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.

LIÈGE université
Médecine
Sciences de la santé publique

« PRÉVENTION DE LA DOULEUR CHRONIQUE POST-CHIRURGICALE À LA CLINIQUE CHC HEUSY, ÉLABORATION D'UN PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE PRÉVENTIVE INTERDISCIPLINAIRE PAR LA MÉTHODE DELPHI »

Mémoire présenté par **Julie GROSJEAN**

En vue de l'obtention de grade de

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en gestion des institutions de soins

Année académique 2021 - 2022

LIÈGE université
Médecine
Sciences de la santé publique

« PRÉVENTION DE LA DOULEUR CHRONIQUE POST-CHIRURGICALE À LA CLINIQUE CHC HEUSY, ÉLABORATION D'UN PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE PRÉVENTIVE INTERDISCIPLINAIRE PAR LA MÉTHODE DELPHI »

Mémoire présenté par **Julie GROSJEAN**

En vue de l'obtention de grade de

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en gestion des institutions de soins

Année académique 2021 - 2022

Responsable de finalité : **Professeur Pierre Gillet**

Promoteurs : **Docteur Frédéric Louis et Madame Marie Stevens**

REMERCIEMENTS

Ce travail est l'aboutissement de ces deux années de Master en Sciences de la Santé publique.
Il n'aurait pas pu être réalisé sans l'aide de mon promoteur, le Docteur Frédéric Louis.
Je le remercie tout particulièrement pour ses conseils avisés, le temps qu'il m'a accordé et pour son soutien.

Je tiens également à témoigner toute ma reconnaissance à ma co-promotrice, Madame Marie Stevens pour sa disponibilité, son savoir et ses encouragements.

Ensuite, j'adresse des remerciements tout particuliers aux lecteurs et membres du jury de mon mémoire.

Je désire également remercier sincèrement tous les experts sollicités dans le cadre de cette étude ainsi que mes collègues de travail qui m'ont permis de la mener à bien.

Je remercie aussi toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de mon mémoire.

Enfin, un grand merci à ma famille et mes amis pour avoir cru en mes capacités, pour leur soutien et leurs encouragements.

TABLE DES MATIERES

I. Préambule 1

II. Introduction 2

2.1 Douleur chronique post-chirurgicale 2

Définition et physiopathologie 2

2.2 Prise en charge 4

Difficultés de prise en charge 4

2.3 Amélioration de la qualité 5

Standardisation 6

Démarches d'amélioration de la qualité 6

Prévention 7

2.4 Contexte de l'étude 8

2.5 Approche, objectifs et hypothèses 8

III. Matériel et méthodes 10

3.1 Type d'étude 10

3.2 Population étudiée 10

Critères d'inclusion : 11

Critères d'exclusion : 11

Méthode d'échantillonnage : 11

Biais d'échantillonnage : 12

3.3 Paramètres étudiés 12

3.4 Outil et déroulement de la collecte des données 14

3.5 Organisation et planification de la collecte des données 15

Organisation de la collecte des données 15

Planification de la collecte des données 18

3.6 Méthode de traitement et d'analyse des données collectées 19

Premier questionnaire 19

Second questionnaire 19

Troisième questionnaire 20

3.7 Critères de qualité (approche qualitative) 21

3.8 Aspects règlementaires 21

Comité éthique 21

Information et consentement 21

Vie privée et protection des données 21

IV. Résultats 22
4.1 Evolution du nombre de répondants 22
4.2 Premier questionnaire 22
Résultats principaux obtenus 22
4.3 Second questionnaire 24
4.4 Troisième questionnaire 25
4.5 Algorithme 26
V. Discussion, perspectives 28
5.1 Points importants mis en évidence dans les résultats 28
Infirmier ressource douleur 28
Algorithme 29
5.2 Démarche d'amélioration de la qualité 29
Roue de Deming – Cycle PDCA 29
Comparaison avec la récupération améliorée après la chirurgie 30
5.3 Analyse critique de l'étude 32
5.4 Perspectives d'avenir 33
5.5 Analyse SWOT 34
VI. Conclusion 35
VII. Bibliographie 36
VIII. Annexes 43

LISTE D'ABREVIATIONS

APS-POQ-R : Revised American Pain Society Patient Outcome Questionnaire (questionnaire révisé sur les résultats des patients de la société américaine de la douleur en français)

AINS : Anti-inflammatoires non-stéroïdiens

CC : Chemin clinique

CD2, CD3 : C pour chirurgie et D pour médecine interne (indice de lit), le numéro est l'étage

CHC : Centre Hospitalier Chrétien (actuellement Groupe santé CHC)

CIM-11 : Onzième Classification Internationale des Maladies

DCPC : Douleur chronique post-chirurgicale (CPSP : chronic postsurgical pain en anglais)

DN4 : Douleur neuropathique en 4 points

DPO : Douleur post-opératoire

DPOC : Douleur post-opératoire chronique

DPP : Douleur post-opératoire persistante (PPP : persistent postoperative pain en anglais)

GIFD : Groupe infirmier(e)s francophones douleur

HAS : Haute Autorité de Santé

IASP : Association Internationale pour l'Étude de la Douleur (International Association for the Study of pain en anglais)

IRD : Infirmier ressource douleur

IV : Intra-veineux

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement économiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PDCA : Plan – Do – Check – Act

PM : Prescription médicale

PO : Per os

PTG : Prothèse totale de genou

PTH : Prothèse totale de hanche

Q1 : Premier quartile

Q3 : Troisième quartile

RAAC : Récupération améliorée après chirurgie (ERAS : Enhanced Recovery After Surgery en anglais)

RGPD : Règlement général sur la protection des données

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

SFETD : Société Française d'Etude de Traitement de la Douleur

SN : Si nécessaire

SPF : Service Public Fédéral

SWOT : Strengths - Weaknesses - Opportunities - Threats (forces - faiblesses - opportunités - menaces en français)

TGH : Toronto General Hospital (Hôpital général de Toronto en français)

TPS : Transitional Pain Service (Service de transition de la douleur en français)

UAPO : Unité d'Accueil Pré-Opératoire

RESUME

Introduction et but de l'étude : Les douleurs chroniques post-chirurgicales peuvent avoir un impact important sur la vie quotidienne des individus. Les prévenir est essentiel tant sur le plan humain que sur le plan de la santé publique par le surcoût qu'elles peuvent engendrer. Cette étude vise à établir un protocole de prise en charge préventive interdisciplinaire de la douleur chronique post-chirurgicale. Cela dans le but d'améliorer la qualité de la prise en charge de cette douleur chronique post-chirurgicale à la Clinique CHC Heusy à l'aide d'un consensus établi grâce à différents experts.

Matériel et méthodes : Cette étude est qualitative. La méthode de collecte utilisée est la méthode Delphi qui est dite participative. Des experts internes à la Clinique CHC Heusy ainsi que des experts externes ont été contactés par mail afin de répondre à différents questionnaires successifs.

Résultats : Un consensus a été obtenu. Un protocole de prise en charge préventive interdisciplinaire de la douleur chronique post-chirurgicale a donc pu être rédigé. Un algorithme reprenant également ces différentes étapes a aussi été établi.

Conclusion : La standardisation des pratiques permet une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Il est néanmoins essentiel d'appliquer une réflexion clinique lors des soins afin de considérer le patient dans son intégralité.

Mots clés : Douleur, chirurgie, protocole, consensus

SUMMARY

Introduction and purpose of the study : Chronic post-surgical pain can have a significant impact on the daily life of individuals. Preventing it is essential both in human terms and in terms of public health because of the additional costs it can generate. This study aims to establish an interdisciplinary preventive management protocol for chronic post-surgical pain. The aim of this study is to improve the quality of the management of chronic post-surgical pain at the CHC Heusy Clinic by means of a consensus established by various experts.

Material and methods : This study is qualitative. The collection method used is the Delphi method which is called participatory. Internal experts at the CHC Heusy Clinic as well as external experts were contacted by email to answer various successive questionnaires.

Results : A consensus was reached. A protocol for interdisciplinary preventive management of post-surgical chronic pain was therefore drafted. An algorithm also including these different steps has also been established.

Conclusion : The standardization of practices allows an improvement in the quality and safety of care. Nevertheless, it is essential to apply clinical reflection during care in order to consider the patient as a whole.

Keywords : Pain, surgery, protocol, consensus

I. PREAMBULE

Etant infirmière dans un service de chirurgie et de gastro-entérologie à la Clinique CHC Heusy (anciennement Centre Hospitalier Chrétien : CHC) depuis deux ans, j'avais à cœur de réaliser mon mémoire sur un thème mis en évidence dans ma pratique quotidienne. Mon but était, à l'aide des compétences acquises lors de ce Master, de réaliser une étude dont les résultats pourraient être utilisés pour améliorer la qualité des soins prodigués.

Mon attention a donc été retenue par la douleur post-opératoire (DPO). Y a-t-il moyen de la prévenir et éviter qu'elle ne devienne chronique ? En effet, la douleur est un problème de santé publique entre autre à cause de son impact sur la qualité de vie des populations et des frais qu'elle occasionne pour les systèmes de soins de santé.

Cherchant l'approche la mieux adaptée pour réaliser cette étude, j'ai pu discuter avec différentes personnes dont mon promoteur qui m'a alors fait part de ses recherches concernant la douleur chronique post-chirurgicale (DCPC). Ma co-promotrice, elle, m'a expliqué son travail de réalisation d'itinéraires cliniques. Suite à nos échanges et à des recherches dans la littérature, il nous a semblé intéressant de diriger cette étude en associant cette problématique de DCPC à une démarche d'amélioration de la qualité des soins par la prévention et la standardisation.

J'ai choisi la gestion des institutions de soins comme finalité pour mon Master en Sciences de la Santé publique. Celle-ci avait différentes visées, entre autre, celle du développement d'approches innovantes dans le traitement des problématiques de santé. L'étude que j'ai décidé de mener à la Clinique CHC Heusy a été réalisée dans cette optique.

II. INTRODUCTION

Depuis des années, le nombre d'interventions chirurgicales annuel est en augmentation. Par exemple, au Groupe santé CHC, celui-ci est passé de 42 819 en 2018 à 43 017 en 2019 (1). La pandémie Covid-19 a tout de même causé une diminution d'environ 25% de ce nombre en 2020 (1). Cette augmentation peut aller de pair avec un accroissement du nombre de complications post-chirurgicales. L'une d'elles, la douleur chronique post-chirurgicale est donc de plus en plus reconnue et considérée comme un problème de santé publique (2). En effet, elle a de nombreux impacts sur la santé des individus touchés ainsi que sur leur qualité de vie (3, 4, 5). La DCPC induit des coûts importants pour les systèmes de soins de santé. Elle représente environ 20% des consultations en centre de la douleur (2, 6). C'est pourquoi, « Fournir une thérapie adéquate de la douleur péri-opératoire est une obligation dans les soins aux patients. » (7). Cela fait même l'objet d'un article de la loi sur les droits du patient formulé comme suit : « Toute personne doit recevoir de la part des professionnels de la santé les soins les plus appropriés visant à prévenir, écouter, évaluer, prendre en compte, traiter et soulager la douleur. » (8).

2.1 Douleur chronique post-chirurgicale

Définition et physiopathologie

Il existe différents synonymes utilisés pour nommer la DCPC : douleur chronique post-opératoire (DCPO) ou encore douleur post-opératoire persistante (DPP) (9).

La douleur chronique fait partie de la Onzième Classification Internationale des Maladies (CIM-11) développée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cette catégorie de douleur chronique reprend la DCPC ainsi que six autres ensembles définis avec l'aide d'un groupe de travail de l'Association Internationale pour l'Étude de la Douleur (IASP) (10).

Dans cette CIM-11, la DCPC est définie comme suit : « La douleur chronique post-chirurgicale ou post-traumatique est une douleur qui se développe ou augmente en intensité après une intervention chirurgicale ou une lésion tissulaire et persiste au-delà du processus de guérison, c'est-à-dire au moins trois mois après l'événement initiateur. La douleur doit être localisée au champ chirurgical ou à la zone lésée, projetée sur le territoire d'innervation d'un nerf situé dans cette zone ou référée à un dermatome ou à la zone de la tête (après chirurgie/lésion des tissus somatiques et viscéraux profonds). D'autres causes de douleur telles que des douleurs

ou infections préexistantes, ou une tumeur maligne, etc. doivent être exclues dans tous les cas de douleur chronique post-traumatique et post-chirurgicale. Selon le type de chirurgie ou de blessure, la douleur chronique post-chirurgicale et post-traumatique peut souvent être une douleur neuropathique. » (4). Cette dernière nécessite un traitement tout à fait particulier. On comprend dès lors l'intérêt de la rechercher. Cela peut être réalisé à l'aide du questionnaire « douleur neuropathique en quatre points » (DN4) (cf. **Annexe 1**) (11, 12).

