxiété en pré-op	20	1	0
Visite chez le psychologue avant l'intervention si nécessaire	18	3	0
Techniques de relaxation en pré-op, relationnel en plus de la prémédication	16	5	0
Voir les anti-douleurs déjà pris en pré-op pour des douleurs autres que chirurgicales pour adapter les traitements post-op	21	0	0
Reconditionnement physique avant l'intervention	14	6	1
Prise en charge pré-op par un service de revalidation pour une bonne préparation physique	9	12	0
Anesthésie locorégionale, bloc systématique en pré-op	19	1	1
Lors de consultation avec le chirurgien : discussion des potentielles douleurs post-opératoires aiguës et du risque de chronicité	20	1	0
Voir le chirurgien juste avant l'intervention pour limiter le stress et poser des questions	17	3	1
Evaluer la douleur avant la chirurgie (score de départ)	20	1	0
Pré-op adapté en fonction de la chirurgie (kinésithérapeute, alimentation, homéopathie)	19	0	2
Pré-narcose d'office	6	13	2
Adapter la pré-narcose et la prise en charge pré-op au patient	20	0	1
Prendre un délai de 10 à moins de 20 jours entre la consultation avec l'anesthésiste et l'opération pour une préparation du patient (prescriptions, …)	15	5	1
Augmentation du personnel en pré-opératoire	16	3	2
Médecine douce : phytothérapie, aromathérapie, gemmothérapie	14	6	1
Gabapentine, prégabaline (Lyrica) en pré-opératoire	10	10	1
Gestion optimale de la douleur en pré-opératoire	20	1	0

Compléments alimentaires			
En fonction de la chirurgie programmée	17	0	4
Algodyn	15	2	4
Vitamine C	10	3	8
Vitamine D	8	5	8
Vitamine B	8	4	9
Magnésium	13	2	6
Oméga 3	7	6	8
Curcuma	7	5	9
Frésubin	5	6	10
Selon un avis diététique	7	4	10
Calcium	4	6	11
NAC : N-acétyl cystéine : Lysomucil	10	5	6
Médecine douce : phytothérapie, gemmothérapie, aromathérapie	9	5	7
Prise en charge per-opératoire			
Anti-douleurs per-opératoires	18	0	3
Bloc	18	0	3
Anesthésie locale	16	1	4
Kétamine	15	1	5
Magnésium	16	0	5
Tramadol	12	3	6
Analgésie multimodale : combinaison de différents produits	17	0	4
Eviter les morphiniques en per-opératoire	10	6	5
Anti-hyperalgiques : Kétamine, Catapressan, Magnésium	14	1	6

Prise en charge post-opératoire			
Au niveau des traitements médicamenteux : salle de réveil : Prescriptions médicales de traitements par l'anesthésiste en « si nécessaire » (Dipidolor titré, Perfusalgan, …). Retour dans le service : prescriptions médicales de traitements d'office par l'anesthésiste selon le patient, l'intervention, etc (par exemple : Perfusalgan, Arcoxia, Ibuprofène, coktail d'anti-douleurs en intra-veineux : Tradonal, Litican, Magnésium, PCA, …) Médicaments prescrits en « si nécessaire » (Oxynorm, Tradonal + Litican) en fonction du patient. Le patient est revu chaque jour post-opératoire par l'anesthésiste qui adapte les traitements en fonction de l'état du patient (ex : passage des traitements intra-veineux en traitements per os, …) Des traitements sont parfois administrés avant la mobilisation avec le kinésithérapeute. Le chirurgien prescrit des traitements anti-douleurs que le patient ira chercher à la pharmacie quand il sortira de l'hôpital.	18	1	2
Au niveau de l'évaluation de la douleur : Evaluation de la douleur dès le retour en chambre. Explication au patient qu'il peut sonner, appeler s'il a des douleurs pour prévenir le personnel. Evaluation de la douleur à chaque tour. Utilisation d'une échelle : EN (Echelle Numérique).	18	2	1
Limiter les anti-douleurs en « si nécessaire » car c'est trop « soignant-dépendant »	8	10	3
Prise en charge personnalisée : adapter les traitements selon le patient	20	0	1
Anti-douleurs à la demande	15	4	3
Traitements prescrits d'office et traitements prescrits en « si nécessaire » selon le patient	15	2	4
Adaptation des traitements selon l'évaluation de la douleur	20	0	1
AINS en aigu	15	3	3
Eviter trop de morphiniques et favoriser les AINS pour une courte durée pour diminuer la réaction inflammatoire locale	13	3	5
Anticiper la douleur par des anti-douleurs per os avant le retrait des perfusions	18	2	1
Analgésie multimodale	18	0	3
Lyrica en post-opératoire 2 ou 3 jours pour les patients à risque	12	4	5
Evaluation du schéma antalgique : efficace?	16	0	5

Tenir compte de l'évaluation de la douleur en pré-op (seuil de douleur du patient)	19	0	2
Adapter l'échelle d'évaluation de la douleur au patient	18	0	3
Améliorer l'évaluation de la douleur : échelle de langage commun par exemple l'EVA	17	0	4
Protocole de gestion de la douleur uniforme	11	6	4
Consultation en subaigu/transitionnel au plus tôt (centre de la douleur)	13	3	5
Lien avec le médecin traitant au retour à domicile	18	1	2
Traitements prescrits au domicile parfois insuffisants	13	6	2
Infirmière référente « douleur » pour répondre aux questions du patient (passage systématique après l'intervention)	16	4	1
Suivi plus précis des patients opérés qui présentent des signes de chronicisation précoce	18	1	2
Vérification systématique des cordons à 3 semaines et si présence de douleur, prescription de vitamine B et d'AINS et revoir le patient à 3 mois pour voir son évolution	10	7	4
Si douleur après 3 mois, rendez-vous en centre de la douleur	18	2	2
Suivi pluridisciplinaire	15	5	1
Suivi rapproché par l'équipe « douleur » multidisciplinaire	13	4	4
Revoir les patients à risque et suivi de ceux-ci	17	2	2
Kinésithérapie : respiration, mobilisation, etc	17	1	3
Questionnaire DN4 à faire par une infirmière référente « douleur »	15	1	5
Médecine douce	16	1	4
Kinésithérapeute en externe	17	3	1
Anti-douleurs à proscrire			
Morphine, opioïdes	5	7	9
Tramadol car beaucoup d'intolérances	5	9	7
AINS en fonction des contre-indications	7	7	7
Selon le patient (allergie, tolérance)	16	0	5

Anti-douleurs à privilégier			
Algodyn	13	1	7
Vitamine D	8	4	9
Vitamine C	10	4	7
Oméga 3	9	4	8
Médicaments pour les douleurs neuropathiques (ex : Lyrica, Gabapentine)	12	2	7
Paracétamol et AINS	17	0	4
Magnésium	16	0	5
Caféine	7	6	8
Dérivés morphiniques si bien tolérés	14	2	5
Anti-hyperalgiques	11	1	9
AINS	15	1	5
Adaptés selon le patient	15	0	6
Oxynorm	12	4	5
Analgésie multimodale	16	0	5
Pour la hernie : analgésie de première ligne et AINS 48h	14	1	6
Médecine douce : phytothérapie, gemmothérapie	9	4	8
Protocole à instaurer			
Si prise en charge difficile pour l'équipe, faire appel à l'équipe d'algologie	20	0	1
Différents paliers d'anti-douleurs mais utiliser les mêmes	11	5	5
PCA (Patient Controlled Analgesia ou analgésie contrôlée par le patient)	19	1	1
Ligne de conduite reproductible en fonction de l'intensité de la douleur et des effets secondaires	15	2	4
Protocole établi pour certaines chirurgies spécifiques	18	0	3
Un protocole d'anti-douleurs post-opératoire pour chaque chirurgie	14	5	2
Suivre les schémas de la PMI	12	3	6

Utilisation de PCA et de Kétamine	13	2	6
Protocole avec un objectif de sevrage des anti-douleurs	15	1	5
Des protocoles sous forme d'algorithme (selon l'Acute Pain Service)	14	2	5
Protocole qui reprend les demandes du médecin	14	2	5
Révision d'itinéraire clinique	17	0	4
Traitements non médicamenteux à adopter			
Massage	16	2	3
Chaleur	13	6	2
Glace	19	1	1
Travail respiratoire diaphragmatique	14	2	5
Hypnose/auto-hypnose	17	0	4
Adaptation positionnelle	17	0	4
Coussin	17	0	4
Approche pluridisciplinaire (kiné, psy, etc)	18	0	3
Relaxation	16	0	5
Communication thérapeutique, écoute active	16	0	5
Sac de sable sur la suture	13	4	4
Gym posturale, stretching	12	2	7
Hydrothérapie	12	2	7
Hippothérapie	9	6	6
Musique	14	0	7
Huiles essentielles	14	1	6
Réflexologie plantaire	14	1	6
Kiné et ergothérapeute	18	1	2

Adaptation des traitements selon la mobilisation			
Mobilisation douce avant la marche pour s'échauffer	17	3	1
Prévoir les anti-douleurs avant la mobilisation des patients	18	2	1
Passage rapide au per os permet une mobilisation plus rapide	16	4	1
Education d'épargne des zones concernées	15	4	2
Prise des anti-douleurs le matin en prévention des soins ou de la kiné et possibilité de prendre 1h avant l'activité douloureuse	17	3	1
Collaboration kinésithérapeute et soignant	19	1	1
Voir les activités que le patient a envie de reprendre	15	4	2
Anticipation (idéal : 30 minutes avant la kiné)	13	4	4
Améliorations à apporter à la prise en charge			
Augmentation du personnel	18	1	2
Formation du personnel	19	0	2
Protocole de fast-track : « réhabilitation rapide »	14	4	5
Informer les patients avant l'intervention, après et avant le retour à domicile	19	0	2
Travailler avec des protocoles de prise en charge	18	1	2
Etablir des protocoles par chirurgie (suivre des guidelines)	17	2	2
Inclure les paramédicaux (ex : kinésithérapeute)	18	1	2
Analgésie multimodale	17	0	4
Réaliser une prise en charge systématique quel que soit le médecin responsable	16	3	2
Former et éduquer le personnel et le médecin traitant	17	1	3
Diminuer la diversité dans les prescriptions (médecins-dépendants)	16	2	3
Techniques chirurgicales moins invasives	15	3	3
Systématiser la prévention de la douleur chronique	18	0	3
Etablir la « stratégie d'anesthésie » à respecter par l'anesthésiste qui prendra le patient en charge	17	0	4
Sensibiliser le personnel à la manière d'informer les patients	18	0	3