Dans cette classification, la DCPC est subdivisée en sept sous-sections, sous-diagnostics, en fonction du type de chirurgie : amputation, chirurgie de la colonne vertébrale, thoracotomie, chirurgie mammaire, herniotomie, hystérectomie et arthroplastie (cf. **Annexe 2**). Ces sous-sections permettent, entre autre, d'adapter au mieux les traitements (4). L'incidence de la DCPC varie notamment en fonction des individus ainsi que des procédures chirurgicales utilisées (13). L'incidence varie également selon le seuil de douleur pris en compte pour réaliser l'étude (11).

Les mécanismes physiopathologiques amenant à la DCPC sont très complexes et ne sont que partiellement connus actuellement. La chirurgie peut induire une lésion des tissus, des nerfs ou encore une réponse inflammatoire et peut donc mener à la DCPC (9, 13). « L'opinion générale est que les lésions tissulaires liées à la chirurgie et sa réponse inflammatoire persistante conduisent finalement à une sensibilisation du système nerveux périphérique et central, ce qui facilite le développement de la DCPC. » (3).

De nombreux facteurs de risque de la DCPC sont mis en évidence par différents auteurs (11, 14, 15). Tout d'abord, le type de chirurgie a toute son importance comme cela a été formulé précédemment (13). Par exemple, la DCPC est présente chez 20% des patients opérés de prothèse totale de genou (PTG) (16).

Ensuite, les patients plus jeunes sont plus à risque de DCPC (17). Les personnes de sexe féminin, elles, souffrent plus souvent de douleurs aiguës intenses et plus fréquemment de douleurs chroniques (6). Il y a également des facteurs de risque génétiques. « Les estimations de l'héritabilité suggèrent qu'environ la moitié de la variance des niveaux de DCPC est attribuable à la variation génétique. Ces estimations suggèrent que l'identification des

fondements génétiques de la DCPC peut conduire à des améliorations significatives du traitement. » (14).

Ce point est tout de même controversé (13, 18). D'autres études doivent être réalisées afin de voir si la génétique a un impact sur l'apparition de DCPC (9, 13).
Les facteurs psychosociaux comme le stress, la dépression, le catastrophisme, l'anxiété pré-opératoire, ... ont également leur importance (6, 9). La douleur chronique pré-opératoire ou encore la sévérité de la douleur aigüe post-opératoire peuvent aussi prédire la DCPC (6, 9, 15). Souffrir de comorbidités telles que la polyarthrite rhumatoïde, le syndrome de Raynaud, la neuropathie périphérique et le côlon irritable est également un facteur de risque de la DCPC (6). Il existe encore d'autres facteurs comme la prise d'opioïdes avant l'opération (13, 19).

Ces différents facteurs peuvent être ciblés lors d'une consultation pré-anesthésique. Cela permet de mettre en évidence les patients à risque et de mettre en place des stratégies de prise en charge préventive (20, 21). De plus, une règle (score) pour prédire l'apparition de douleur post-opératoire sévère précoce a été validée dans une étude réalisée par Kalkman CJ. et al (22). Les facteurs déterminés par cette règle peuvent déjà être ciblés en pré-opératoire (22). Néanmoins, celle-ci a été définie en interne et pas encore dans d'autres contextes cliniques. Un document a été réalisé au Groupe santé CHC et était utilisé sur le site de la Clinique de l'Espérance avant le déménagement vers la Clinique du MontLégia (cf. **Annexe 3**). L'ensemble des facteurs cités souligne l'aspect multifactoriel de la douleur. Celle-ci ne doit pas être considérée uniquement comme un symptôme physique.

2.2 Prise en charge

Difficultés de prise en charge

Il y a de nombreuses années, le modèle adopté pour appréhender la douleur chronique était dualiste. Il reprenait deux composantes : le corps et l'esprit. Actuellement, le modèle prôné concernant celle-ci est multidimensionnel. C'est le modèle biopsychosocial (23 ,24). En effet, la douleur chronique nécessite une prise en charge adaptée, globale, reprenant les facteurs physio-pathologiques, psychologiques, affectifs, comportementaux, etc. Ces facteurs peuvent exercer une influence sur la réponse au traitement (23, 24). La prise en charge de la douleur est donc complexe.

Le processus qui entraine la chronicisation de la douleur post-chirurgicale est également complexe. Il n'est pas encore totalement élucidé (25). Des études ont été menées sur les stratégies à adopter comme un traitement médicamenteux, l'éducation du patient, la prévention, ... Il n'y a pas encore beaucoup de recul et d'autres travaux doivent être réalisés (25). Par contre, une grande importance est accordée à la prise en charge préventive multidisciplinaire voire même interdisciplinaire. De nombreux professionnels de la santé jouent un rôle dans cette prise en charge : anesthésistes, chirurgiens, infirmières, algologues, etc. Leur coopération peut être un véritable avantage pour les patients (3, 25).

Selon Nikolajsen L., « D'autres revues sur la prévention de la DCPC conviennent que les interventions péri-opératoires de courte durée avec des agents uniques sont moins susceptibles de réduire la DCPC. » (26). Il est tout de même important de souligner que malgré les preuves avancées concernant la prise en charge préventive, c'est un domaine dans lequel d'autres études plus approfondies doivent encore être réalisées, surtout au niveau pharmacologique (11, 27).

2.3 Amélioration de la qualité

La qualité des soins est au centre des préoccupations des systèmes de santé (28, 29). De nombreuses initiatives sont prises par différents organismes comme Sciensano, le Service Public fédéral (SPF) Santé Publique, l'Organisation de Coopération et de Développement économiques (OCDE), ... dans le but d'améliorer la qualité des soins (28).
Selon l'OCDE, « Des services santé de haute qualité exigent la prestation de soins pertinents au moment opportun, en prenant en compte les besoins et les préférences des usagers et en réduisant au minimum le risque de préjudice pour les patients et le gaspillage de ressources. Des soins de qualité augmentent les chances d'obtenir les résultats sanitaires désirés. » (29).

Selon Chou R. et al, « Les établissements dans lesquels la chirurgie est pratiquée devraient avoir une structure organisationnelle pour superviser le développement, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques et des pratiques pour assurer un contrôle de la douleur post-opératoire sûr, fondé sur des preuves et efficace. Que ce soit par le biais d'un comité d'amélioration de la qualité existant ou d'une équipe désignée de gestion de la douleur, le processus devrait idéalement être interdisciplinaire. » (30).

Standardisation

Dans le but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, il est important que les patients reçoivent quotidiennement la même qualité de soins. Cela peut être mis en place grâce à une standardisation des processus de soins (31). « La gestion de la douleur après la chirurgie est connue pour être un processus de soins où la qualité des soins est très variable. » (31).

Pour réduire cette variabilité des pratiques, de nombreuses recommandations ont été formulées concernant la DPO en tenant compte des références scientifiques validées concernant l'amélioration continue de la qualité notamment par la Haute Autorité de Santé (HAS) ou encore par la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) (32, 33). Ces recommandations reprennent des critères au niveau de la structure des soins comme des protocoles et procédures de prise en charge de la DPO, une équipe de prise en charge de la douleur, une évaluation régulière de la prise en charge. Elles concernent également le dossier du patient et donc son suivi péri-opératoire (32, 33).

Par contre, même si ces recommandations basées sur des données de la littérature sont formulées, elles ne sont pas toujours appliquées sur le terrain.

D'autres problèmes ont été également mis en évidence concernant la prise en charge de la DPO et de la DCPC. En effet, la douleur est souvent mal évaluée et traitée en post-opératoire alors qu'il existe des preuves concernant le rôle des analgésiques notamment (31). Il est primordial que les patients reçoivent des soins adaptés à leurs besoins. Ils ne doivent pas varier en fonction du soignant (31).

« Malgré la diffusion des meilleures données probantes concernant la douleur et le traitement de la douleur, il n'existe pas de stratégie structurée et systématique pour intégrer des systèmes complexes d'aide à la décision clinique dans la pratique afin de normaliser les processus de soins et d'améliorer la qualité de la gestion de la douleur. » (31). L'élaboration de protocoles est également un point à améliorer concernant la prise en charge de la douleur en milieu hospitalier (24).

Démarches d'amélioration de la qualité

De nombreuses démarches sont donc mises en place dans le monde dans le but d'améliorer la qualité de la prise en charge de la douleur (34-38).

Tout d'abord, des indicateurs de la qualité de la prise en charge de la DPO ont été formulés et par la suite validés par Idvall E.et al **(cf. Annexe 4)** (34, 35). Ces indicateurs viennent d'un modèle reprenant les points importants à suivre dans le cadre de soins infirmiers en chirurgie (36) et d'une revue de la littérature (34). Dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité, un outil d'évaluation de l'organisation de la prise en charge de la DPO a également été réalisé. Celui-ci reprend trois questionnaires différents en fonction de la personne interrogée : soignant, patient ou médecin (37).

Ensuite, le Transitional Pain Service (TPS) a été élaboré à l'Hôpital général de Toronto (TGH). Cette prise en charge permet une approche globale de la DCPC. Celle-ci se développe en trois temps : la période pré-opératoire, en post-opératoire à l'hôpital et en post-opératoire en ambulatoire. Les patients à risque ciblés en pré-opératoire seront pris en charge par une équipe interdisciplinaire. Cela permet d'avoir des soins coordonnés (38).

Prévention

Actuellement, il n'existe pas encore beaucoup de données pour réduire la transition entre la douleur aiguë et chronique. « Afin d'atteindre cet objectif, nous avons besoin d'une approche préventive multidisciplinaire qui implique des interventions de gestion psychologique, médicale, physique et pharmacologique intensives et péri-opératoires visant à prévenir et à traiter les facteurs qui augmentent le risque de DCPC et d'invalidité associée […]. Le TPS est conçu spécifiquement pour identifier les patients à risque de DCPC, pour intervenir de manière adaptée et rapide sur le plan médical, psychologique et avec des traitements complémentaires afin de minimiser la transition vers la chronicité, et de réduire la dépendance aux médicaments opioïdes en se concentrant sur le traitement à travers l'hôpital. » (38). Ce type de prise en charge préventive est donc globale et reprend les composantes du modèle biopsychosocial de la douleur (cf. **Annexe 5**) (23, 24, 38).

« La douleur chronique après une opération ne peut certainement pas être évitée de manière préventive par les seules mesures médicamenteuses. Des stratégies de prévention interdisciplinaires sont souvent nécessaires. » (25). Il est recommandé, par exemple, de cibler de manière préventive, en pré-opératoire, les facteurs de risque de chronicisation de la douleur chez les patients pour adapter la prise en charge (3, 30).

2.4 Contexte de l'étude

Une prise en charge de la douleur de qualité est très vaste et reprend énormément de critères. Cette étude ne peut donc pas en approfondir toutes les composantes. Elle porte surtout sur différents aspects mis en évidence dans la littérature comme pouvant apporter une amélioration à la prise en charge de le DCPC (38). En effet, ce travail se concentre sur l'approche préventive de la DCPC, sur la nécessité d'une approche interdisciplinaire ainsi que sur la prise en charge globale et standardisée, et ce tout au long du trajet du patient. Actuellement, ces différents aspects ne sont que peu développés à la Clinique CHC Heusy.

Dans ce travail, les trois premières étapes du cycle de réadaptation (« Rehab-CYCLE ») sont abordées (cf. **Annexe 6**) (39). En effet, elles permettent de développer le processus à suivre pour la réalisation de l'étude. C'est un modèle normalement utilisé dans le cadre de la réadaptation de la prise en charge de la douleur chronique notamment (39).

Cette étude peut également être vue sous l'angle d'un autre modèle, plus connu cette fois. Celui-ci porte le nom de « Roue de Deming ou Cycle Plan - Do - Check - Act (PDCA) » (40, 41). C'est plus particulièrement la première étape de ce cycle qui est abordée dans ce travail. En effet, ce modèle s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité dans les soins et donc notamment dans la réalisation de chemin clinique (CC) (40). Il se décline en quatre phases itératives : « planifier, faire, analyser, améliorer » (40, 41). La première phase qui est développée dans cette étude est donc l'étape de planification : « C'est l'étape de définition de la démarche à mettre en œuvre, […]. » (40).

2.5 Approche, objectifs et hypothèses

Cette étude suit une approche inductive. Cela signifie qu'elle part du spécifique pour aller vers le général. 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 interdisciplinaire standardisée mise en avant grâce à l'étude qui relève du général.

La question de recherche de ce travail est donc : Comment améliorer la qualité de la prise en charge préventive de la chronicisation de la douleur post-chirurgicale à la Clinique CHC Heusy pour les patients opérés d'une chirurgie reprise dans les sept sous-diagnostics de DCPC dans la CIM-11?

L'objectif principal de cette étude est donc : Déterminer une prise en charge interdisciplinaire 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.

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- Identifier les besoins institutionnels à combler, les points à améliorer actuellement, selon les professionnels de santé, en termes de prise en charge de la douleur post-chirurgicale aiguë et chronique ;
- Identifier les besoins institutionnels à combler, les points à améliorer, selon les professionnels de santé, dans le cadre d'une implémentation future de cette prise en charge standardisée ;
- Établir un algorithme de la prise en charge préventive interdisciplinaire de la chronicisation de la douleur.