Ajouter la notion de confort à la prise en charge	19	0	2
Prendre en compte les données bio-psycho-sociales	18	0	3
Evaluer la prise en charge actuelle	18	0	3
Manque d'infirmiers référents « douleur »	17	1	3
Sensibiliser le personnel à la problématique	18	0	3
Manque de médecins : anesthésistes et chirurgiens	12	7	2
Manque de temps	16	3	2
Manque de matériel	11	7	3
Manque de protocoles/procédures	14	3	4
Introduire un psychologue dans la prise en charge	12	5	4
Introduire la famille du patient dans la prise en charge	13	4	4
Impliquer la direction médicale et infirmière : un patient qui n'a pas mal reste probablement moins longtemps hospitalisé et donc améliore la durée de séjour	15	3	3
Plus d'implication du personnel concernant cette problématique	16	2	3

<u>Annexe 11</u> : Troisième questionnaire

Questionnaire 3 : La douleur chronique post-chirurgicale à la Clinique CHC Heusy, un protocole de prise en charge préventive multidisciplinaire par la méthode Delphi

Fichiers attachés:

gdpr022_formulaire_de_consentement.pdf
feedback_du_2eme_questionnaire_pdf.pdf
consensus_de_prise_en_charge_preventive_de_la_douleur_post-chirurgicale_pdf.pdf

Introduction : 1 / 8

Tout d'abord, je vous remercie pour l'intérêt que vous portez à mon étude.

Rappel de l'objectif de l'étude : Déterminer une prise en charge multidisciplinaire préventive de la chronicisation de la douleur post-chirurgicale. C'est-à-dire, établir un chemin à suivre qui reprend les étapes en pré, per et post-opératoire. Cela dans le but de standardiser, normaliser et améliorer la qualité de la prise en charge préventive de la chronicisation de la douleur chez les patients opérés de chirurgies telles que : les amputations, les chirurgies de la colonne vertébrale, les thoracotomies, les chirurgies mammaires, les herniotomies, les hystérectomies et les arthroplasties.

Délais : Il vous faudra environ 10 minutes pour répondre à ce questionnaire. Vous avez jusqu'au 1er mars pour compléter celui-ci. Vous recevrez un mail de rappel entre temps si vous n'avez pas encore répondu.

Attention : N'oubliez pas de cliquer sur "soumettre" à la fin du questionnaire.

D'avance je vous remercie pour votre précieuse collaboration.

PAGE SUIVANTE >

Questionnaire 3 : La douleur chronique post-chirurgicale à la Clinique CHC Heusy, un protocole de prise en charge préventive multidisciplinaire par la méthode Delphi

Fichiers attachés:

gdpr022_formulaire_de_consentement.pdf
feedback_du_2eme_questionnaire_pdf.pdf
consensus_de_prise_en_charge_preventive_de_la_douleur_post-chirurgicale_pdf.pdf

Règlement général sur la protection des données (RGPD) : 2 / 8

Avant de répondre au questionnaire, nous vous invitons à prendre connaissance du document ci-dessus intitulé "GDPR022-Formulaire de consentement".
De cette façon, vous pourrez donner votre consentement éclairé, c'est-à-dire en toute connaissance de cause en cochant la case ci-dessous.
Cet accord est requis afin d'avoir accès au questionnaire.
En cas de question, vous pouvez bien sûr contacter l'investigatrice par mail.

RGPD *

○ "Je consens au traitement de mes données à caractère personnel tel qu'exposé dans le formulaire de consentement. En cliquant sur ce bouton, j'affirme avoir pris connaissance des modalités de traitements de mes données à caractère personnel et marque mon accord."

Pourriez-vous noter votre adresse mail ci-dessous s'il vous plait? . *

< PAGE PRÉCÉDENTE PAGE SUIVANTE >

Questionnaire 3 : La douleur chronique post-chirurgicale à la Clinique CHC Heusy, un protocole de prise en charge préventive multidisciplinaire par la méthode Delphi

Fichiers attachés:

gdpr022_formulaire_de_consentement.pdf
feedback_du_2eme_questionnaire_pdf.pdf
consensus_de_prise_en_charge_preventive_de_la_douleur_post-chirurgicale_pdf.pdf

Feedback : 3 / 8

Vous faites partie des 21 experts ayant répondu aux deux premiers questionnaires. Parmi ces personnes, il y a :
- 4 chirurgiens
- 14 infirmiers
- 2 kinésithérapeutes
- 1 médecin

Vous trouverez en fichier joint ci-dessus un feedback du second questionnaire auquel vous avez répondu (vous pouvez cliquer sur le document PDF intitulé feedback du 2ème questionnaire). Celui-ci reprend les différents tableaux que vous avez complétés avec pour chaque ligne le nombre de personnes étant : "d'accord", "pas d'accord" ou n'ayant pas répondu à la question. Cela vous permettra de prendre connaissance de l'avis des autres participants concernant le parcours du patient en pré, per et post-opératoire.

Il est vraiment important que vous en preniez connaissance afin de voir où votre avis se situe par rapport à celui des autres experts.

Les commentaires personnels que vous avez laissés dans le second questionnaire ne sont pas tous listés dans le document mais ont été repris dans une question à l'avant dernière page de ce présent questionnaire.

Pour revenir au questionnaire lorsque vous avez terminé la lecture du document, vous pouvez cliquer sur la flèche en haut à gauche de votre écran (comme pour revenir à la page précédente).

< PAGE PRÉCÉDENTE PAGE SUIVANTE >

Questionnaire 3 : La douleur chronique post-chirurgicale à la Clinique CHC Heusy, un protocole de prise en charge préventive multidisciplinaire par la méthode Delphi

Fichiers attachés:

gdpr022 formulaire de consentement.pdf
feedback du 2eme questionnaire pdf.pdf
consensus de prise en charge preventive de la douleur post-chirurgicale pdf.pdf

Questions générales : 4 / 8

Quelle est votre profession?

- ( ) Chirurgien
- ( ) Infirmier
- ( ) Kinésithérapeute
- ( ) Médecin

Dans quelle(s) institution(s) travaillez-vous?

- [ ] A la Clinique CHC d'Heusy
- [ ] A la Clinique CHC du MontLégia
- [ ] Au CHA de Libramont
- [ ] A l'Hôpital d'Arlon: Vivalia
- [ ] Autre

< PAGE PRÉCÉDENTE | PAGE SUIVANTE >

Questionnaire 3 : La douleur chronique post-chirurgicale à la Clinique CHC Heusy, un protocole de prise en charge préventive multidisciplinaire par la méthode Delphi

Fichiers attachés:

gdpr022_formulaire_de_consentement.pdf
feedback_du_2eme_questionnaire_pdf.pdf
consensus_de_prise_en_charge_preventive_de_la_douleur_post-chirurgicale_pdf.pdf

Consensus de prise en charge préventive de la douleur chronique post-chirurgicale : 5 / 8

Afin de répondre aux questions ci-dessous, pourriez-vous prendre connaissance du document intitulé "Consensus de prise en charge préventive de la douleur post-chirurgicale" s'il vous plaît? Comme pour la lecture du feedback, vous pouvez cliquer cette fois sur le lien du document PDF : Consensus de prise en charge préventive de la douleur post-chirurgicale.
Celui-ci a été rédigé en fonction des réponses que vous avez données au second questionnaire. Les points pour lesquels une majorité d'entre vous n'étaient pas d'accord ont été supprimés alors que ceux pour lesquels vous étiez d'accord ont été ordonnés selon les périodes pré, per et post-opératoires. Ils ont également été regroupés par thèmes.

Ce fichier reprend donc le chemin "idéal" du patient afin de prévenir la douleur chronique post-chirurgicale mis en avant grâce à vos réponses aux 2 questionnaires précédents.

Les étapes détaillées dans ce document sont-elles adaptées et satisfaisantes d'après-vous?

- ○ Oui
- ● Non, des améliorations sont encore à apporter

Quelles améliorations supplémentaires sont à apporter selon vous?

< PAGE PRÉCÉDENTE | PAGE SUIVANTE >

Commentaires : 6 / 8

Voici des commentaires émis lors du second questionnaire concernant les traitements, pourriez-vous cocher "D'accord", "Pas d'accord" ou "Je ne sais pas" pour chacun d'eux s'il vous plait?

	D'accord	Pas d'accord	Je ne sais pas
C'est bien d'avoir un schéma d'anti-douleurs de base (Perfusalgan) et de s'adapter aux patients avec des anti-douleurs en « si nécessaire » (Oxynorm).	○	○	○
Une heure après l'administration d'un traitement, réévaluer la douleur pour s'assurer que le traitement est efficace.	○	○	○
Certains patients ont besoin de traitements intra-veineux plus longtemps, cela n'empêche pas la mobilisation précoce.	○	○	○
Adaptation des traitements au fur et à mesure par le prescripteur en fonction de l'efficacité, des besoins des patients, des effets secondaires.	○	○	○
Prendre en compte les différences de chacun et ne pas suivre le même protocole d'anti-douleurs chez tous les patients.	○	○	○
Il vaut mieux éviter le Tramadol systématiquement. Si le Tramadol est administré avec du Litican, on évite les nausées et vomissements. L'intolérance est présente lors des premières prises mais s'estompe ensuite.	○	○	○
Les compléments alimentaires doivent être instaurés au cas par cas : selon le type de chirurgie, le risque élevé d'algoneurodystrophie, les antécédents.	○	○	○
Pour les morphiniques : évaluer leur utilité en fonction des douleurs déjà présentes. Ils sont parfois indispensables, mais c'est mieux de les éviter. Il faut toujours être attentif à garder un certain état d'éveil du patient (si non, moins de mobilité, moins bonne motilité intestinale, mauvaise respiration, moins bonne participation aux soins du kiné).	○	○	○
Administrer des morphiniques si besoin en aigu et sur une courte durée. Une analgésie contrôlée en post-opératoire immédiat permet une revalidation rapide et moins de douleurs résiduelles (car moins de sensibilisation des voies de la douleur).	○	○	○
Les AINS sont d'excellents anti-hyperalgiques.	○	○	○

Autres commentaires

Voici des commentaires émis lors du second questionnaire concernant les traitements non-médicamenteux, pourriez-vous cocher "D'accord", "Pas d'accord" ou "Je ne sais pas" pour chacun d'eux s'il vous plaît?