L'hypothèse principale est : La collecte des données par la méthode Delphi auprès de l'équipe interdisciplinaire permet d'obtenir un consensus afin d'identifier un chemin standardisé de la prise en charge des patients opérés pour améliorer la qualité de la prise en charge préventive interdisciplinaire de la douleur chronique post-chirurgicale.

L'hypothèse secondaire est : Cette étude contribue à mettre en évidence les besoins institutionnels à combler pour implémenter cette prise en charge standardisée dans le futur.

III. MATERIEL ET METHODES

3.1 Type d'étude

Cette étude est donc **QUALITATIVE**. En effet, ce type d'étude permet au chercheur d'atteindre différents buts. Notamment, déterminer les besoins des patients, des professionnels de soins, etc (42). Cela permet, par la suite, de formuler des recommandations et de mieux aborder certains concepts (42). Les objectifs formulés dans ce travail correspondent bien à ce type d'étude (cf. II. Introduction). Le design de cette étude est une recherche de consensus.

Dans le protocole de recherche rédigé précédemment, cette étude était décrite comme étant organisée selon deux étapes de collecte de données : des entretiens individuels (à visée exploratoire) et ensuite des questionnaires réalisés selon la méthode Delphi.
Or, après réflexion et par souci d'organisation, cette première phase d'entretiens n'a pas eu lieu. En effet, le contexte sanitaire défavorable a également influencé cette décision. C'est donc le premier questionnaire composé de toute une série de questions ouvertes entre autre qui a permis de recueillir les informations nécessaires tout en évitant des contraintes organisationnelles liées à la réalisation des entretiens.

La méthode de collecte d'informations qu'est la méthode Delphi a permis de récolter l'avis d'experts. Cette méthode est dite participative. Cela signifie qu'elle permet aux personnes concernées par le sujet traité de s'impliquer dans le processus décisionnel (43). La collecte de données par la méthode Delphi est un processus itératif. En effet, les participants répondent à plusieurs questionnaires successifs. L'investigateur réalise un feedback des réponses des participants entre chaque nouveau questionnaire (43).

3.2 Population étudiée

La **population cible** correspondait à 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 CIM-11.

La **population accessible** correspondait à l'ensemble des experts (professionnels et soignants) de la population cible qui répondent aux critères d'inclusion.

Critères d'inclusion :

- Être un expert interne à la Clinique CHC Heusy : chirurgien, anesthésiste, infirmier des services de chirurgie et médecine interne (CD2 et CD3), kinésithérapeute, algologue, infirmier en algologie, psychologue ;
- Et/ou être un expert externe à la Clinique CHC Heusy : les experts externes considérés dans cette étude étaient des membres du Groupe infirmier(e)s francophones douleur (GIFD). Ceux-ci avaient été désignés comme experts externes dans le cadre de ce travail parce qu'ils avaient suivi une ou plusieurs formations en algologie. Les experts externes étaient aussi des infirmiers spécialisés en algologie, des anesthésistes, des chirurgiens et des médecins spécialisés en revalidation, des psychologues (du centre de la douleur chronique) de la Clinique CHC MontLégia. Ces experts externes avaient été choisis afin d'enrichir les données et d'avoir des avis supplémentaires de personnes qui avaient une autre expérience que celle du travail à la Clinique CHC Heusy ;
- Et intervenir dans la prise en charge des patients ayant subi ou subissant une chirurgie reprise dans les sept sous-diagnostics de la DCPC dans la CIM-11.

Critères d'exclusion :

- Ne pas parler le français ;
- Ne pas avoir d'adresse mail.

Méthode d'échantillonnage :

La méthode d'échantillonnage qui avait été utilisée ici était une méthode non probabiliste, non aléatoire par choix raisonné. En effet, les experts avaient été choisis sur base de critères, de caractéristiques afin de récolter des informations se rapportant au but de l'étude. Pour être sélectionnés, ils devaient correspondre aux critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessus.

Un maximum de personnes avaient donc été contactées afin d'obtenir dès le départ le plus de participants possible en sachant que plusieurs questionnaires successifs allaient être réalisés. Une liste avait été élaborée pour le personnel interne à la Clinique CHC Heusy reprenant les individus correspondant aux critères d'inclusion exposés ci-dessus. Une seconde liste reprenant cette fois les experts externes répondant aux critères exposés avait été élaborée suite à des recherches et à l'aide de professionnels spécialisés en algologie. Un maximum de personnes de la Clinique CHC MontLégia et du GIFD avaient été contactées également.

Biais d'échantillonnage :

Cette méthode d'échantillonnage engendre un biais d'échantillonnage. En effet, elle ne permet pas d'obtenir un échantillon représentatif de la population. Dans le cas de cette étude qui est qualitative, c'est un point qui est recherché par l'investigateur. De fait, c'est un échantillonnage diversifié qui est prôné. Les résultats de cette étude ne sont donc pas généralisables à tous les hôpitaux ou à toutes les cliniques.

3.3 Paramètres étudiés

Les paramètres étudiés pour répondre aux objectifs fixés venaient de quatre sources présentées dans l'introduction de ce travail (cf. II. Introduction).

Ces paramètres étaient :

1. **Quinze indicateurs de qualité dans la prise en charge de la douleur post-opératoire.** Ils sont répartis en deux dimensions et sont classés dans le tableau 1 ci-dessous (35).

Tableau 1 : Les deux dimensions et de leurs catégories (35) :

Eléments de performance	Eléments de prérequis
• Détecter et agir sur les signes et symptômes ; • Effectuer des prescriptions ; • Effectuer des soins pré- et post-opératoires ; • Effectuer des soins généraux ; • Informer et éduquer ; • Favoriser les relations ; • Agir au nom des patients ; • Protéger la vie privée des patients.	• Personnel ; • Environnement/équipement ; • Compétence/connaissance ; • Routines ; • Responsabilité ; • Attitudes ; • Travail d'équipe.

2. Des **recommandations** qui avaient été émises par l'IASP et la SFAR :

- « La prédiction d'une douleur post-opératoire chronique (DPOC) devrait en théorie permettre un ciblage préventif des patients à risque.» (18)
- La prévention de la DPOC peut être réalisée selon différents moyens : une anesthésie régionale, une injection de traitements intra-veineux en péri-opératoire dans certains cas, etc (11, 18).

3. Les différents thèmes abordés dans les trois **questionnaires** qui avaient été élaborés afin d'évaluer le niveau de satisfaction des patients, des infirmiers et des médecins et la qualité de la prise en charge de la DPO (37). Ceux-ci étaient :

- La formation spécifique sur la douleur ;
- L'évaluation régulière de la douleur post-opératoire ;
- La mobilisation des patients ;
- Les protocoles de prescriptions ;
- Les traitements ;
- Une infirmière référente douleur ;
- Les freins à l'analgésie dans le service ;
- L'information du patient (modalités de prise en charge et effets secondaires) ;
- Les intervenants dans la prise en charge ;
- La charge de travail.

4. Les six composantes d'un **questionnaire de l'American Pain Society : American Pain Society Patient Outcome Questionnaire Revised (APS-POQ-R)** pour l'amélioration de la qualité de la gestion de la douleur chez les adultes hospitalisés (44) :

- « La gravité et le soulagement de la douleur ;
- L'impact de la douleur sur l'activité, le sommeil et les émotions négatives ;
- Les effets secondaires du traitement ;
- L'utilité des informations sur le traitement de la douleur ;
- La capacité de participer aux décisions de traitement de la douleur ;
- L'utilisation de stratégies non pharmacologiques.» (44).

3.4 Outil et déroulement de la collecte des données

La collecte des données a donc été réalisée grâce à la méthode Delphi.

Selon Slocum N. et al et Bourrée F. et al, la méthode Delphi se compose de différentes étapes (43, 45). Celles-ci ont été appliquées et détaillées dans le cadre de cette étude (Figure 1) :

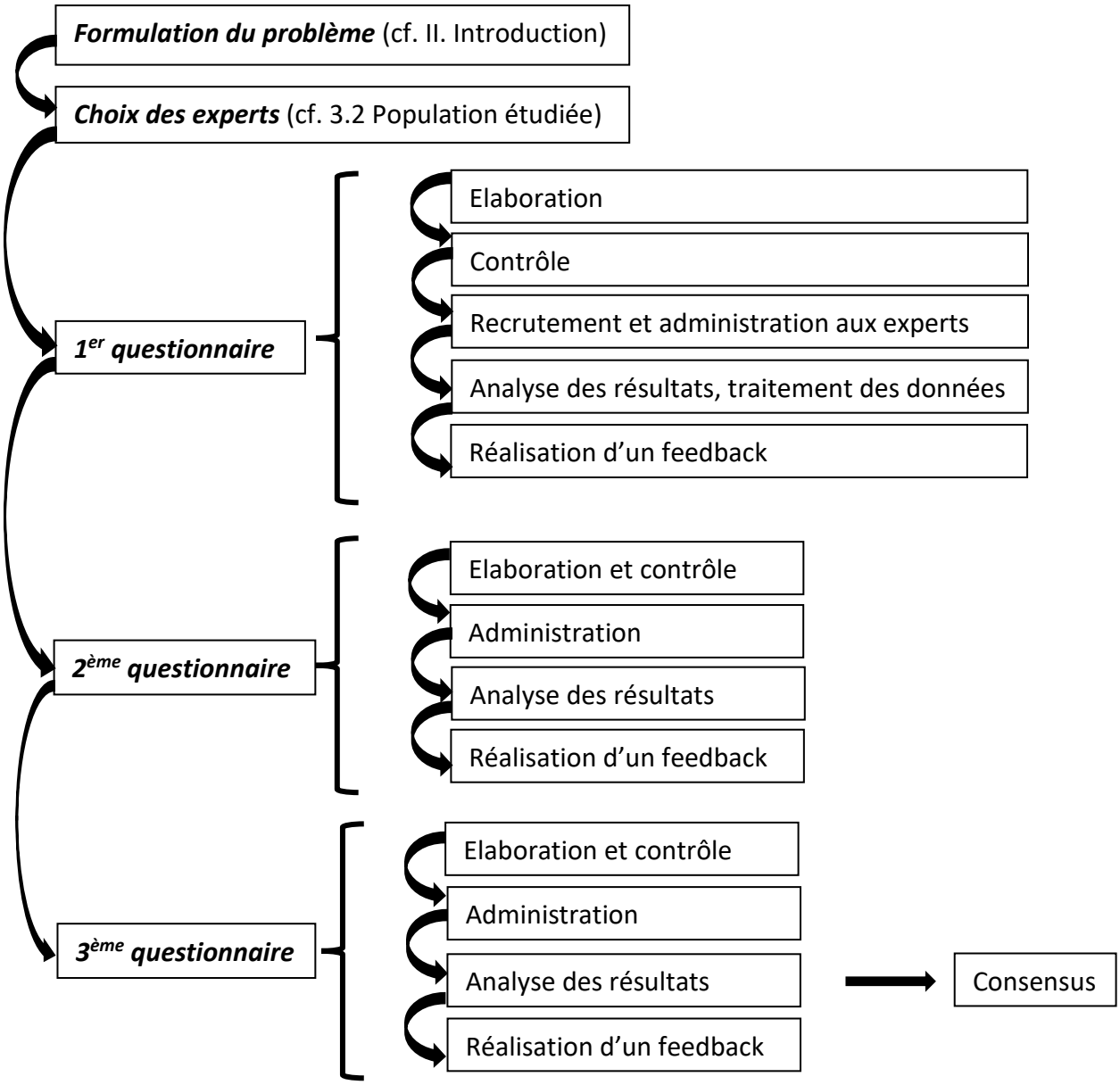


Figure 1 : Collecte des données par méthode Delphi

Le but était ici d'atteindre un consensus qui a permis de délimiter la prise en charge interdisciplinaire préventive de la chronicisation de la douleur post-chirurgicale considérée comme standard pour la Clinique CHC Heusy. Comme cela est expliqué à la fin de ce travail, il y a encore différentes étapes à réaliser avant que celle-ci ne soit appliquée sur le terrain (gestion des ressources, formations, …).

3.5 Organisation et planification de la collecte des données

Comme expliqué précédemment, la collecte des données a été réalisée à l'aide de la méthode Delphi selon différentes étapes détaillées ci-dessous.

Organisation de la collecte des données

1) ***Formulation du problème :*** (cf. II. Introduction)
2) ***Choix des experts :*** (cf. 3.2 Population étudiée)
3) ***Elaboration du premier questionnaire :***

   Le questionnaire a été rédigé en tenant compte des paramètres étudiés (cf. 3.3 Paramètres étudiés). Ce premier questionnaire a été créé sur Framaforms® et comptait six pages (cf. **Annexe 7**) contenant des explications en quelques lignes de l'objectif de l'étude, le règlement général sur la protection des données (RGPD) ainsi que le consentement des participants (ceux-ci devaient y répondre afin d'accéder au questionnaire) et des questions générales (professions, institution, formation, points à améliorer dans la prise en charge, …). Les dernières pages concernaient les périodes pré-, per- et post-opératoires. Les questions ont été rédigées afin d'obtenir l'avis détaillé des participants. C'est pour cela également que des sous-questions apparaissaient en fonction des réponses données.

4) ***Contrôle : vérification de la compréhension et de la formulation :***

   Des infirmières et médecins ainsi que les membres de l'équipe de recherche qui n'avaient pas rédigé le questionnaire ont lu celui-ci. Il a donc été modifié quelque peu, essentiellement au niveau de la formulation des questions afin de faciliter sa compréhension avant d'être transmis aux participants.

5) ***Recrutement et administration du premier questionnaire :***

   Comme cela a été dit précédemment, une liste d'experts internes et externes avait été rédigée. Le premier questionnaire a été envoyé à ces experts le 30 novembre 2021. Les professionnels ont donc été contactés par mail afin d'obtenir leur participation. Le lien du premier questionnaire était disponible dans ce mail afin de rendre celui-ci accessible directement. Ainsi, les échanges par mails ont été limités au strict nécessaire dans le but de ne pas lasser les participants. En effet, la lassitude est déjà un point relevé comme critique dans le cadre de la méthode Delphi. Un second mail a été

envoyé en guise de rappel aux personnes n'ayant pas encore répondu au questionnaire après 10 jours, c'est-à-dire le 10 décembre 2021. Les experts qui ont répondu après le 21 décembre ou qui n'ont pas répondu du tout n'ont pas été inclus dans l'étude. Le 23 décembre 2021, deux jours après la clôture du questionnaire, un mail a été envoyé aux 30 personnes ayant répondu à ce premier questionnaire afin de les remercier.

6) ***Analyse des résultats :***

Différents documents ont été élaborés afin d'analyser les réponses à ce questionnaire : tableaux Word®, documents Word®, … (cf. 3.6 Méthode de traitement et d'analyse des données collectées).

7) ***Réalisation du feedback :***

Les feedbacks réalisés dans le cadre de cette étude ont été rédigés afin que les répondants puissent prendre connaissance de l'avis des participants et ainsi situer leurs réponses par rapport à celles des autres. Il était donc important que les experts lisent ce feedback (cf. **Annexe 8**) avant de répondre au questionnaire suivant. C'est pour cela que celui-ci a été intégré au début du second questionnaire.
Il a été rédigé à la suite de l'analyse des réponses obtenues au premier questionnaire.

8) ***Elaboration d'un second questionnaire et contrôle :***

Ce second questionnaire a été rédigé sur base des réponses obtenues, des avis des experts (cf. **Annexe 9**). Ce questionnaire a également été réalisé sur Framaforms® en différentes pages (cf. Elaboration du premier questionnaire) reprenant notamment le feedback et les questions générales (profession et institution). Pour les pages suivantes, traitant des périodes opératoires, les informations récoltées dans le premier questionnaire étaient classées par thème et organisées sous forme de tableaux. Ces tableaux permettaient aux participants de dire s'ils étaient d'accord ou non avec ce qui était énoncé. Les experts avaient également une case « commentaires » dans laquelle ils pouvaient justifier leur réponse ou ajouter des éléments. Les deux dernières pages concernaient des points plus transversaux dans la prise en charge et plus difficiles à classer dans une seule période, c'est-à-dire l'adaptation des traitements et

l'amélioration de la prise en charge. Un mot de remerciement a été ajouté à la fin du questionnaire.

9) Administration du second questionnaire :

Le lien du second questionnaire a été envoyé par mail avec une explication de l'investigatrice et un rappel de ce qui avait été formulé dans le premier mail. Celui-ci a été envoyé le 4 janvier 2022. Un mail de rappel a été transmis aux personnes n'ayant pas encore répondu le 14 janvier 2022 afin d'obtenir leur participation.

10) Analyse des résultats :

Une analyse des réponses à ce second questionnaire a été réalisée à l'aide de différents tableaux, une fois ce second questionnaire clôturé, le 25 janvier 2022 (cf. 3.6 Méthode de traitement et d'analyse des données collectées). Les commentaires donnés par les experts ont aussi été traités selon les thèmes abordés.

11) Réalisation du feedback :

Un second feedback (cf. **Annexe 10**) a été réalisé comme cela a été fait suite au premier questionnaire. Par contre, celui-ci a été créé dans un document Word® sous forme de tableaux avec les résultats principaux afin de le rendre plus agréable à la lecture.

12) Elaboration du troisième questionnaire et contrôle :

Un document de consensus a été réalisé dans le logiciel Word® reprenant les différents points pour lesquels la majorité des participants avaient formulé leur accord.

Le troisième et dernier questionnaire était donc construit avec la même trame que les précédents (cf. **Annexe 11**) : introduction, RGPD, feedback, questions générales, le document de consensus (cf. **Annexe 12**) créé afin de voir si les participants étaient d'accord avec celui-ci et s'ils avaient encore un complément d'informations à y apporter et un tableau reprenant les commentaires laissés au second questionnaire afin de connaitre l'avis des participants par rapport à celui-ci. La dernière page concernait plutôt les modalités pratiques d'implémentation de ce consensus comme perspective d'avenir.

13) Administration du troisième questionnaire :

Le lien du troisième et dernier questionnaire a été transmis aux participants ayant répondu au premier et au second. Cela a eu lieu le 8 février 2022. Un mail de rappel a été envoyé le 18 février 2022 aux personnes qui n'avaient pas encore répondu.

14) Analyse des résultats :

L'analyse des réponses a été réalisée suite à la clôture du troisième questionnaire le 1er mars 2022 (cf. 3.6 Méthode de traitement et d'analyse des données collectées).

15) Réalisation du feedback :

Les répondants au troisième questionnaire ont été contactés une dernière fois afin de les remercier pour leur participation et pour leur transmettre un dernier feedback (cf. **Annexe 13**). Celui-ci, comme le précédent a été réalisé à l'aide du logiciel Word®. Ils ont donc été informés du consensus obtenu grâce à leur implication dans cette étude le 8 mars 2022.

Planification de la collecte des données

Un Diagramme de Gantt est une représentation théorique de la planification de l'étude. Un premier diagramme avait été construit et inséré au protocole de recherche réalisé précédemment. Celui-ci a subi quelques modifications. En effet, le Diagramme de Gantt ci-dessous reprend les étapes qui ont été réalisées en pratique (Figure 2) :

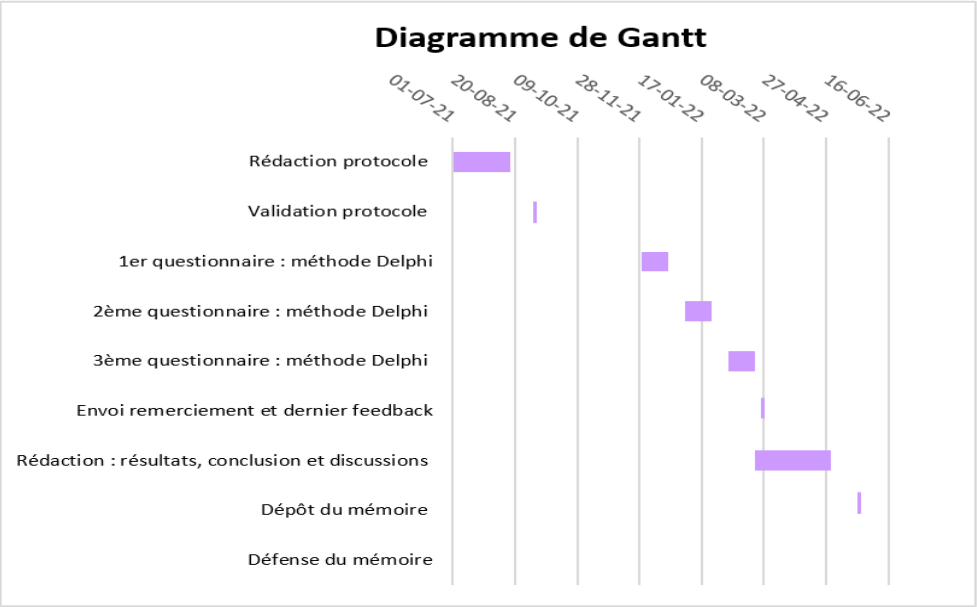


Figure 2 : Diagramme de Gantt

3.6 Méthode de traitement et d'analyse des données collectées

Le traitement des données a eu lieu au fur et à mesure de la collecte des informations. C'est-à-dire suite à l'obtention des réponses à chacun des tours de questionnaires. Différentes méthodes d'analyse ont été utilisées :

Premier questionnaire

Plusieurs tableaux ont été tracés et complétés dans le logiciel Word®. Ceux-ci contenaient les données recueillies. Le premier tableau reprenait les données générales (profession, formation, …). Les autres tableaux ont été réalisés en fonction de la période (pré-, per- et post-opératoire). Ceux-ci ont été construits de cette façon :

- Lignes : les numéros correspondants aux répondants (cf. 3.8 Aspects règlementaires) ;
- Colonnes : les questions.

Ensuite, les réponses aux questions ouvertes ont été retranscrites. Elles ont été surlignées dans des couleurs différentes en fonction de la période (pré-, per- et post-opératoire). Puis, elles ont été regroupées par thématique afin de construire le second questionnaire qui a donc été réalisé à l'aide des réponses obtenues au premier questionnaire.

Second questionnaire

Ce second questionnaire a été rédigé, comme cela a été dit précédemment, grâce aux réponses formulées par les participants au premier questionnaire. Celles-ci ont été classées selon la période opératoire ainsi que les thèmes abordés (traitements médicamenteux, traitements non-médicamenteux, …). Dans le cadre de l'analyse, des tableaux ont donc été réalisés avec ces réponses afin de savoir si les participants étaient en accord ou non avec les informations données par les autres répondants. Les réponses laissées dans l'espace « vos commentaires » permettaient aux participants de s'exprimer. L'analyse de ces informations a également été réalisée à l'aide d'une mise en couleur selon la période opératoire et puis d'une analyse des thèmes traités. La partie de ce questionnaire déjà disposée sous forme de tableau a permis une analyse plus rapide. En effet, les réponses pour lesquelles une majorité des répondants étaient d'accord ont été mises en évidence afin de réaliser le document appelé « 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 » (cf. **Annexe 12**). Ce document a servi de base à la rédaction du dernier questionnaire.

Troisième questionnaire

Pour ce dernier questionnaire, les participants avaient accès à un document comme expliqué précédemment qui reprenait les informations consensuelles.

Les réponses obtenues à ce dernier questionnaire ont permis d'ajouter quelques éléments au document de consensus établi suite au second questionnaire. Pour cela, une analyse a été réalisée par rapport aux réponses obtenues comme dans le second questionnaire sous forme de tableau (d'accord/pas d'accord/je ne sais pas). Le dernière colonne : « Je ne sais pas » a été créée afin d'éviter l'abstention. En effet, dans le second questionnaire, quelques participants avaient formulé en commentaire le fait qu'ils n'avaient pas connaissance de certains points, raison pour laquelle ils n'avaient pas répondu à la question. Les derniers commentaires laissés par les participants ont été analysés à l'aide d'un code couleur et d'un codage thématique comme ça a été le cas pour les commentaires laissés dans le précédent questionnaire. Les informations qui sont ressorties de cette analyse ont été ajoutées au document de consensus final (cf. **Annexe 14**).

De façon plus théorique, chaque questionnaire a un objectif comme cela est expliqué par le centre de recherche Spiral de l'Université de Liège :

- Le premier vise à mettre en évidence la médiane et l'intervalle interquartile. « En prenant des seuils de 25% et 75% puis 75% et 25%, on définit aussi respectivement le premier quartile (Q1) et le troisième quartile (Q3). L'espace interquartile est constitué par l'intervalle (Q1-Q3).» (46).
- Le second permet de réduire l'espace interquartile.
- Le troisième questionnaire : « Ce questionnaire vise à opposer les réponses extrêmes en rapprochant leurs arguments. Il est en outre demandé à chaque expert de critiquer les arguments de ceux qui se situent en-deçà de Q1 et au-delà de Q3.» (46).

« L'objectif de ces questionnaires successifs est de diminuer l'espace interquartile tout en précisant la médiane.» (46).

Dans le cadre de cette étude, ces éléments plus théoriques n'ont pas été calculés. Ceux-ci n'auraient probablement pas été significatifs vu le nombre restreint de participants. De plus, cela n'était pas le but de cette étude.

3.7 Critères de qualité (approche qualitative)

Une démarche d'assurance de la qualité a été établie. Cette démarche a été réalisée tout au long de l'étude : les différents questionnaires utilisés pour la collecte des données grâce à la méthode Delphi ont été contrôlés. Cela signifie qu'ils ont été distribués à différentes personnes qui n'ont pas participé à leur rédaction afin d'évaluer leur compréhension. Seules quelques modifications de la formulation ont été réalisées suite à cela.