	D'accord	Pas d'accord	Je ne sais pas
Des techniques de relaxation en pré-opératoire seraient probablement intéressantes mais avec le turn over et les réorganisations de planning, cela semble difficile.			
La chaleur peut augmenter l'inflammation (pas toujours applicable).			
Favoriser les traitements non-médicamenteux dans la mesure du possible.			
Les traitements non-médicamenteux sont difficiles à mettre en pratique et à financer.			
Les huiles essentielles et la réflexologie plantaire : efficacité non prouvée.			
Tout ce qui est hydrothérapie, hippothérapie, ... Est difficile à mettre en place en post-opératoire immédiat, donc, c'est plutôt pour après le retour à domicile.			

Autres commentaires

Voici des commentaires émis lors du second questionnaire concernant les manquements, pourriez-vous cocher "D'accord", "Pas d'accord" ou "Je ne sais pas" pour chacun d'eux s'il vous plait?

	D'accord	Pas d'accord	Je ne sais pas
Manque d'infirmière référente « douleur » donc impossibilité de couvrir les besoins.			
Difficulté d'organisation des soins, des prises de traitements anti-douleurs par rapport aux séances de kinésithérapie (adaptations quotidiennes).			
Il faut augmenter le personnel si la douleur doit être évaluée de manière très fréquente.			

Autres commentaires

Voici des commentaires émis lors du second questionnaire concernant les formations/rôles du personnel, pourriez-vous cocher "D'accord", "Pas d'accord" ou "Je ne sais pas" pour chacun d'eux s'il vous plait?

	D'accord	Pas d'accord	Je ne sais pas
Formation des équipes concernant l'évaluation de la douleur et choix d'échelle selon le patient : EVA, Echelle des visages, AlgoPlus.	○	○	○
Le questionnaire DN4 doit pouvoir être réalisé par toutes les infirmières.	○	○	○
Formation des infirmières de pré-hospitalisation à la douleur.	○	○	○
La prise en charge est à développer avec un algologue.	○	○	○
Former les médecins, chirurgiens, anesthésistes, infirmiers, kinésithérapeutes.	○	○	○
C'est le rôle des soignants d'éduquer les patients à se mobiliser rapidement pour éviter les effets indésirables de l'alitement. Mais, il faut respecter un timing qui convient au patient (ex : donner un temps pour le premier lever, majorer progressivement et pas obliger le patient à rester toute la matinée au fauteuil).	○	○	○
Les patients sont souvent réfractaires à la rencontre d'un psychologue. Il faudrait bien définir ses rôles (hypnose, relaxation, thérapie cognitive, ...).	○	○	○

Autres commentaires

Voici des commentaires émis lors du second questionnaire concernant la prise en charge, pourriez-vous cocher "D'accord", "Pas d'accord" ou "Je ne sais pas" pour chacun d'eux s'il vous plait?

	D'accord	Pas d'accord	Je ne sais pas
Épargne des zones concernées (ex : suture abdominale) mais pas d'immobilisation car cela peut être néfaste à la récupération.	○	○	○
Faire voir uniquement les patients à risque de douleur chronique par une infirmière « douleur ».	○	○	○
La prise en charge est à adapter au type de chirurgie.	○	○	○

Autres commentaires

< PAGE PRÉCÉDENTE | PAGE SUIVANTE >

Mise en place en pratique : 7 / 8

Avez-vous des propositions à faire concernant la mise en place de ces différentes étapes détaillées en pratique (formations, personnel, matériel, coût, ...)?

Pensez-vous que la réalisation d'un algorithme reprenant les étapes générales de cette prise en charge préventive de la douleur chronique post-chirurgicale pourrait aider les différents intervenants dans leur travail au quotidien?

- ○ Oui
- ● Non

Si non, est-ce qu'un autre outil pourrait vous aider (check-list, document spécifique, ...)?

Je vous remercie énormément pour votre collaboration et l'attention que vous portez à mon mémoire.
Bonne journée à vous.

< PAGE PRÉCÉDENTE | SOUMETTRE

Annexe 12 : Consensus de prise en charge préventive interdisciplinaire de la chronicisation de la douleur post-chirurgicale à la Clinique CHC Heusy : consensus obtenu suite au second questionnaire

Consensus de prise en charge préventive interdisciplinaire de la chronicisation de la douleur post-chirurgicale à la Clinique CHC Heusy

Période pré-opératoire

Le patient est vu par le chirurgien : diagnostic posé et opération fixée.

- Discussion des potentielles douleurs post-opératoires aiguës et du risque de chronicité.

Le patient est vu ou appelé par l'anesthésiste : bilan des antécédents, traitements à arrêter, …

- Réalisation du **questionnaire « Kalkman »** par l'anesthésiste ;
  - Alerte dans le preview pour les patients dit « à risque » ;
  - Rediscuter de l'indication opératoire en fonction de l'importance du risque ;
- Voir les anti-douleurs déjà pris en pré-opératoire pour des douleurs autres que chirurgicales pour adapter les traitements post-opératoires ;
- Prendre un délai de 10 à moins de 20 jours entre la consultation avec l'anesthésiste et l'opération pour une préparation du patient (prescriptions, …).

Le patient est vu par une infirmière « référente douleur » : consultation pré-opératoire si le patient est « à risque » selon le questionnaire « Kalkman ».

Le patient est vu ou appelé par l'infirmière de pré-hospitalisation : questions d'anamnèse posées.

Le patient entre dans le service le jour de l'intervention ou le jour avant. Le patient est accueilli par l'infirmière de l'Unité d'Accueil Pré-Opératoire (UAPO). Il est installé, identitovigilance, mise en place des bracelets, prise des paramètres, anamnèse réalisée, mesure des jambes si des bas de contention sont prescrits, tonte, …

- Faire une anamnèse biopsychosociale ;
- Evaluer la douleur avant la chirurgie (score de départ) ;
- Gestion optimale de la douleur en pré-opératoire.

La **pré-narcose** est administrée au patient dans le service d'hospitalisation (une heure avant l'intervention).

- Pré-narcose pas administrée d'office (adaptation au patient) ;
- Éviter de standardiser les pré-narcoses ;
- Bloc systématique en pré-opératoire.

Traiter **l'anxiété** en pré-opératoire :

- Repérer et prendre en charge le catastrophisme avant l'intervention ;
- Visite chez le psychologue avant l'intervention si nécessaire ;
- Techniques de relaxation en pré-opératoire, relationnel en plus de la prémédication ;
- Voir le chirurgien juste avant l'intervention pour limiter le stress et poser des questions.

Réaliser de la **prévention** de manière systématique :

- Questionnaire « Kalkman » (comme vu ci-dessus) pour cibler les patients à risque et mettre en place la prise en charge adaptée selon le patient ;
- Informer le patient et éducation sur sa médication ;
- Discuter avant la chirurgie de la façon dont le patient peut parler de sa douleur durant l'hospitalisation (pas de gêne, délais d'action des traitements, …) ;
- Consignes données par les kinésithérapeutes pour la mobilisation, respiration (toux) ;
- Adaptation de la nutrition et prise de compléments alimentaires :
  - En fonction de la chirurgie programmée ;
  - Algodyn® ;
  - Vitamine C ;
  - Magnésium ;
  - NAC : N-acétyl cystéine : Lysomucil® ;
- Reconditionnement physique avant l'intervention.

Remarques générales concernant la période pré-opératoire :

- Période pré-opératoire adaptée en fonction de la chirurgie (kinésithérapeute, alimentation, homéopathie) ;
- Augmentation du personnel en pré-opératoire ;
- Médecine douce : phytothérapie, aromathérapie, gemmothérapie.

Période per-opératoire

Analgésie multimodale : combinaison de différents produits/modes d'administration :

- Anti-douleurs per-opératoires ;
- Bloc ;
- Anesthésie locale, loco-régionale ;
- Kétamine ;
- Magnésium ;
- Tramadol® ;
- Eviter les morphiniques en per-opératoire ;
- Anti-hyperalgiques : kétamine, Catapressan®, Magnésium.

Période post-opératoire

Au niveau de l'évaluation de la douleur : évaluation de la douleur dès le retour en chambre. Explication au patient qu'il peut sonner, appeler s'il a des douleurs pour prévenir le personnel. Evaluation de la douleur à chaque tour (8h-12h-15h-19h-22h-24h-5h). Utilisation d'une échelle : EN (Echelle Numérique par exemple).

- Evaluation du schéma antalgique : efficace? ;
- Tenir compte de l'évaluation de la douleur en pré-opératoire (seuil de douleur du patient) ;
- Adapter l'échelle d'évaluation de la douleur au patient ;
- Améliorer l'évaluation de la douleur : échelle de langage commun par exemple EVA.