3.8 Aspects règlementaires

Comité éthique

Ce travail a été soumis à l'avis du Collège des Enseignants (cf. **Annexe 15**). La soumission au Comité d'éthique n'a pas été nécessaire car cette étude ne traitait pas de la protection des personnes. De plus, elle ne rentrait pas dans les critères de la loi de 2004 sur l'expérimentation humaine. Enfin, elle n'a pas été réalisée dans le but d'être publiée.

Information et consentement

Comme dit précédemment, la seconde page du questionnaire était intitulée : « Règlement général sur la protection des données ». Celle-ci reprenait un document à lire, le document de consentement en lien avec l'étude (cf. **Annexe 16**). Donc, pour avoir accès au questionnaire, les participants devaient lire ce document et cocher la case : « 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. »

Vie privée et protection des données

Dans un premier temps, les adresses mails des participants ont été recueillies afin de pouvoir les recontacter pour les questionnaires suivants. Comme cela est expliqué dans le document de consentement, au moment de l'analyse des données, deux documents ont été réalisés afin de séparer les données personnelles de contact et les réponses des participants.

Cela a permis de rendre les données anonymes en supprimant le document reprenant les données de contact une fois que les questionnaires suivants avaient été transmis.

Le principe de minimisation a été respecté entre autre en ne collectant que les informations nécessaires à l'étude. Cette étude ne sera pas publiée et ne sera partagée que dans le cadre du mémoire en Sciences de la Santé publique s'y rapportant.

IV. RESULTATS

4.1 Evolution du nombre de répondants

Tableau 2 : Evolution du nombre de répondants

1er questionnaire	2ème questionnaire	3ème questionnaire
Internes à la Clinique CHC Heusy : • 11 infirmiers ; • 5 chirurgiens ; • 2 kinésithérapeutes ; • 1 anesthésiste. Externes à la Clinique CHC Heusy : • 8 infirmiers ; • 2 anesthésistes ; • 1 médecin.	Internes à la Clinique CHC Heusy : • 9 infirmiers ; • 4 chirurgiens ; • 2 kinésithérapeutes. Externes à la Clinique CHC Heusy : • 5 infirmiers ; • 1 médecin.	Internes la Clinique CHC Heusy : • 7 infirmiers ; • 4 chirurgiens ; • 1 kinésithérapeute. Externes à la Clinique CHC Heusy : • 5 infirmiers ; • 1 médecin.
Total : 30 experts	**Total** : 21 experts	**Total** : 18 experts

4.2 Premier questionnaire

Les réponses des 30 experts ont permis de réaliser un état des lieux apportant une base à la création des questionnaires suivants et donc au consensus de prise en charge préventive interdisciplinaire de la chronicisation de la douleur post-chirurgicale (cf. **Annexe 14**).

Résultats principaux obtenus

Une majorité des répondants n'avaient pas suivi de formation spécifique concernant la douleur. Pourtant, ils font partie des intervenants concernés par cette dernière.

Les points principaux qui ont été mis en avant par les participants permettant d'améliorer la prise en charge de la douleur étaient ceux-ci :

- Réaliser une prise en charge personnalisée (adapter les traitements au patient) ;
- Former le personnel ;

- Etablir un lien avec le médecin traitant au domicile et avoir une infirmière « référente douleur » pour répondre aux questions ;
- Eduquer le patient sur sa médication ;
- Réaliser des consultations en subaigu/transitionnel au plus tôt ;
- Réaliser une évaluation de la douleur avec une échelle de langage commun ;
- Mieux informer les patients.

La prise en charge préventive de la douleur chronique post-chirurgicale était moyennement satisfaisante selon 13 participants alors qu'elle était peu satisfaisante selon 10 autres personnes. Les points à améliorer dans cette prise en charge étaient donc :

- Etablir un score prédictif de la douleur post-chirurgicale ;
- Informer le patient ;
- Former et éduquer le personnel et le médecin traitant ;
- Traiter les facteurs de risque tels que l'anxiété en pré-opératoire ;
- Diminuer la diversité des prescriptions entre les médecins ;
- Développer des consultations subaiguës en post-opératoire.

Un autre résultat rapporté était qu'une majorité des répondants ne connaissaient pas le questionnaire « Kalkman » (cf. **Annexe 3**). Mais, en ayant pris connaissance de celui-ci, 26 des 30 participants ont trouvé que ce questionnaire devrait être instauré dans la prise en charge.
Pour les patients décrits comme « à risque » selon ce questionnaire, différentes mesures ont été proposées :

- Une prise en charge psychologique et/ou technique de relaxation ;
- En fonction de la chirurgie : kinésithérapie en pré-opératoire, adaptation de l'alimentation, homéopathie ;
- Passage systématique d'une « référente douleur » avant l'intervention ;
- Suivi rapproché par une équipe « douleur » pluridisciplinaire ;
- Adaptation de la pré-narcose et de la prise en charge per-opératoire ;
- Sensibiliser le personnel soignant à la manière de parler et d'informer ces patients.

Vingt-cinq répondants pensaient qu'un infirmier « référent douleur » pourrait les aider notamment en donnant des conseils aux patients, ainsi qu'aux professionnels, en formant le

personnel et en étant joignable pour les patients à domicile. Vingt-cinq participants trouvaient également qu'un psychologue devrait être intégré dans la prise en charge préventive de la DCPC.

Différents freins à la prise en charge préventive ont été aussi mis en avant tels que :

- Le personnel peu ou non-formé ;
- Le manque de protocoles/procédures ;
- Le manque de temps ;
- Le manque de personnel infirmier ;
- Le manque de sensibilisation des professionnels à la problématique ;
- Le manque d'infirmier « référent douleur » ;
- Le manque d'évaluation de la prise en charge actuelle ;
- Le manque de médecins : anesthésistes et chirurgiens.

4.3 Second questionnaire

Ces réponses ont permis de construire le second questionnaire (cf. **Annexe 9**).

Les résultats mis en avant ont permis d'apporter plus de précisions et de progresser vers le consensus. Sur les 30 répondants au premier questionnaire, ils sont 21 à avoir répondu au second (cf. 4.1 Evolution du nombre de répondants).

Ce deuxième questionnaire a permis de mettre en avant les différents points énoncés dans le premier questionnaire pour lesquels les experts étaient d'accord et ceux pour lesquels ils ne l'étaient pas. Ces derniers ont donc été retirés du chemin du patient.

C'est le cas par exemple pour ces éléments :

- Prise en charge du patient en pré-opératoire par un service de revalidation pour une bonne préparation physique ;
- Administrer une pré-narcose d'office ;
- Proscrire d'office les morphiniques en post-opératoire, …

Les participants avaient également la possibilité de formuler des commentaires. Ceux-ci ont donc été intégrés au troisième questionnaire afin d'analyser si les autres experts étaient d'accord avec ceux-ci ou non.

4.4 Troisième questionnaire

Sur les 21 participants qui ont répondu au second questionnaire, il y en a 18 qui ont également complété le dernier. Celui-ci a permis d'aboutir à un consensus de la prise en charge. En effet, un document reprenant toutes les informations classées selon les thématiques et les périodes opératoires pour lesquelles les experts étaient d'accord (cf. **Annexe 12**) a été transmis à ces derniers. Ils ont alors tous trouvé que les étapes détaillées dans ce document étaient adaptées et satisfaisantes. On peut donc dire qu'un consensus a été obtenu entre les experts. Quelques détails ont tout de même été retirés des commentaires des participants et ajoutés au consensus. Les répondants ont également exprimé le fait qu'il serait intéressant de réaliser un algorithme reprenant les étapes de cette prise en charge et que cela pourrait les aider au quotidien.

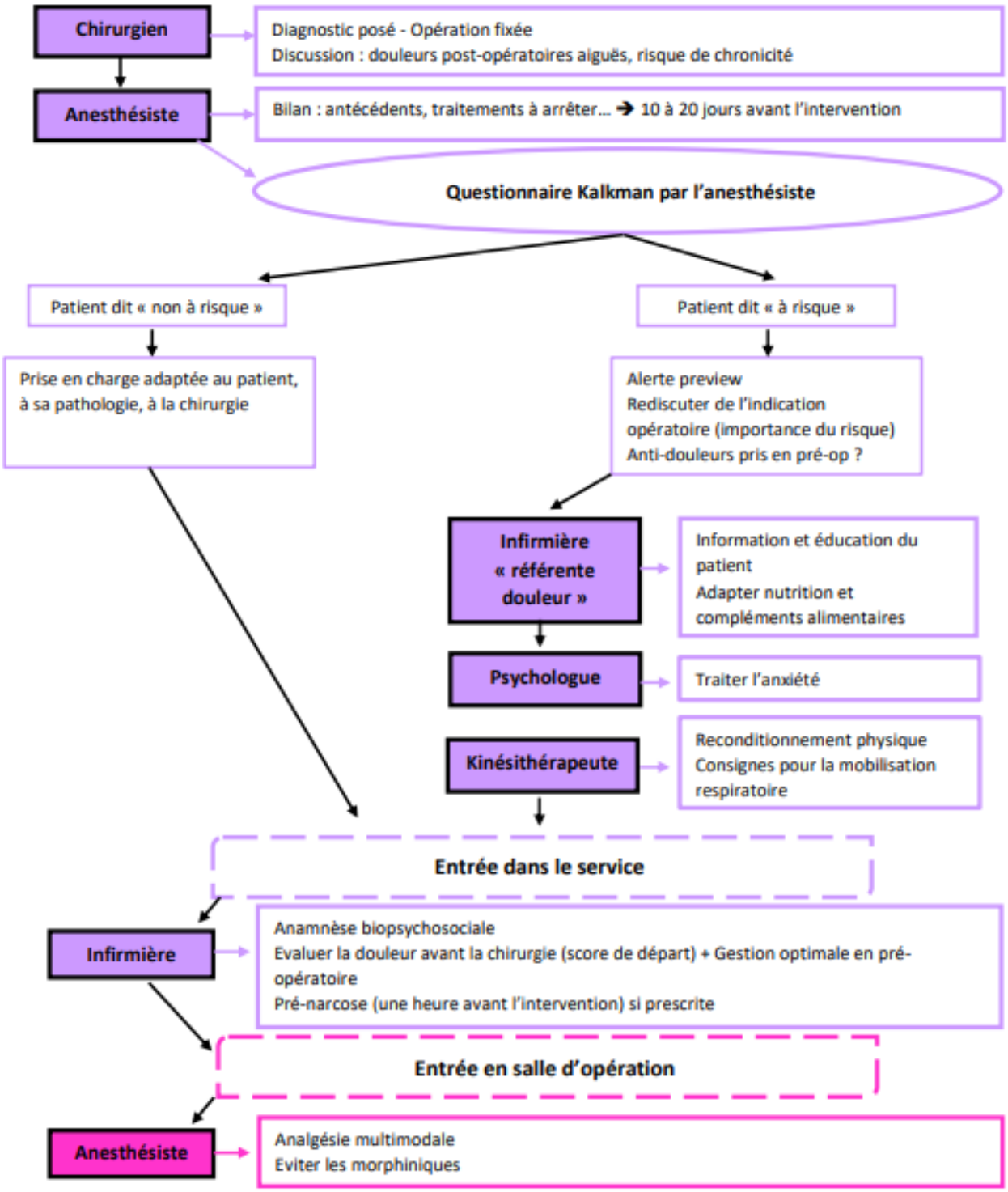
Concernant la mise en pratique de ce consensus, différentes propositions ont également été formulées par les experts. Ces points correspondent également aux besoins institutionnels et professionnels, aux améliorations à apporter à la prise en charge actuelle :

- Se former durant le cursus et puis se former de façon continue ;
- Augmenter le nombre de personnel ;
- Motiver le personnel ;
- Trouver des moyens de financement ;
- Travailler en collaboration avec l'équipe d'algologie pluridisciplinaire ;
- Désigner un infirmier « référent douleur » formé dans les services (appelé en pratique infirmier relais douleur) ;
- Etablir un protocole standardisé ;
- Faire de la douleur une priorité dans les hôpitaux ;
- Quantifier le nombre de personnes à risque et donc le nombre de personnes qui auraient besoin d'une prise en charge adaptée.

Au terme de ce dernier questionnaire, l'objectif principal qui était de déterminer une prise en charge interdisciplinaire préventive de la chronicisation de la douleur post-chirurgicale a été atteint ainsi que les objectifs secondaires. En effet, ceux-ci étaient d'identifier les besoins institutionnels à combler actuellement ainsi que dans le cadre de l'implémentation future de la prise en charge décrite dans le consensus.

4.5 Algorithme

Un algorithme a donc été réalisé en reprenant les différentes étapes de ce consensus établi suite aux résultats obtenus aux différents tours de questionnaires (Figure 3). Celui-ci a été écrit à la demande de répondants qui trouvaient qu'un algorithme de prise en charge pourrait les aider au quotidien.



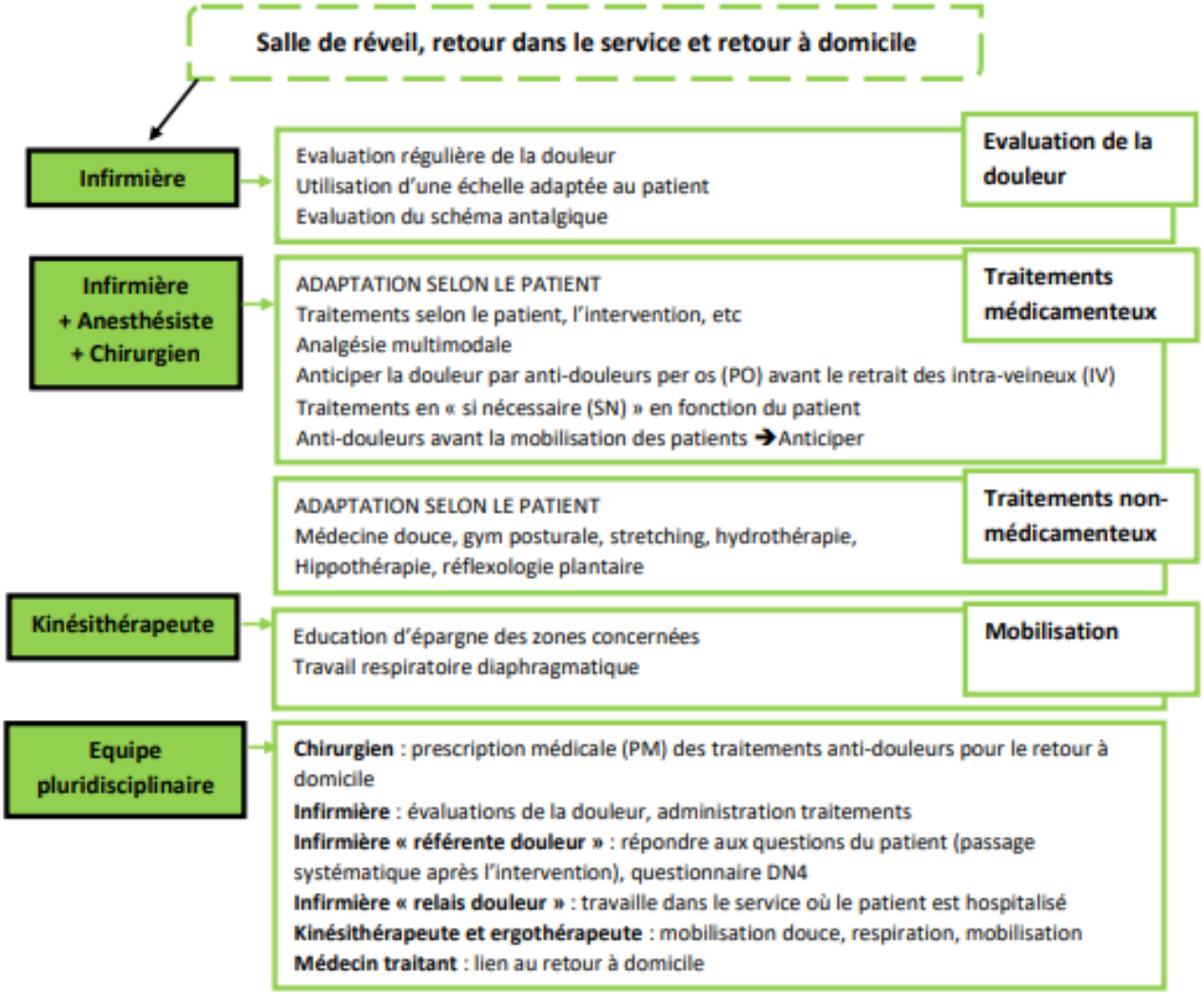


Figure 3 : Algorithme de la prise en charge préventive interdisciplinaire de la chronicisation de la douleur post-chirurgicale à la Clinique CHC Heusy

L'algorithme ci-dessus est une version simplifiée, reprenant les étapes essentielles de la prise en charge préventive interdisciplinaire de la chronicisation de la douleur post-chirurgicale. Un second algorithme a été réalisé, il reprend plus en détails les différentes phases (cf. **Annexe 17**).

V. DISCUSSION, PERSPECTIVES

5.1 Points importants mis en évidence dans les résultats

Infirmier ressource douleur

Au terme de cette étude, différents points importants à développer selon les experts interrogés ont été relevés et mis en relation avec la littérature scientifique. Parmi les éléments consensuels, il y avait la notion d'infirmier « référent douleur ». Il existe différentes terminologies dans la littérature « infirmier ressource douleur (IRD) et infirmier référent douleur » (37, 47, 48).

La Société Française d'Etude de Traitement de la Douleur (SFETD) a réalisé un document en 2020 reprenant les activités et les compétences mobilisées par ces infirmiers (49). Les activités sont donc : « Des activités de consultation, des activités cliniques, des activités de formation et de recherche et des activités afférentes aux soins » (48, 49). Ceux-ci ont par conséquent un rôle qui s'apparente à celui des infirmiers de pratique avancée (50). Ce titre : « Infirmier de pratique avancée » fait l'objet d'un arrêté royal paru le 22 avril 2019 (51). Des économistes « présentent la pratique avancée comme une réponse économique et abondante à la pénurie de l'offre médicale. » (47). Par contre, il n'y a, à l'heure actuelle, aucun arrêté royal qui traite des infirmiers en pratique avancée concernant la douleur en Belgique.

En France, selon Gauthier J-M., « Le processus de professionnalisation des IRD tend vers une reconnaissance d'une pratique infirmière avancée dans le champ de la douleur […] La pratique infirmière avancée en douleur pourrait être considérée comme un nouveau métier de niveau intermédiaire, selon le rapport de la mission Hénart […], par la reconnaissance des compétences des IRD et le développement des compétences dans des domaines jusqu'alors exercés par un médecin (activités de diagnostic, voire prescription). » (47, 52).

Le travail d'un IRD est donc bien déterminé et essentiel. Par contre, il est aussi indispensable de prendre en charge les patients à l'aide d'une équipe interdisciplinaire au vu des différentes composantes de la douleur (7). Le rôle de l'infirmier ressource douleur est également de collaborer avec ces différents professionnels, de les accompagner et de coordonner les interventions réalisées par les différents intervenants (49).

Algorithme

Ensuite, 16 répondants au dernier questionnaire ont trouvé intéressant de disposer d'un algorithme de cette prise en charge afin de les aider au quotidien et d'améliorer la qualité des soins. Les algorithmes sont réalisés dans de nombreux contextes et pour de nombreuses problématiques comme la prise en charge de la douleur suite à une chirurgie pour une prothèse totale de hanche (PTH) et PTG (31), la chirurgie en cas de lymphœdème des membres (53), les différents itinéraires cliniques réalisés au Groupe santé CHC, …

« Les algorithmes sont des modèles schématiques de la voie de décision clinique décrits dans une ligne directrice, présentés comme des méthodes étape par étape de résolution de problèmes et sont de plus en plus utilisés dans les soins de santé pour soutenir la prise de décision clinique et améliorer les soins aux patients. » (31). Ces algorithmes sont réalisés afin de normaliser les pratiques tout en permettant aux acteurs de garder une certaine réflexivité par rapport à la situation clinique (31).

Différents algorithmes repris dans la littérature ont traité du thème de la douleur, même si ceux-ci sont assez peu nombreux. Par exemple aux Etats-Unis : dans le cadre de la prise en charge de la douleur en unité post-anesthésique (54), de la gestion de la douleur neuropathique (55), de la douleur dans une unité de soins intensifs pédiatriques (56), …

5.2 Démarche d'amélioration de la qualité

Roue de Deming – Cycle PDCA

Toujours dans une optique d'amélioration de la qualité des soins, comme cela a été expliqué précédemment (cf. II. Introduction), le modèle PDCA appelé également la Roue de Deming a été utilisé dans ce travail. En effet, l'étape de planification de ce modèle a été réalisée lors de cette étude. Afin de compléter ce cycle, il reste donc trois étapes à réaliser. Celles-ci sont : « Faire, analyser, améliorer » (40).

Ces différentes phases impliquent donc toute une série d'acteurs, de décisions et d'actions futures. En effet, avant d'implémenter (seconde phase) la prise en charge consensuelle mise en évidence grâce à cette étude, il faut bien sûr présenter ce consensus obtenu à un groupe de travail pluridisciplinaire du Groupe santé CHC ainsi qu'à la direction. Cela afin d'obtenir leur avis

et validation. C'est alors, une fois cette validation obtenue, que toute une série de questions se poseront : qu'en est-il du financement, de l'organisation pratique, de la logistique, … ? Il est donc important que différentes réunions aient lieu afin de déterminer tous ces points en accord avec l'ensemble des intervenants de cette prise en charge. De cela, découlera la rédaction d'un protocole détaillé décrivant les étapes et les intervenants s'y rapportant ainsi que leurs rôles.
Une fois que la prise en charge préventive interdisciplinaire de la chronicisation de la douleur sera appliquée sur le terrain, les deux dernières étapes de la Roue de Deming pourront se mettre en place. En effet , l'impact de cette prise en charge pourra être mesuré. Cela permettra d'aboutir à la dernière étape de ce cycle qui est essentielle, l'étape d'amélioration (40). Alors, un nouveau cycle pourra commencer puisque c'est un processus itératif d'amélioration continue de la qualité des soins qui est mis en place (40, 41).

Ce modèle, le Cycle PDCA est également utilisé dans le cadre de la réalisation de chemin clinique (40). Selon la HAS, « Le chemin clinique est une méthode d'amélioration de la qualité des soins. Le CC, appelé clinical pathway ou critical pathway ou integrated care pathway, dans les pays anglo-saxons décrit, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge en suivant le parcours du patient au sein de l'institution. Cette méthode vise à planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge pluridisciplinaire de patients présentant un problème de santé comparable.» (40).

Comparaison avec la récupération améliorée après la chirurgie

Dans la même optique d'amélioration continue de la qualité, les programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) se développent de plus en plus dans le monde entier (57). D'après Rollins KE. et al., « Les voies de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) ont été introduites pour la première fois il y a près d'un quart de siècle et représentent un changement de paradigme dans les soins péri-opératoires qui a réduit les complications post-opératoires et la durée du séjour à l'hôpital, amélioré la qualité de vie post-opératoire et réduit les coûts globaux des soins de santé. » (58).
Le consensus obtenu dans cette étude concernant la prise en charge préventive interdisciplinaire de la chronicisation de la douleur post-chirurgicale a la même visée, les mêmes objectifs que ces deux démarches d'amélioration de la qualité des soins que sont les CC et les RAAC. Ils pourraient donc être intégrés l'un à l'autre.

En effet, la RAAC se décline en trois périodes, comme c'est le cas également de la prise en charge mise en évidence par les experts dans cette étude (58). La RAAC comporte également une partie spécifique concernant la gestion de la douleur. Celle-ci stipule qu'une identification des patients à risque de douleur post-opératoire doit être réalisée en pré-opératoire (58).
Comme cela a été expliqué dans les résultats, un consensus a aussi été obtenu dans cette étude concernant la réalisation du questionnaire « Kalkman » (cf. **Annexe 3**) afin de définir le risque d'apparition de la DCPC. Cela permettra de mettre toute une série d'actions en place comme une prise en charge psychologique, de la kinésithérapie en pré-opératoire, … Une collaboration interdisciplinaire est nécessaire tant dans le cadre de la RAAC que dans celui de cette étude (58).

Ces différentes démarches permettent une normalisation des soins (58). Selon Botti M., « La normalisation des processus de soins consiste à atteindre le juste équilibre entre le maintien de l'autonomie professionnelle en permettant aux cliniciens d'utiliser leur jugement clinique et la fourniture de systèmes de soutien clinique pour aider les cliniciens à sélectionner et à proposer les meilleures options de traitement. » (31). Ce principe de normalisation des soins est vu comme un défi mondial pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins de santé (31, 59).

Néanmoins, ces démarches de normalisation ne sont pas toujours faciles à mettre en place. Notamment parce qu'elles entrainent un bouleversement, une modification des habitudes. Une résistance au changement est donc parfois présente chez les cliniciens (59). Deux autres freins à ce processus peuvent être le manque de ressources ou encore des facteurs liés au patient ou à l'institution (59). Il est donc essentiel de mettre en place des démarches afin de développer une certaine culture de sécurité tournée vers la normalisation des soins dans l'institution pour développer au mieux ce principe (59, 60). Un modèle de responsabilité a, par exemple, été mis en place dans le cadre de l'application d'un processus de prise en charge pour les patients avec une chirurgie colorectale dans un hôpital universitaire de Baltimore. « Notre modèle de responsabilité basé sur la confiance a été conçu pour inclure des parties prenantes importantes et a défini les actions nécessaires pour chaque partie prenante. Par exemple, les cadres supérieurs ont clairement expliqué pourquoi l'effort d'amélioration était important, quels étaient les objectifs, se sont assurés que des ressources suffisantes étaient allouées pour atteindre l'objectif et ont surveillé les résultats en fonction d'un calendrier prédéterminé. » (60).