Au niveau des traitements médicamenteux :

- ADAPTATION SELON LE PATIENT ;
- **Salle de réveil** : prescriptions médicales de traitements par l'anesthésiste en « si nécessaire » (Dipidolor® titré, Perfusalgan®, …) ;
- **Retour dans le service** : prescriptions médicales :
  - **Traitements d'office** par l'anesthésiste selon le patient, l'intervention, etc (par exemple : Perfusalgan®, Arcoxia®, Ibuprofène®, « coktail » d'anti-douleurs en intra-veineux : Tradonal®, Litican®, Magnésium, PCA, …) ➔ Analgésie multimodale ;
    - AINS en aigu ;
    - Eviter trop de morphiniques et favoriser les AINS pour une courte durée pour diminuer la réaction inflammatoire locale ;
    - Anticiper la douleur par des anti-douleurs per os avant le retrait des perfusions (retrait perfusions permet la reprise de mobilisation) ;
    - Lyrica® en post-opératoire 2 ou 3 jours pour les patients à risque ;
    - Traitements à proscrire selon le patient (allergie, intolérance) ;
    - Traitements à privilégier : Algodyn®, Vitamine C, Oméga 3, médicaments pour les douleurs neuropathiques (ex : Lyrica®, Gabapentine®), Paracétamol®, AINS, Magnésium, dérivés morphiniques (si bien tolérés), anti-hyperalgiques, Oxynorm® ;
    - Pour la hernie : analgésie de première ligne et AINS 48h ;
  - **Traitements en « si nécessaire »** (Oxynorm®, Tradonal® + Litican®) en fonction du patient ➔ Anti-douleurs à la demande (selon l'évaluation de la douleur) ;
    - Prévoir les anti-douleurs avant la mobilisation des patients ➔ Anticipation (1h à 1h30 avant la séance de kinésithérapie) ;
  - Éviter de standardiser les traitements, plutôt les adapter aux patients (prise en charge personnalisée) ;
- Des traitements sont parfois administrés avant la mobilisation avec le kinésithérapeute ;
- Le patient est revu chaque jour post-opératoire par l'anesthésiste qui adapte les traitements en fonction de son état (ex : passage des traitements intra-veineux en traitements per os, …) ;

Au niveau des traitements non médicamenteux :

- ADAPTATION SELON LE PATIENT ;
- Médecine douce : phytothérapie, gemmothérapie, huiles essentielles ;
- Massage, chaleur, glace, coussins, adaptation positionnelle, sac de sable sur la suture ;
- Travail respiratoire diaphragmatique ;
- Hypnose/auto-hypnose, relaxation, musique ;
- Communication thérapeutique, écoute active ;
- Gym posturale, stretching ;
- Hydrothérapie, hippothérapie, réflexologie plantaire.

Equipe pluridisciplinaire :

- Chirurgien : prescrit des traitements anti-douleurs que le patient ira chercher à la pharmacie quand il sortira de l'hôpital ;
- Infirmière : évaluations de la douleur, administration des traitements médicamenteux et non-médicamenteux, … ;
- Infirmière « référente douleur » pour répondre aux questions du patient (passage systématique après l'intervention) :
    - Questionnaire DN4 à faire par une infirmière « référente douleur » ;
    - Si prise en charge difficile pour l'équipe, faire appel à l'équipe d'algologie ;
- Kinésithérapeute et ergothérapeute :
    - Mobilisation douce avant la marche pour s'échauffer ;
    - Respiration, mobilisation, etc ;
    - Collaboration kinésithérapeute et soignant ;
    - En externe ;
- Médecin traitant : Lien avec le médecin traitant au retour à domicile.

Spécificités :

- Suivi plus précis des patients opérés ciblés comme « à risque » de douleur chronique post-chirurgicale et ceux qui présentent des signes ;
- Si problème de douleur après 3 mois, rendez-vous en clinique de la douleur ➔ Suivi rapproché par une équipe « douleur » multidisciplinaire ;
- Consultation en subaigu/transitionnel au plus tôt (clinique de la douleur) pour les patients « à risque » (Kalkman) ;
- Vérification systématique des cordons à 3 semaines et si présence de douleur, prescription de vitamine B et d'AINS et revoir le patient à 3 mois pour voir son évolution.

Au niveau de la mobilisation :

- Education d'épargne des zones concernées, voir les activités que le patient a envie de reprendre ;
- Prise des anti-douleurs le matin en prévention des soins ou de la kinésithérapie (1h à 1h30 avant la séance).

Améliorations à apporter à la prise en charge générale

Réaliser une prise en charge systématique quel que soit le médecin responsable (voir les étapes ci-dessus : pré, per et post-opératoires)
Systématiser la prévention de la douleur chronique

Au niveau du personnel :

- Augmentation du personnel ;
- Formation du personnel ;
- Inclure les paramédicaux dans la prise en charge (exemple: kinésithérapeute) ;
- Introduire un psychologue dans la prise en charge actuelle.

Au niveau de l'information/formation, éducation :

- Informer les patients avant l'intervention, après celle-ci et avant le retour à domicile ;
- Former et éduquer le personnel et le médecin traitant ;
- Sensibiliser le personnel à la manière d'informer les patients ;
- Sensibiliser le personnel à la problématique de douleur chronique post-chirurgicale.

Au niveau des protocoles :

- Travailler avec des protocoles de prise en charge, procédures ;
- Protocole de fast-track : « réhabilitation rapide » ;
- Etablir des protocoles par chirurgie (suivre des guidelines).

Propositions de protocoles à instaurer :

- Différents paliers d'anti-douleurs mais utiliser les mêmes anti-douleurs chez les différents patients sauf si particularités (allergie, intolérance, …) ;
- PCA (Patient Controlled Analgesia ou analgésie contrôlée par le patient) ;
- Utilisation de PCA et de kétamine ;
- Ligne de conduite reproductible en fonction de l'intensité de la douleur et des effets secondaires ;
- Protocole établi pour certaines chirurgies spécifiques ;
- Protocole avec un objectif de sevrage des anti-douleurs ;
- Des protocoles sous forme d'algorithme (selon l'Acute Pain Service) ;
- Protocole qui reprend les demandes du médecin ;
- Révision des itinéraires cliniques ;
- Suivre les schémas de la PMI.

Ce qui manque pour améliorer la prise en charge :

- Des infirmiers « référents douleur » ;
- Du temps ;
- Du matériel ;
- Une évaluation de la prise en charge actuelle ;
- Personnel : chirurgiens, anesthésistes ;
- Implication du personnel et de la direction médicale et infirmière concernant cette problématique (un patient qui n'a pas mal reste probablement moins longtemps hospitalisé et donc améliore la durée de séjour) ;
- L'introduction de la famille dans la prise en charge ;
- Ajouter la notion de confort à la prise en charge :
- Techniques chirurgicales moins invasives (quand c'est possible) :
- Etablir une « stratégie d'anesthésie » à respecter par l'anesthésiste qui prendra le patient en charge ;
- Diminuer la diversité des prescriptions (tout en s'adaptant aux patients) ;
- Prendre en compte les données biopsychosociales.

Annexe 13 : Feedback du troisième questionnaire

FEEDBACK du 3ème questionnaire

Vous êtes 18 participants à avoir répondu à ce troisième questionnaire :

- 4 chirurgiens
- 12 infirmiers
- 1 kinésithérapeute
- 1 médecin

Vous avez tous répondu **oui** à la question : « Les étapes du document (consensus) sont-elles adaptées et satisfaisantes d'après-vous ? »

Voici un tableau reprenant vos avis concernant les commentaires émis lors du second questionnaire :

Les traitements			
	D'accord	Pas d'accord	Je ne sais pas
C'est bien d'avoir un schéma d'anti-douleurs de base (Perfusalgan) et de s'adapter aux patients avec des anti-douleurs en « si nécessaire » (Oxynorm).	**17**	**0**	**1**
Une heure après l'administration d'un traitement, réévaluer la douleur pour s'assurer que le traitement est efficace.	**18**	**0**	**0**
Certains patients ont besoin de traitements intra-veineux plus longtemps, cela n'empêche pas la mobilisation précoce.	**17**	**1**	**0**
Adaptation des traitements au fur et à mesure par le prescripteur en fonction de l'efficacité, des besoins des patients, des effets secondaires.	**18**	**0**	**0**
Prendre en compte les différences de chacun et ne pas suivre le même protocole d'anti-douleurs chez tous les patients.	**15**	**1**	**1**
Il vaut mieux éviter le Tramadol systématiquement. Si le Tramadol est administré avec du Litican, on évite les nausées et vomissements. L'intolérance est présente lors des premières prises mais s'estompe ensuite.	**8**	**5**	**4**
Les compléments alimentaires doivent être instaurés au cas par cas : selon le type de chirurgie, le risque élevé d'algoneurodystrophie, les antécédents.	**14**	**0**	**4**
Pour les morphiniques : évaluer leur utilité en fonction des douleurs déjà présentes. Ils sont parfois indispensables, mais c'est mieux de les éviter. Il faut toujours être attentif à garder un certain état d'éveil du patient (si non, moins de mobilité, moins bonne motilité intestinale, mauvaise respiration, moins bonne participation aux soins du kiné).	**14**	**4**	**0**

Administrer les morphiniques si besoin en aigu et sur une courte durée. Une analgésie contrôlée en post-opératoire immédiat permet une revalidation rapide et moins de douleurs résiduelles (car moins de sensibilisation des voies de la douleur).	17	0	1
Les AINS sont d'excellents anti-hyperalgiques.	14	3	1
Les traitements non-médicamenteux			
Des techniques de relaxation en pré-opératoire seraient probablement intéressantes mais avec le turn over et les réorganisation de planning, cela semble difficile.	15	1	2
La chaleur peut augmenter l'inflammation (pas toujours applicable).	15	1	2
Favoriser les traitements non-médicamenteux dans la mesure du possible.	10	4	2
Les traitements non-médicamenteux sont difficiles à mettre en place et à financer.	13	3	2
Les huiles essentielles et la réflexologie plantaire : efficacité non prouvée.	6	5	7
Tout ce qui est hydrothérapie, hippothérapie, … est difficile à mettre en place en post-opératoire immédiat. Donc, c'est plutôt pour après le retour à domicile.	17	0	1
Les manquements			
Manque d'infirmière référente « douleur » donc impossibilité de couvrir les besoins.	13	2	3
Difficulté d'organisation des soins, des prises de traitement anti-douleurs par rapport aux séances de kinésithérapie (adaptations quotidiennes).	10	6	2
Il faut augmenter le nombre du personnel si la douleur doit être évaluée de manière très fréquente.	15	3	0
Les formations/rôles du personnel			
Formation des équipes concernant l'évaluation de la douleur et choix d'échelle selon le patient : EVA, Echelle des visages, AlgoPlus.	16	0	2
Le questionnaire DN4 doit pouvoir être réalisé par toutes les infirmières.	13	1	4
Formation des infirmières de pré-hospitalisation à la douleur.	16	0	2
La prise en charge est à développer avec un algologue.	14	2	2
Former les médecins, chirurgiens, anesthésistes, infirmiers, kinésithérapeutes.	16	0	2