5.3 Analyse critique de l'étude

La méthode Delphi a des avantages, notamment le fait que c'est une méthode participative et que cela permet aux répondants de se sentir concernés, impliqués dans la problématique traitée (43). Un autre avantage est que grâce à l'anonymat des répondants, ceux-ci ne craignent pas d'exprimer leurs ressentis (43, 46). De plus, les méthodes permettant d'atteindre un consensus comme celle-ci sont de plus en plus appliquées en terme de santé publique (45).

Dans chaque étude, des **biais** sont mis en évidence. Il est important d'en être conscient.
Le principal inconvénient rencontré dans cette étude a été le nombre de répondants diminuant au fur et à mesure des tours de questionnaires. En effet, 30 experts ont répondu au premier questionnaire alors que le second a été complété par 21 répondants et le dernier, par 18. Cette diminution peut être due à un effet de lassitude chez les experts.

De plus, les questionnaires étant composés de différentes parties afin de délimiter la prise en charge préventive interdisciplinaire de la chronicisation de la douleur post-chirurgicale étaient assez conséquents à lire. Il y avait également les feedbacks à consulter afin de prendre en compte l'avis des autres participants. Ces différents points ont pu influencer certains répondants qui ont alors abandonné l'étude ou répondu plus brièvement aux questions.
Cela a donc pu également influencer l'implication des participants et la qualité des réponses obtenues. En effet, certains répondants inséraient des commentaires pour le second et le dernier questionnaire alors que d'autres cochaient simplement « d'accord ou pas d'accord ». Les commentaires n'étaient bien sûr pas obligatoires mais permettaient de compléter encore un peu plus le consensus.

Certaines parties du questionnaire comme par exemple les traitements médicamenteux étaient peut être trop pointilleuses et spécifiques par rapport à certaines professions, à certains individus. En effet, des infirmiers ont exprimé en commentaire que les traitements médicamenteux n'étaient pas leur domaine de prédilection et qu'ils préféraient avoir l'avis de médecins, algologues ou anesthésistes prescripteurs par manque de connaissance. Par rapport à cela, il est important de souligner que trois anesthésistes ont répondu au premier questionnaire et puis que ceux-ci n'ont pas participé aux deux derniers tours. Leur avis a donc été pris en considération pour la rédaction du premier feedback et du second questionnaire mais

ceux-ci ne se sont pas exprimés sur le consensus final. Il est à souligner que leur avis est pourtant essentiel puisqu'ils jouent un rôle dans chacune des étapes opératoires. Il sera donc nécessaire dans le cadre de l'implémentation de ce travail sur le terrain d'interroger les anesthésistes concernés afin d'obtenir leur avis et une participation optimale au projet.

Au terme de cette étude, le résultat, l'objectif formulé a été atteint. En effet, la prise en charge interdisciplinaire préventive de la chronicisation de la douleur post-chirurgicale a été déterminée à l'aide des experts. Les objectifs secondaires qui étaient d'identifier les besoins institutionnels au moment de l'étude ainsi que ceux à combler de le cadre de l'implémentation de cette prise en charge ont également été atteints (cf. IV. Résultats). Deux algorithmes de la prise en charge ont aussi été réalisés. Un premier qui est plus synthétique (cf. IV. Résultats) et un second plus détaillé (cf. **Annexe 17**).

Concernant les hypothèses de recherche, l'hypothèse principale était que la méthode Delphi allait permettre d'obtenir un consensus afin d'identifier le chemin standardisé de la prise en charge des patients pour améliorer la qualité de celle-ci. Un consensus a bien été atteint au terme de cette étude précisant dès lors la prise en charge prônée par les experts interrogés.

Par contre, pour vraiment valider cette hypothèse, il faudrait pouvoir prouver que l'application de ce chemin standardisé va permettre d'améliorer la qualité de la prise en charge préventive interdisciplinaire de la chronicisation de la douleur post-chirurgicale.

Pour cela, il faudrait mettre en place cette prise en charge sur le terrain et réaliser une étude afin de mesurer les améliorations apportées.

L'hypothèse secondaire était que l'étude allait contribuer à mettre en évidence les besoins institutionnels à combler pour implémenter cette prise en charge standardisée dans le futur.

Grâce à ce travail, des points à améliorer dans la prise en charge ont été mis en évidence. Il faudra, bien entendu, si ce projet est validé par le groupe de travail pluridisciplinaire du Groupe santé CHC et par la direction, discuter de ces différents points (réaliser des formations, trouver des moyens de financement, …) afin d'y remédier au mieux.

5.4 Perspectives d'avenir

Différentes perspectives d'avenir sont ressorties de ce travail, notamment celle-ci :

Le domaine pharmaceutique est en constante évolution, les rôles de toute une série de molécules ont été étudiés et feront encore l'objet de recherches futures (11, 25). Il serait

intéressant de cibler par une autre étude par exemple les molécules qui sont les plus efficaces à l'heure actuelle dans le cadre de la prévention de la chronicisation de la douleur post-chirurgicale, que ce soit seule mais aussi combinées (analgésie multimodale). Un protocole reprenant les principales molécules pourrait alors être créé. Cela permettrait aux différents intervenants d'être formés et ainsi de connaitre ces molécules (effets, effets secondaires, modalités d'administration, …) afin d'être plus à l'aise lors de leur utilisation.

5.5 Analyse SWOT

Afin de résumer l'analyse critique de cette étude, une analyse SWOT (strengths, weaknesses, opportunities, threats) a été réalisée (Tableau 3) : « L'analyse SWOT (abréviation de forces, faiblesses, opportunités, menaces) est un outil de stratégie d'entreprise permettant d'évaluer comment une organisation se compare à ses concurrents. » (61). Cette analyse peut également être élaborée dans d'autres contextes, comme dans le cadre des soins de santé (62).

Tableau 3 : Analyse SWOT de l'étude

	Positif	**Négatif**
INTERNES	**Forces (Strenghts)** • Méthode qualitative : récolte des données détaillées ; • Méthode Delphi : obtention d'un consensus (43, 46) ; • Développement d'une culture d'apprentissage : les soignants cherchent une solution (63) ; • Implication des professionnels concernés dans la recherche, méthode de recherche participative (43) ; • Investigatrice elle-même soignante dans une unité concernée par la problématique traitée ➔ Aide à la compréhension du point de vue des participants.	**Faiblesses (Weaknesses)** • Manque d'expérience de l'investigateur en terme de réalisation de méthode Delphi ; • Investigatrice elle-même soignante dans une unité concernée par la problématique traitée ➔ Risque de biais de confirmation, « privilégier les informations qui confirment leurs idées préconçues » (64) ; • Questionnaires longs et prennent du temps à lire avec les feedbacks ; • La douleur est un sujet complexe à traiter de par ses multiples composantes (23, 24) ; • « Effet de soumission au groupe » (64).
EXTERNES	**Opportunités (Opportunities)** • Intérêt des répondants concernant le sujet de l'étude ; • Initiative pour améliorer la qualité des soins au centre des préoccupations (28) ; • DCPC considérée comme problème de santé publique (2).	**Menaces (Threats)** • Pandémie : soignants occupés et possible diminution des répondants ; • Participants qui ont quitté l'étude (lassitude ou autres).

VI. CONCLUSION

L'objectif de ce mémoire était de déterminer une prise en charge interdisciplinaire préventive de la chronicisation de la douleur post-chirurgicale, d'établir un chemin du patient à suivre en pré-, per- et post-opératoire dans l'optique de standardiser et améliorer la qualité de la prise en charge 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 (cf. II. Introduction).
Trois tours de questionnaires ont été accomplis selon la méthode Delphi et ont permis d'aboutir à un consensus concernant la prise en charge préconisée (cf. **Annexe 14**).

Pour l'implémentation future d'un protocole de prise en charge interdisciplinaire préventive de la chronicisation de la douleur post-chirurgicale comme celui déterminé dans cette étude, il serait intéressant de réaliser une seconde recherche. En effet, à plusieurs reprises, les répondants ont signalé un manque de formation, que ce soit dans le cursus mais aussi de formation continue. Il pourrait donc être bénéfique d'étudier les connaissances et compétences des soignants ainsi que les lacunes concernant la DCPC chez les différents professionnels intervenant dans la prise en charge à la Clinique CHC Heusy. Cela dans le but d'adapter au mieux les formations aux besoins des professionnels.

Enfin, la notion de standardisation et de normalisation des soins de santé traitée dans ce travail est devenue prioritaire à l'heure actuelle afin d'améliorer la qualité ainsi que la sécurité de ceux-ci (31, 59). Cette notion a été étudiée dans ce travail, non pas afin d'administrer un même traitement à chaque patient mais plutôt afin de donner une trame, un chemin à suivre pour les différents professionnels de l'équipe interdisciplinaire. En effet, il est important de garder à l'esprit que le patient est au centre de cette prise en charge et qu'il doit bien sûr être considéré dans son intégralité. La standardisation, la mise en place de procédures est intéressante dans ce cadre mais, il est important de maintenir une certaine réflexion clinique dans le travail effectué. Cela, dans le but de respecter et de traiter l'individualité de chacun.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Rapport annuel 2020 : Rapport d'activités [EN LIGNE]. Liège : Javaux A ; 2021 [cité le 2 août 2021]. Disponible : https://www.chc.be/getattachment/029477a0-468b-4bb7-9d66-c8332566c49a/Rapport-annuel-2020

2. Cachemaille DM. Douleur chronique postopératoire. REVUE MÉDICALE SUISSE. 2016;4

3. Liu YM, Feng Y, Liu YQ, Lv Y, Xiong YC, Ma K, Zhang XW, Liu JF, Jin Y, Bao HG, Yan M, Song T, Liu Q. Chinese Association for the Study of Pain: Expert consensus on chronic postsurgical pain. World J Clin Cases. 2021 Mar 26;9(9):2090-2099. doi: 10.12998/wjcc.v9.i9.2090.

4. Schug SA, Lavand'homme P, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede RD; IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic postsurgical or posttraumatic pain. Pain. 2019 Jan;160(1):45-52. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001413.

5. Bergeron DA, Leduc G, Marchand S, Bourgault P. Étude descriptive du processus d'évaluation et de documentation de la douleur postopératoire dans un hôpital universitaire. Gestion de la douleur 2011 mars-avril;16(2):81-6. Français. doi : 10.1155/2011/480479. PMID : 21499582 ; PMCID : PMC3084408.

6. Schug SA, Bruce J. Risk stratification for the development of chronic postsurgical pain. Pain Rep. 2017 Oct 31;2(6):e627. doi: 10.1097/PR9.0000000000000627.

7. Saur P, Junker U, Gaus P, Haeske-Seeberg H, Blöchle C, Neugebauer E. Implementierung eines standardisierten perioperativen Schmerzmanagementkonzepts in drei Krankenhäusern eines Klinikverbundes [Implementation of a standardized perioperative pain management concept in three hospitals of a consortium]. Schmerz. 2008 Feb;22(1):34-42. German. doi: 10.1007/s00482-007-0605-9.

8. Art. 11bis. Loi droits du patient. Ejustice fgov. [Internet]. Août 2002. Disponible sur : https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2002/08/22/2002022737/justel#LNK0003

9. Gerbershagen HJ. Chronifizierung postoperativer Schmerzen. Physiologie, Risikofaktoren und Prävention [Transition from acute to chronic postsurgical pain. Physiology, risk factors and prevention]. Schmerz. 2013 Feb;27(1):81-93; quiz 94-5. German. doi: 10.1007/s00482-012-1287-5.

10. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, Cohen M, Evers S, Finnerup NB, First MB, Giamberardino MA, Kaasa S, Kosek E, Lavand'homme P, Nicholas M, Perrot S, Scholz J, Schug S, Smith BH, Svensson P, Vlaeyen JWS, Wang SJ. A classification of chronic pain for ICD-11. Pain. 2015 Jun;156(6):1003-1007. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000160.

11. Martinez V, Baudic S, Fletcher D. Douleurs chroniques postchirurgicales [Chronic postsurgical pain]. Ann Fr Anesth Reanim. 2013 Jun;32(6):422-435. French. doi: 10.1016/j.annfar.2013.04.012. Epub 2013 Jun 7.

12. Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur [Internet]. Outils spécifiques [Cité le 10 mai 2022]. Disponible sur : https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/08/dn4ok.pdf

13. Richebé P, Capdevila X, Rivat C. Persistent Postsurgical Pain: Pathophysiology and Preventative Pharmacologic Considerations. Anesthesiology. 2018 Sep;129(3):590-607. doi: 10.1097/ALN.0000000000002238.

14. Clarke H, Katz J, Flor H, Rietschel M, Diehl SR, Seltzer Z. Genetics of chronic post-surgical pain: a crucial step toward personal pain medicine. Can J Anaesth. 2015 Mar;62(3):294-303. doi: 10.1007/s12630-014-0287-6. Epub 2014 Dec 4.