C'est le rôle des soignants d'éduquer les patients à se mobiliser rapidement pour éviter les effets indésirables de l'alitement. Mais, il faut respecter un timing qui convient au patient (ex : donner un temps pour le premier lever, majorer progressivement et pas obliger le patient à rester toute la matinée au fauteuil).	**17**	**1**	**0**
Les patients sont souvent réfractaires à la rencontre d'un psychologue. Ils faudrait bien définir ses rôles (hypnose, relaxation, thérapie cognitive, …).	**16**	**0**	**2**
La prise en charge			
Epargner les zones concernées (ex : suture abdominale) mais pas d'immobilisation car cela peut être néfaste à la récupération.	**15**	**0**	**2**
Faire voir uniquement les patients à risque de douleur chronique par une infirmière « douleur ».	**12**	**3**	**3**
La prise en charge est à adapter au type de chirurgie	**18**	**0**	**0**

Voici les points principaux ressortis à la question : Avez-vous des propositions à faire concernant la mise en place de ces différentes étapes détaillées en pratique (formations, matériel, coût, …) ?

- Formation cursus et formation continue : 6 participants
- Augmenter le nombre du personnel : 2 participants
- Motiver le personnel : 1 participant
- Problèmes de financement : 2 participants
- Travailler en collaboration avec l'équipe algologique multidisciplinaire qui peut apporter son aide pour les formations du personnel et trouver des outils pour aider à la prise en charge de la douleur : 1 participant
- Infirmier référent douleur formé dans les services : 3 participants
- Manque de protocoles standardisés : 1 participant
- La douleur devrait être une priorité mise en avant par la direction des hôpitaux : 1 participant
- Quantifier le nombre de patients qui sont à risque et donc qui pourraient bénéficier d'une prise en charge spécifique et adaptations aux besoins de la personne : 1 participant

Vous êtes 16 à trouver qu'un **algorithme** reprenant les étapes générales de la prise en charge préventive de la douleur chronique post-chirurgicale pourrait aider les différents intervenants dans leur travail au quotidien.

Annexe 14 : Consensus de prise en charge préventive interdisciplinaire de la chronicisation de la douleur post-chirurgicale à la Clinique CHC Heusy : consensus final

Consensus de prise en charge préventive interdisciplinaire de la chronicisation de la douleur post-chirurgicale à la Clinique CHC Heusy

Période pré-opératoire

Le patient est vu par le chirurgien : diagnostic posé et opération fixée

- Discussion des potentielles douleurs post-opératoires aiguës et du risque de chronicité

Le patient est vu ou appelé par l'anesthésiste : bilan des antécédents, traitements à arrêter, …

- Réalisation du **questionnaire « Kalkman »** par l'anesthésiste ;
  - Alerte dans le preview pour les patients dit « à risque » ;
  - Rediscuter de l'indication opératoire en fonction de l'importance du risque ;
- Voir les anti-douleurs déjà pris en pré-opératoire pour des douleurs autres que chirurgicales pour adapter les traitements post-opératoires ;
- Prendre un délai de 10 à moins de 20 jours entre la consultation avec l'anesthésiste et l'opération pour une préparation du patient (prescriptions, ...).

Le patient est vu par une infirmière « référente douleur » : consultation pré-opératoire si le patient est « à risque » selon le questionnaire « Kalkman ».

Le patient est vu ou appelé par l'infirmière de pré-hospitalisation : questions d'anamnèse posées.

Le patient entre dans le service le jour de l'intervention ou le jour avant. Le patient est accueilli par l'infirmière de l'Unité d'Accueil Pré-Opératoire (UAPO). Il est installé, identitovigilance, mise en place des bracelets, prise des paramètres, anamnèse réalisée, mesure des jambes si des bas de contention sont prescrits, tonte, …

- Faire une anamnèse biopsychosociale ;
- Evaluer la douleur avant la chirurgie (score de départ) ;
- Gestion optimale de la douleur en pré-opératoire.

La **pré-narcose** est administrée au patient dans le service d'hospitalisation (une heure avant l'intervention).

- Pré-narcose pas administrée d'office (adaptation au patient) ;
- Éviter de standardiser les pré-narcoses ;
- Bloc systématique en pré-opératoire.

Traiter **l'anxiété** en pré-opératoire :

- Repérer et prendre en charge le catastrophisme avant l'intervention ;
- Visite chez le psychologue avant l'intervention si nécessaire ;
- Techniques de relaxation en pré-opératoire, relationnel en plus de la prémédication ;
- Voir le chirurgien juste avant l'intervention pour limiter le stress et poser des questions.

Réaliser de la **prévention** de manière systématique :

- Questionnaire « Kalkman » (comme vu ci-dessus) pour cibler les patients à risque et mettre en place la prise en charge adaptée selon le patient ;
- Informer le patient et éducation sur sa médication ;
- Discuter avant la chirurgie de la façon dont le patient peut parler de sa douleur durant l'hospitalisation (pas de gêne, délais d'action des traitements, …) ;
- Consignes données par les kinésithérapeutes pour la mobilisation, respiration (toux) ;
- Adaptation de la nutrition et prise de compléments alimentaires :
  - En fonction de la chirurgie programmée, des antécédents ;
  - Au cas par cas ;
  - Algodyn® ;
  - Vitamine C ;
  - Magnésium ;
  - NAC : N-acétyl cystéine : Lysomucil® ;
- Reconditionnement physique avant l'intervention ;
- Prise en charge à adapter selon la chirurgie.

Remarques générales concernant la période pré-opératoire :

- Période pré-opératoire adaptée en fonction de la chirurgie (kinésithérapeute, alimentation, homéopathie) ;
- Augmentation du personnel en pré-opératoire ;
- Médecine douce : phytothérapie, aromathérapie, gemmothérapie.

Période per-opératoire

Analgésie multimodale : combinaison de différents produits/modes d'administration :

- Anti-douleurs per-opératoires ;
- Bloc ;
- Anesthésie locale, loco-régionale ;
- Kétamine ;
- Magnésium ;
- Tramadol® ;
- Eviter les morphiniques en per-opératoire ;
- Anti-hyperalgiques : kétamine, Catapressan®, magnésium.

Période post-opératoire

Au niveau de l'évaluation de la douleur : évaluation de la douleur dès le retour en chambre. Explication au patient qu'il peut sonner, appeler s'il a des douleurs pour prévenir le personnel. Evaluation de la douleur à chaque tour (8h-12h-15h-19h-22h-24h-5h). Utilisation d'une échelle : EN (Echelle Numérique) par exemple.

- Evaluation du schéma antalgique : efficace? Réévaluer la douleur une heure après un traitement pour voir l'efficacité ;
- Tenir compte de l'évaluation de la douleur en pré-opératoire (seuil de douleur du patient) ;
- Adapter l'échelle d'évaluation de la douleur au patient ;
- Améliorer l'évaluation de la douleur : échelle de langage commun par exemple EVA.

Au niveau des traitements médicamenteux :

- ADAPTATION SELON LE PATIENT ;
- **Salle de réveil** : prescriptions médicales de traitements par l'anesthésiste en « si nécessaire » (Dipidolor® titré, Perfusalgan®, …) ;
- **Retour dans le service** : prescriptions médicales :
  - **Traitements d'office** par l'anesthésiste selon le patient, l'intervention, etc (par exemple : Perfusalgan®, Arcoxia®, Ibuprofène®, « coktail » d'anti-douleurs en intra-veineux : Tradonal®, Litican®, magnésium, PCA, …) ➔ Analgésie multimodale ;
    - AINS en aigu : excellent anti-hyperalgiques, MAIS, attention aux effets secondaires ➔ Prévention à prévoir ;
    - Eviter trop de morphiniques et favoriser les AINS pour une courte durée pour diminuer la réaction inflammatoire locale ;
    - Anticiper la douleur par des anti-douleurs per os avant le retrait des perfusions (retrait perfusions permet la reprise de mobilisation) ;
    - Lyrica® en post-opératoire 2 ou 3 jours pour les patients à risque ;
    - Traitements à proscrire selon le patient (allergie, intolérance) ;
    - Traitements à privilégier : Algodyn®, vitamine C, Oméga 3, médicaments pour les douleurs neuropathiques (ex : Lyrica®, Gabapentine®), Paracétamol®, AINS, magnésium, dérivés morphiniques (si bien tolérés), anti-hyperalgiques ;
    - Pour la hernie : analgésie de première ligne et AINS 48h ;
    - Pour les morphiniques : les éviter si possible, si non, en aigu, sur une courte durée ➔ Garder un certain état d'éveil chez le patient (maintenir mobilité, motilité intestinale, respiration, …).
  - **Traitements en « si nécessaire »** (Oxynorm®, Tradonal® + Litican®) en fonction du patient ➔ Anti-douleurs à la demande (selon l'évaluation de la douleur) ;
    - Prévoir les anti-douleurs avant la mobilisation des patients ➔ Anticipation (1h à 1h30 avant la séance de kinésithérapie) : parfois difficile.
  - Éviter de standardiser les traitements, plutôt les adapter aux patients (prise en charge personnalisée).
- Le patient est revu chaque jour post-opératoire par l'anesthésiste qui adapte les traitements en fonction de son état (ex : passage des traitements intra-veineux en traitements per os, …), de ses besoins, des effets secondaires.

Au niveau des traitements non médicamenteux :

- ADAPTATION SELON LE PATIENT, à favoriser si possible mais difficile à standardiser (efficacité différente d'un patient à l'autre) ;
- Médecine douce : phytothérapie, gemmothérapie, huiles essentielles ;
- Massage, chaleur (pas toujours applicable, peut augmenter l'inflammation), glace, coussins, adaptation positionnelle, sac de sable sur la suture ;
- Travail respiratoire diaphragmatique ;
- Hypnose/auto-hypnose, relaxation, musique ;
- Communication thérapeutique, écoute active ;
- Gym posturale, stretching ;
- Hydrothérapie, hippothérapie, réflexologie plantaire : après le retour à domicile.

Equipe pluridisciplinaire :

- Le chirurgien prescrit des traitements anti-douleurs que le patient ira chercher à la pharmacie quand il sortira de l'hôpital ;
- Infirmière : évaluations de la douleur, administration des traitements médicamenteux et non-médicamenteux, … ;
- Infirmière « référente douleur » pour répondre aux questions du patient (passage systématique après l'intervention) ;
    - Questionnaire DN4 à faire par une infirmière « référente douleur » ;
    - Si prise en charge difficile pour l'équipe, faire appel à l'équipe d'algologie ;
- Infirmière « relais douleur » : travaille dans le service où le patient est hospitalisé ;
- Kinésithérapeute et ergothérapeute :
    - Mobilisation douce avant la marche pour s'échauffer ;
    - Respiration, mobilisation, etc ;
    - Collaboration kinésithérapeute et soignant ;
    - En externe ;
- Médecin traitant : lien avec le médecin traitant au retour à domicile.

Spécificités :

- Suivi plus précis des patients opérés ciblés comme « à risque » de douleur chronique post-chirurgicale et ceux qui présentent des signes ;
- Si problème de douleur après 3 mois, rendez-vous en clinique de la douleur ➔ Suivi rapproché par une équipe « douleur » multidisciplinaire ;
- Consultation en subaigu/transitionnel au plus tôt (clinique de la douleur) pour les patients « à risque » (Kalkman) ;
- Vérification systématique des cordons à 3 semaines et si présence de douleur, prescription de vitamine B et d'AINS et revoir le patient à 3 mois pour voir son évolution.

Au niveau de la mobilisation :

- Education d'épargne des zones concernées, voir les activités que le patient a envie de reprendre ;
- Prise des anti-douleurs le matin en prévention des soins ou de la kinésithérapie (1h à 1h30 avant la séance).

Améliorations à apporter à la prise en charge générale

Réaliser une prise en charge systématique quel que soit le médecin responsable (voir les étapes ci-dessus : pré, per et post-opératoires)
Systématiser la prévention de la douleur chronique

Au niveau du personnel :

- Augmentation du personnel ;
- Formation du personnel (concernent l'évaluation, choix d'échelle, DN4, …) : infirmiers, médecins, anesthésistes, kinésithérapeutes ;
- Inclure les paramédicaux dans la prise en charge (par exemple : kinésithérapeute) ;
- Introduire un psychologue dans la prise en charge actuelle et définir ses rôles.

Au niveau de l'information/formation, éducation :

- Informer les patients avant l'intervention, après celle-ci et avant le retour à domicile ;
- Former et éduquer le personnel et le médecin traitant ;
- Sensibiliser le personnel à la manière d'informer les patients ;
- Sensibiliser le personnel à la problématique de douleur chronique post-chirurgicale.

Au niveau des protocoles :

- Travailler avec des protocoles de prise en charge, procédures ;
- Protocole de fast-track : « réhabilitation rapide » ;
- Etablir des protocoles par chirurgie (suivre des guidelines).

Propositions de protocoles à instaurer :

- Différents paliers d'anti-douleurs mais utiliser les mêmes anti-douleurs chez les différents patients sauf si particularités (allergie, intolérance, …) ;
- PCA (Patient Controlled Analgesia ou analgésie contrôlée par le patient) ;
- Utilisation de PCA et de kétamine ;
- Ligne de conduite reproductible en fonction de l'intensité de la douleur et des effets secondaires ;
- Protocole établi pour certaines chirurgies spécifiques ;
- Protocole avec un objectif de sevrage des anti-douleurs ;
- Des protocoles sous forme d'algorithme (selon l'Acute Pain Service) ;
- Protocole qui reprend les demandes du médecin ;
- Révision des itinéraires cliniques ;
- Suivre les schémas de la PMI.

Ce qui manque pour améliorer la prise en charge :

- Des infirmiers « référents douleur » ;
- Du temps ;
- Du matériel ;
- Une évaluation de la prise en charge actuelle ;
- Personnel : chirurgiens, anesthésistes, infirmiers ;
- Implication du personnel et de la direction médicale et infirmière concernant cette problématique (un patient qui n'a pas mal reste probablement moins longtemps hospitalisé et donc améliore la durée de séjour) ;
- L'introduction de la famille dans la prise en charge ;
- Ajouter la notion de confort à la prise en charge ;
- Techniques chirurgicales moins invasives (quand c'est possible) ;
- Etablir une « stratégie d'anesthésie » à respecter par l'anesthésiste qui prendra le patient en charge ;
- Diminuer la diversité des prescriptions (tout en s'adaptant aux patients) ;
- Prendre en compte les données biopsychosociales.

<u>Annexe 15</u> : Demande d'avis au Comité d'Ethique dans le cadre des mémoires des étudiants du Master en Sciences de la Santé publique

<u>Demande d'avis au Comité d'Ethique dans le cadre des mémoires des étudiants du Master en Sciences de la Santé publique</u>

(***Version finale acceptée par le Comité d'Ethique en date du 06 octobre 2016)***

Ce formulaire de demande d'avis doit être complété et envoyé par courriel à <u>mssp@uliege.be</u>. Si l'avis d'un Comité d'Ethique a déjà été obtenu concernant le projet de recherche, merci de joindre l'avis reçu au présent formulaire.

1. Etudiant·e (prénom, nom, adresse courriel) :

Julie GROSJEAN <u>Julie.Grosjean@student.uliege.be</u>

2. Finalité spécialisée : GEIS 3. Année académique : 2021-2022

4. Titre du mémoire :

« Prévention de la douleur chronique post-chirurgicale à la clinique CHC Heusy, élaboration d'un protocole de prise en charge préventive multidisciplinaire par la méthode Delphi »

5. Nom du Service ou nom du Département dont dépend la réalisation du mémoire :

Département des sciences de la santé publique

6. Nom du/de la Professeur·e responsable du Service énoncé ci-dessus ou nom du/de la Président·e de Département : Madame Donneau

7. Promoteur·trice·s (titre, prénom, nom, fonction, adresse courriel, institution) :

a. Docteur Frédéric Louis, Algologue à la Clinique CHC Heusy.

FREDERIC.LOUIS@CHC.BE

b. Madame Marie Stevens, Coordinatrice des itinéraires cliniques au Groupe santé CHC.

MARIE.STEVENS@CHC.BE

8. Résumé de l'étude

a. Objectifs

Déterminer une prise en charge multidisciplinaire préventive de la chronicisation de la douleur post-chirurgicale. C'est-à-dire, établir un chemin à suivre qui reprend les étapes en pré, per et post-opératoire. Cela dans le but de standardiser, normaliser et améliorer la qualité de la prise en charge préventive de la chronicisation de la douleur chez les patients opérés de chirurgies reprises dans les sept sous-diagnostics de la DCPC dans la CIM-11.

b. Protocole de recherche (design, sujets, instruments, etc.)(+/- **500 mots**)

Le nombre d'interventions chirurgicales annuel est en augmentation. Cela occasionne une hausse des complications associées à la chirurgie. L'une d'elles est la douleur chronique post-chirurgicale (DCPC). Celle-ci est considérée comme un problème de santé publique. Elle a de nombreux impacts sur la santé des individus touchés ainsi que sur leur qualité de vie. Elle induit également des coûts importants pour les systèmes de soins de santé. C'est pourquoi, « Fournir une thérapie adéquate de la douleur péri-opératoire est une obligation dans les soins aux patients ».

Cette étude suit une approche inductive. En effet, le point de départ de ce travail est le recueil des avis de chacun des experts concernant la prise en charge actuelle (le spécifique) pour aller vers la prise en charge préventive multidisciplinaire standardisée mise en avant grâce à l'étude qui relève du général.

Cette étude sera qualitative de façon à atteindre l'objectif principal énoncé ci-dessus.
Elle sera organisée selon deux étapes dans la collecte des données : Tout d'abord, la première étape consistera en différents entretiens semi-structurés à visée exploratoire réalisés à la Clinique CHC Heusy concernant la prise en charge préventive de la DCPC. Un guide d'entretien sera réalisé à l'aide des recommandations de bonnes pratiques et des critères de qualité de la prise en charge de la douleur post-opératoire (DPO). Ensuite, la seconde étape permettra de récolter l'avis d'experts grâce à la méthode de collecte d'informations qui est la méthode Delphi. Cette méthode est dite participative. Cela signifie qu'elle permet aux personnes concernées par le sujet traité de s'impliquer dans le processus décisionnel.

La population cible pour la première étape (entretiens) reprendra l'ensemble des experts (professionnels et soignants) concernés par la prise en charge des patients hospitalisés pour une chirurgie reprise dans les sept sous-diagnostics de la DCPC dans la Onzième Classification Internationale des Maladies (CIM-11). La population accessible de l'étude reprendra l'ensemble des experts de la population cible qui répondent aux critères d'inclusion :

- Être un expert interne à la Clinique CHC Heusy : chirurgien, anesthésiste, infirmier, infirmier de pré-hospitalisation, kinésithérapeute, algologue, infirmier en algologie ;
- Et intervenir dans la prise en charge des patients hospitalisés pour une chirurgie reprise dans les sept sous-diagnostics de la DCPC dans la CIM-11.

Pour la seconde étape (collecte des données par méthode Delphi), la population accessible reprendra également des experts externes au CHC Heusy, c'est-à-dire venant du MontLégia : chirurgien, anesthésiste, infirmier, infirmier de pré-hospitalisation, kinésithérapeute, algologue, infirmier en algologie.
La méthode d'échantillonnage utilisée ici est une méthode non probabiliste, non aléatoire par commodité.
Afin de mener à bien cette étude, des entretiens exploratoires seront réalisés au près d'une partie de la population accessible (avec un minimum d'une personne par professions citées précédemment) dans le but de récolter les avis, les idées, … de ces professionnels concernant le thème traité. Par la suite, la collecte des données sera réalisée grâce à la méthode Delphi (outil de collecte des données principal). Les entretiens réalisés au préalables permettront d'élaborer le premier questionnaire qui constituera la méthode Delphi. Après une analyse et un traitement des données, un second questionnaire sera distribué aux participants et ainsi de suite dans le but d'obtenir un consensus.

9. Afin de justifier si l'avis du Comité d'Ethique est requis ou non, merci de répondre par oui ou par non aux questions suivantes :

1. L'étude est-elle destinée à être publiée ? NON
2. L'étude est-elle interventionnelle chez des patients (va-t-on tester l'effet d'une modification de prise en charge ou de traitement dans le futur) ? NON
3. L'étude comporte-t-elle une enquête sur des aspects délicats de la vie privée, quelles que soient les personnes interviewées (sexualité, maladie mentale, maladies génétiques, etc…) ? NON
4. L'étude comporte-t-elle des interviews de mineurs qui sont potentiellement perturbantes ? NON
5. Y a-t-il enquête sur la qualité de vie ou la compliance au traitement de patients traités pour une pathologie spécifique ? NON
6. Y a-t-il enquête auprès de patients fragiles (malades ayant des troubles cognitifs, malades en phase terminale, patients déficients mentaux,…) ? NON
7. S'agit-il uniquement de questionnaires adressés à des professionnels de santé sur leur pratique professionnelle, sans caractère délicat (exemples de caractère délicat : antécédents de burn-out, conflits professionnels graves, assuétudes, etc…) ? OUI
8. S'agit-il exclusivement d'une enquête sur l'organisation matérielle des soins (organisation d'hôpitaux ou de maisons de repos, trajets de soins, gestion de stocks, gestion des flux de patients, comptabilisation de journées d'hospitalisation, coût des soins,…) ? OUI
9. S'agit-il d'enquêtes auprès de personnes non sélectionnées (enquêtes de rue, etc.) sur des habitudes sportives, alimentaires sans caractère intrusif ? NON
10. S'agit-il d'une validation de questionnaire (où l'objet de l'étude est le questionnaire) ? NON

Si les réponses aux questions 1 à 6 comportent au minimum un « oui », il apparait probablement que votre étude devra être soumise pour avis au Comité d'Ethique.

Si les réponses aux questions 7 à 10 comportent au minimum un « oui », il apparait probablement que votre étude ne devra pas être soumise pour avis au Comité d'Ethique.

En fonction de l'analyse du présent document, le Collège des Enseignants du Master en Sciences de la Santé publique vous informera de la nécessité ou non de déposer le protocole complet de

l'étude à un Comité d'Ethique, soit le Comité d'Ethique du lieu où la recherche est effectuée soit, à défaut, le Comité d'Ethique Hospitalo-facultaire de Liège.

Le promoteur·trice sollicite l'avis du Comité d'Ethique car : **NON, cela n'est pas nécessaire**

- ☐ cette étude rentre dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine.
- ☐ cette étude est susceptible de rentrer dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine car elle concerne des patients. Le Promoteur attend dès lors l'avis du CE sur l'applicabilité ou non de la loi.
- ☐ cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine, mais un avis du CE est nécessaire en vue d'une publication.

Date : 9/9/2021 Nom et signature du promoteur : LOURS Frédéric

Réponse :

RE: Demande d'avis au Comité d'Ethique mémoire GROSJEAN Julie 1 Octobre 2021 11:45

Expéditeur : MSSP

À: julie grosjean

Bonjour,

Votre étude n'est pas soumise à loi de 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine. Comme vous ne souhaitez pas publier les résultats de votre recherche, il n'est pas nécessaire de soumettre votre dossier à un Comité d'Ethique.

Bonne continuation,

Cordialement,

Le Collège restreint des Enseignants du MSSP

Annexe 16 : **Formulaire de consentement**

Université de Liège

Formulaire de consentement pour l'utilisation de données à caractère personnel dans le cadre d'un travail de fin d'étude

« Prévention de la douleur chronique post-chirurgicale à la Clinique CHC Heusy, élaboration d'un protocole de prise en charge préventive multidisciplinaire par la méthode Delphi »

L'objectif de cette étude est de déterminer une prise en charge multidisciplinaire préventive de la chronicisation de la douleur post-chirurgicale. C'est-à-dire, établir un chemin à suivre qui reprend les étapes en pré, per et post-opératoire. Cela dans le but de standardiser, normaliser et améliorer la qualité de la prise en charge préventive de la chronicisation de la douleur chez les patients opérés de chirurgies telles que : les amputations, les chirurgies de la colonne vertébrale, les thoracotomies, les chirurgies mammaires, les herniotomies, les hystérectomies et les arthroplasties.

Pour cela, c'est la méthode Delphi qui est utilisée. C'est une méthode dans laquelle les participants peuvent s'impliquer dans le processus décisionnel. Cela nécessite que les participants répondent à plusieurs questionnaires successifs. Un feedback leur sera envoyé après chaque questionnaire (au début du suivant).

Ce document a pour but de vous fournir toutes les informations nécessaires afin que vous puissiez donner votre accord de participation à cette étude en toute connaissance de cause.

Pour participer à ce projet de recherche, vous devez donner votre consentement « électronique » grâce à la case à cocher du questionnaire en seconde page : "Je consens au traitement de mes données à caractère personnel tel qu'exposé dans le formulaire de consentement. En cliquant sur ce bouton, j'affirme avoir pris connaissance des modalités de traitements de mes données à caractère personnel et marque mon accord." Vous serez totalement libre, après avoir donné votre consentement, de vous retirer de l'étude.

Responsable(s) du projet de recherche

Le promoteur de ce travail de fin d'étude est :

LOUIS Frédéric, adresse mail : FREDERIC.LOUIS@CHC.BE

L'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude est :

GROSJEAN Julie réalise un Master en sciences de la santé publique à finalité gestion des institutions de soins, adresse mail : Julie.Grosjean@student.uliege.be

Description de l'étude

Comme dit précédemment, cette étude a pour but de déterminer une prise en charge multidisciplinaire préventive de la chronicisation de la douleur post-chirurgicale. C'est-à-dire, établir un chemin à suivre qui reprend les étapes en pré, per et post-opératoire. Cela dans le but de standardiser, normaliser et améliorer la qualité de la prise en charge préventive de la chronicisation de la douleur chez les patients opérés de chirurgies telles que : les amputations, les chirurgies de la colonne vertébrale, les thoracotomies, les chirurgies mammaires, les herniotomies, les hystérectomies et les arthroplasties. Elle sera menée, sauf prolongation, jusqu'à la fin de l'année académique 2021-2022.

Protection des données à caractère personnel

Le ou les responsables du projet prendront toutes les mesures nécessaires pour protéger la confidentialité et la sécurité de vos données à caractère personnel, conformément au *Règlement général sur la protection des données* (RGPD – UE 2016/679) et à la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

1. Qui est le responsable du traitement ?

Le Responsable du Traitement est l'Université de Liège, dont le siège est établi Place du 20-Août, 7, B- 4000 Liège, Belgique.

2. Quelles seront les données collectées ?

Les données récoltées abordent différents thèmes concernant la prise en charge préventive de la douleur chronique post-chirurgicale. Les questionnaires sont réalisés afin d'obtenir l'avis des participants concernant les étapes de la prise en charge du patient en pré, per et post-opératoire. Cela dans le but d'obtenir un consensus entre les participants afin d'améliorer la prise en charge préventive de la douleur post-chirurgicale.

L'adresse mail des participants sera demandée uniquement afin de pouvoir les recontacter comme l'étude est organisée à l'aide d'un outil de collecte itératif (la méthode Delphi) qui nécessite donc plusieurs questionnaires et feedbacks successifs.

3. À quelle(s) fin(s) ces données seront-elles récoltées ?

Les données à caractère personnel récoltées dans le cadre de cette étude serviront à la réalisation d'un mémoire dans le cadre d'un Master en sciences de la santé publique en finalité gestion des institutions de soins présenté ci-dessus. Elles ne seront pas destinées à être publiées.

4. Combien de temps et par qui ces données seront-elles conservées ?

Les données récoltées seront conservées jusqu'à la réalisation et la validation par le jury du mémoire présenté ci-dessus.

Ces données seront exclusivement conservées par l'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude, sous la direction de son promoteur.

5. Comment les données seront-elles collectées et protégées durant l'étude ?

- Étape 1 : Collecte des données par différents questionnaires sur Framaforms®. Cette collecte concerne l'ensemble des professionnels correspondant aux critères d'inclusion dans l'étude.
  Les participants sont contactés par l'investigatrice (adresse mail : Julie.Grosjean@student.uliege.be) sur leur adresse mail.

- Étape 2 : Les données de contact et les réponses aux questions seront téléchargées et placées dans deux fichiers distincts. Les réponses peuvent être reliées aux données de contact via un code. Une fois ce téléchargement réalisé, les données seront supprimées sur Framaforms®. Les données de contact (adresses mail) seront conservées dans un fichier afin de vous recontacter pour des feedbacks et d'autres questionnaires en lien avec ce mémoire.

- Étape 3 : Une fois que les différents questionnaires seront complétés, comme les données de contact ne seront plus nécessaires, la suppression du fichier contenant ces données de contact sera réalisée. Les réponses deviennent donc purement anonymes.

- Étape 4 : La rédaction du mémoire sera réalisée au moyen des réponses désormais anonymes.

6. *Ces données seront-elles rendues anonymes ou pseudo-anonymes ?*

Comme expliqué ci-dessus, pendant la réalisation de l'étude (distribution des différents questionnaires), les données seront pseudonymisées. En effet, votre adresse mail sera reliée à vos réponses par un code. Donc, uniquement l'investigatrice, son promoteur et sa co-promotrice pourront relier les réponses à des identités.

Ensuite, lorsque les questionnaires seront complétés et transmis à l'investigatrice et que celle-ci ne devra plus contacter les participants, les données seront rendues anonymes.

7. *Qui pourra consulter et utiliser ces données ?*

Seuls l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude présenté plus haut, son promoteur, sa co-promotrice et éventuellement les membres du jury de mémoire (pour validation de la démarche scientifique) auront accès à ces données à caractère personnel.

8. *Ces données seront-elles transférées hors de l'Université ?*

Non, ces données ne feront l'objet d'aucun transfert ni traitement par des tiers.

9. *Sur quelle base légale ces données seront-elles récoltées et traitées ?*

La collecte et l'utilisation de vos données à caractère personnel reposent sur votre consentement. En consentant à participer à l'étude, vous acceptez que les données personnelles exposées au point 2 puissent être recueillies et traitées aux fins de recherche exposées au point 3.

10. *Quels sont les droits dont dispose la personne dont les données sont utilisées ?*

Comme le prévoit le RGPD (Art. 15 à 23), chaque personne concernée par le traitement de données peut, en justifiant de son identité, exercer une série de droits :

- obtenir, sans frais, une copie des données à caractère personnel la concernant faisant l'objet d'un traitement dans le cadre de la présente étude et, le cas échéant, toute information disponible sur leur finalité, leur origine et leur destination;
- obtenir, sans frais, la rectification de toute donnée à caractère personnel inexacte la concernant ainsi que d'obtenir que les données incomplètes soient complétées ;
- obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, l'effacement de données à caractère personnel la concernant;
- obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, la limitation du traitement de données à caractère personnel la concernant;
- obtenir, sans frais, la portabilité des données à caractère personnel la concernant et qu'elle a fournies à l'Université, c'est - à - dire de recevoir, sans frais, les données dans un format structuré couramment utilisé, à la condition que le traitement soit fondé sur le consentement ou sur un contrat et qu'il soit effectué à l'aide de procédés automatisés ;
- retirer, sans qu'aucune justification ne soit nécessaire, son consentement. Ce retrait entraine automatiquement la destruction, par le chercheur, des données à caractère personnel collectées ;
- introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (https://www.autoriteprotectiondonnees.be, contact@apd-gba.be).

11. Comment exercer ces droits ?

Pour exercer ces droits, vous pouvez vous adresser au Délégué à la protection des données de l'Université, soit par courrier électronique (dpo@uliege.be), soit par lettre datée et signée à l'adresse suivante :

Université de Liège
M. le Délégué à la protection des données,
Bât. B9 Cellule "GDPR",
Quartier Village 3,
Boulevard de Colonster 2,
4000 Liège, Belgique.

Coûts, rémunération et dédommagements

Aucun frais direct lié à votre participation à l'étude ne peut vous être imputé. De même, aucune rémunération ou compensation financière, sous quelle que forme que ce soit, ne vous sera octroyée en échange de votre participation à cette étude.

Retrait du consentement

Si vous souhaitez mettre un terme à votre participation à ce projet de recherche, veuillez en informer l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude, dont les coordonnées sont reprises ci-dessus. Ce retrait peut se faire à tout moment, sans qu'une justification ne doive être fournie. Sachez néanmoins que les traitements déjà réalisés sur la base de vos données personnelles ne seront pas remis en cause. Par ailleurs, les données déjà collectées ne seront pas effacées si cette suppression rendait impossible ou entravait sérieusement la réalisation du projet de recherche. Vous en seriez alors averti.

Questions sur le projet de recherche

Toutes les questions relatives à cette recherche peuvent être adressées à l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude, dont les coordonnées sont reprises ci-dessus.

Nous déclarons être responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engage respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Nom et prénom du Promoteur : **LOUIS Frédéric**

Date : 25/11/2021

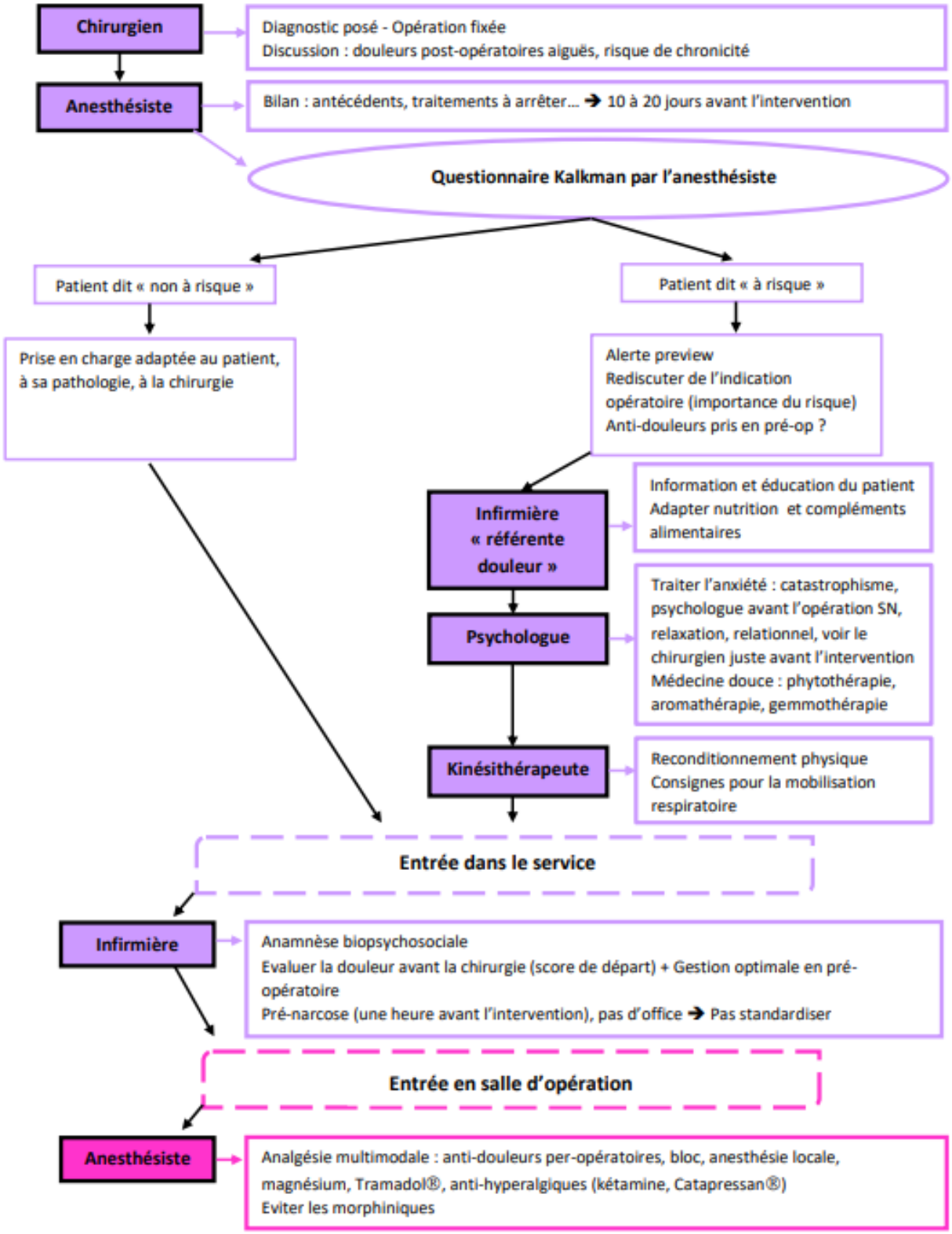
Signature :

Nom et prénom de l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude : **GROSJEAN Julie**

Date : 25/11/2021

Signature :

<u>Annexe 17</u> : Algorithme détaillé de prise en charge préventive interdisciplinaire de la chronicisation de la douleur post-chirurgicale



Salle de réveil, retour dans le service et retour à domicile

Infirmière

Evaluation de la douleur

Evaluation de la douleur dès le retour en chambre et à chaque tour
Utilisation d'une échelle ➔ Adapter au patient
Evaluation du schéma antalgique : efficace ?
Tenir compte de l'évaluation de la douleur en pré-opératoire
Améliorer l'évaluation de la douleur : échelle de langage commun

Infirmière + Anesthésiste + Chirurgien

Traitements médicamenteux

ADAPTATION SELON LE PATIENT
Salle de réveil : PM par l'anesthésiste en « SN »
Retour dans le service : PM : traitements selon le patient, l'intervention, etc
Analgésie multimodale
Anticiper la douleur par des anti-douleurs PO avant le retrait des IV
Traitements à proscrire selon le patient (allergie, tolérance)
Pour hernie : analgésie de première ligne + anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS) 48h
Traitements en « SN » en fonction du patient
Anti-douleurs avant la mobilisation des patients ➔ Anticiper
Le patient et revu chaque jour post-opératoire ➔ Adapter traitements

Traitements non-médicamenteux

ADAPTATION SELON LE PATIENT
Médecine douce : phytothérapie, gemmothérapie, huiles essentielles
Massage, chaleur, glace, coussins, adaptation positionnelle
Sac de sable sur la suture, hypnose/auto-hypnose, relaxation, musique, communication thérapeutique, écoute active
Gym posturale, stretching, hydrothérapie, hippothérapie, réflexologie plantaire

Kinésithérapeute

Mobilisation

Education d'épargne des zones concernées
Anti-douleurs le matin en prévention des soins ou de la kinésithérapie + possibilité de prendre 1h avant l'activité douloureuse
Travail respiratoire diaphragmatique

Equipe pluridisciplinaire

Chirurgien : PM des traitements anti-douleurs pour le retour à domicile
Infirmière : évaluations de la douleur, administration traitements
Infirmière « référente douleur » : répondre aux questions du patient (passage systématique après l'intervention), questionnaire DN4
Infirmière « relais douleur » : travaille dans le service où le patient est hospitalisé
Kinésithérapeute et ergothérapeute : mobilisation douce, respiration, mobilisation
Médecin traitant : lien au retour à domicile