15. Fletcher D, Stamer UM, Pogatzki-Zahn E, Zaslansky R, Tanase NV, Perruchoud C, Kranke P, Komann M, Lehman T, Meissner W; euCPSP group for the Clinical Trial Network group of the European Society of Anaesthesiology. Chronic postsurgical pain in Europe: An observational study. Eur J Anaesthesiol. 2015 Oct;32(10):725-734. doi: 10.1097/EJA.0000000000000319.

16. Leroy B, Louis F, Niesten C, Verheecke T. Étude clinique randomisée sur la prévention des douleurs chroniques postchirurgicales dans les prothèses totales de genou. Douleur analg. déc 2018;31(4):178-185.

17. Van Dijk JFM, Zaslansky R, van Boekel RLM, Cheuk-Alam JM, Baart SJ, Huygen FJPM, Rijsdijk M. Postoperative Pain and Age: A Retrospective Cohort Association Study. Anesthesiology. 2021 Dec 1;135(6):1104-1119. doi: 10.1097/ALN.0000000000004000. PMID: 34731245.

18. Lavand'homme P. Fact Sheet No 4. Chronic Postsurgical Pain : Definition, impact, and Prevention. [Internet]. 2017 [cité le 2 juillet 2021] Disponible sur : https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/2017GlobalYear/FactSheets/4.%20Chronic%20Postsurgical%20Pain.LavandHomme-Zahn-EE_1485789834697_3.pdf

19. McAnally H. Rationale for and approach to preoperative opioid weaning: a preoperative optimization protocol. Perioper Med (Lond). 2017 Nov 22;6:19. doi: 10.1186/s13741-017-0079-y.

20. Lavand'homme P. FACTEURS PRÉDICTIFS DE LA SÉVÉRITÉ DE LA DOULEUR POSTOPÉRATOIRE. SFAR. 2012 :11.

21. Thomazeau J, Rouquette A, Martinez V, Rabuel C, Prince N, Laplanche JL, Nizard R, Bergmann JF, Perrot S, Lloret-Linares C. Predictive Factors of Chronic Post-Surgical Pain at 6 Months Following Knee Replacement: Influence of Postoperative Pain Trajectory and Genetics. Pain Physician. 2016 Jul;19(5):E729-741.

22. Kalkman JC, Visser K, Moen J, Bonsel JG, Grobbee ED, Moons MKG. Preoperative prediction of severe postoperative pain. Pain. 2003 Oct;105(3):415-423. doi: 10.1016/S0304-3959(03)00252-5.

23. Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. Psychol Bull. 2007 Jul;133(4):581-624. doi: 10.1037/0033-2909.133.4.581.

24. Berquin A, Faymonville ME, Deseure K, Van Liefferinge AS, Celentano J, Crombez G, Vlaeyen J, Hans G. Rapport de consensus scientifique concernant l'évaluation des projets pilotes de la douleur chronique, mis en place dans le cadre du programme pour les maladies chroniques. FDO Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 2011.

25. Pogatzki-Zahn E. Prädiktion und Prävention chronischer postoperativer Schmerzen [Prediction and prevention of chronic postoperative pain]. Schmerz. 2021 Feb;35(1):30-43. German. doi: 10.1007/s00482-020-00525-2. Epub 2021 Jan 20. Erratum in: Schmerz. 2021 Feb 5.

26. Nikolajsen L. Perioperative interventions for the reduction of chronic postsurgical pain. Pain. 2017 May;158(5):769-770. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000852.

27. Fregoso G, Wang A, Tseng K, Wang J. Transition from Acute to Chronic Pain: Evaluating Risk for Chronic Postsurgical Pain. Pain Physician. 2019 Sep;22(5):479-488.

28. Qualité [Internet]. Vers une Belgique en bonne santé. 2021 [cité le 7 août 2021]. Disponible sur : https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/hopitaux-generaux/qualite

29. OCDE, Organisation mondiale de la Santé, World Bank Group. La qualité des services de santé : Un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle [Internet]. OECD; 2019 [cité 8 juill 2021]. Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/la-qualite-des-services-de-sante-un-imperatif-mondial-en-vue-de-la-couverture-sante-universelle_62f287af-fr

30. Chou R, Gordon DB, de Leon-Casasola OA, Rosenberg JM, Bickler S, Brennan T, Carter T, Cassidy CL, Chittenden EH, Degenhardt E, Griffith S, Manworren R, McCarberg B, Montgomery R, Murphy J, Perkal MF, Suresh S, Sluka K, Strassels S, Thirlby R, Viscusi E, Walco GA, Warner L, Weisman SJ, Wu CL. Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. J Pain. 2016 Feb;17(2):131-157. doi: 10.1016/j.jpain.2015.12.008. Erratum in: J Pain. 2016 Apr;17(4):508-510.

31. Botti M, Kent B, Bucknall T, Duke M, Johnstone MJ, Considine J, Redley B, Hunter S, de Steiger R, Holcombe M, Cohen E. Development of a Management Algorithm for Post-operative Pain (MAPP) after total knee and total hip replacement: study rationale and design. Implement Sci. 2014 Aug 28;9:110. doi: 10.1186/s13012-014-0110-3.

32. Comité douleur-anesthésie locorégionale et le comité des référentiels de la Sfar. Recommandations formalisées d'experts 2008. Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant [Formalized recommendations of experts 2008. Management of postoperative pain in adults and children]. Ann Fr Anesth Reanim. 2008 Dec;27(12):1035-1041. French. doi: 10.1016/j.annfar.2008.10.002. Epub 2008 Nov 21.

33. Haute Autorité de Santé. Référentiel de Pratique Professionnelles: Prise en charge de la douleur postopératoire ; 2005 juin. 15 p.

34. Idvall E, Hamrin E, Rooke L, Sjöström B. A tentative model for developing strategic and clinical nursing quality indicators: postoperative pain management. Int J Nurs Pract. 1999 Dec;5(4):216-226. doi: 10.1046/j.1440-172x.1999.00174.x.

35. Idvall E, Hamrin E, Sjöström B, Unosson M. Quality indicators in postoperative pain management: a validation study. Scand J Caring Sci. 2001;15(4):331-338. doi: 10.1046/j.1471-6712.2001.00037.x.

36. Idvall E, Rooke L. Important aspects of nursing care in surgical wards as expressed by nurses. J Clin Nurs. 1998 Nov;7(6):512-520. doi: 10.1046/j.1365-2702.1998.00180.x.

37. Langlade A, Bellanger F, Cornet C, Monrigal MC, Ballandyne S, Bonnet F. Démarche assurance-qualité pour la prise en charge des douleurs postopératoires: proposition d'un outil de réalisation d'enquêtes [Quality assurance for the assessment of postoperative pain: proposal of procedures and questionnaires]. Ann Fr Anesth Reanim. 2002 Apr;21(4):276-294. French. doi: 10.1016/s0750-7658(02)00605-6.

38. Katz J, Weinrib A, Fashler SR, Katznelzon R, Shah BR, Ladak SS, Jiang J, Li Q, McMillan K, Santa Mina D, Wentlandt K, McRae K, Tamir D, Lyn S, de Perrot M, Rao V, Grant D, Roche-Nagle G, Cleary SP, Hofer SO, Gilbert R, Wijeysundera D, Ritvo P, Janmohamed T, O'Leary G, Clarke H. The Toronto General Hospital Transitional Pain Service: development and implementation of a multidisciplinary program to prevent chronic postsurgical pain. J Pain Res. 2015 Oct 12;8:695-702. doi: 10.2147/JPR.S91924.

39. Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. Phys Ther. 2002 Nov;82(11):1098-1107.

40. Haute Autorité de Santé. Une méthode d'amélioration de la qualité : Chemin clinique. [Internet]. Mars 2005. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/chemin_clinique_4.pdf

41. Haute Autorité de Santé. Amélioration des pratiques et sécurité des soins : La sécurité des patients. [Internet]. Mars 2012. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/okbat_guide_gdr_03_04_12.pdf

42. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets et perspectives de la vie économique. 2014;LIII(4):67.

43. Slocum N, Elliot J, Heesterbeek S, Lukensmeyer C.J, Fondation Roi Baudouin (Bruxelles). Méthodes participatives: un guide pour l'utilisateur ; Mars 2006. 204 p.

44. Gordon DB, Polomano RC, Pellino TA, Turk DC, McCracken LM, Sherwood G, Paice JA, Wallace MS, Strassels SA, Farrar JT. Revised American Pain Society Patient Outcome Questionnaire (APS-POQ-R) for quality improvement of pain management in hospitalized adults: preliminary psychometric evaluation. J Pain. 2010 Nov;11(11):1172-1186. doi: 10.1016/j.jpain.2010.02.012. Epub 2010 Apr 18.

45. Bourrée F, Michel P, Salmi LR. Méthodes de consensus: revue des méthodes originales et de leurs grandes variantes utilisées en santé publique [Consensus methods: review of original methods and their main alternatives used in public health]. Rev Epidemiol Sante Publique. 2008 Dec;56(6):415-423. doi: 10.1016/j.respe.2008.09.006. Epub 2008 Nov 13.

46. Spiral Université Liège. La Méthode Delphi [Internet]. Copyright Uliège 2018. [Cité le 20 juillet 2021]. Disponible sur : https://www.spiral.uliege.be/cms/c_5216973/fr/spiral-la-methode-delphi

47. Gautier JM. Infirmiers ressource douleur et pratiques avancées : mythe ou réalité ? Douleur analg. sept 2012;25(3):136-43.

48. Berlemont C, Gillet D. L'infirmier(ère) ressource douleur en structure d'évaluation et de traitement de la douleur chronique. Douleur analg. sept 2016;29(3):141-4.

49. Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. Infirmier ressource douleur référentiel d'acticités et de compétences. [Internet]. 2020. Disponible sur : https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2020/10/R%C3%A9f%C3%A9rentiel-activit%C3%A9s-et-comp%C3%A9tences-juillet-2020-250920.pdf

50. Ortiz M. Quel avenir pour les Infirmiers(ères) Ressource Douleur (IRD) ? Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement. oct 2012;13(5):219-23.

51. Art. 46/1. Loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé. AR sur la pratique avancée. Ejustice fgov. [Internet]. Avril 2019. Disponible sur : https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2015/05/10/2015A24141/justel

52. Henart L., Berland Y., Cadet D. Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. [Internet]. Janvier 2011. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_relatif_aux_metiers_en_sante_de_niveau_intermediaire_-_Professionnels_d_aujourd_hui_et_nouveaux_metiers_-_des_pistes_pour_avancer.pdf

53. Dast S, Herlin C, Zeltzer A, Siddhoum N, Alharbi M, Chaput B, Sinna R. Traitement chirurgical du lymphœdème des membres : algorithme de prise en charge [Algorithm for surgical treatment of limb lymphedema]. Ann Chir Plast Esthet. 2016 Dec;61(6):853-857. French. doi: 10.1016/j.anplas.2016.09.001. Epub 2016 Oct 4. PMID: 27717637.

54. Buss HE, Melderis K. PACU pain management algorithm. J Perianesth Nurs. 2002 Feb;17(1):11-20. doi: 10.1053/jpan.2002.30245. PMID: 11845420

55. Bates D, Schultheis BC, Hanes MC, Jolly SM, Chakravarthy KV, Deer TR, Levy RM, Hunter CW. A Comprehensive Algorithm for Management of Neuropathic Pain. Pain Med. 2019 Jun 1;20(Suppl 1):S2-S12. doi: 10.1093/pm/pnz075. PMID: 31152178; PMCID: PMC6544553.

56. Laures EL, Bruene D, Fayram LR, Houston A, Kephart K, Merrifield E, Vitale S. Pediatric Pain Assessment in the Intensive Care Unit: An Evidence-Based Algorithm. Pain Manag Nurs. 2021 Jun;22(3):260-267. doi: 10.1016/j.pmn.2020.10.005. Epub 2020 Dec 4. PMID: 33288443.

57. Schwenk W. Beschleunigte Genesung nach Operationen – Hält das „ERAS“-Konzept, was es verspricht? [Enhanced recovery after surgery-Does the ERAS concept keep its promises]. Chirurg. 2021 May;92(5):405-420. German. doi: 10.1007/s00104-020-01328-y. Epub 2021 Jan 22. PMID: 33481060.

58. Rollins KE, Lobo DN, Joshi GP. Enhanced recovery after surgery: Current status and future progress. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2021 Dec;35(4):479-489. doi: 10.1016/j.bpa.2020.10.001. Epub 2020 Oct 10. PMID: 34801211.

59. Lancaster E, Wick E. Standardized Care Pathways as a Means to Improve Patient Safety. Surg Clin North Am. 2021 Feb;101(1):49-56. doi: 10.1016/j.suc.2020.08.011. Epub 2020 Nov 2. PMID: 33212079.

60. Wick EC, Galante DJ, Hobson DB, Benson AR, Lee KH, Berenholtz SM, Efron JE, Pronovost PJ, Wu CL. Organizational Culture Changes Result in Improvement in Patient-Centered Outcomes: Implementation of an Integrated Recovery Pathway for Surgical Patients. J Am Coll Surg. 2015 Sep;221(3):669-77; quiz 785-6. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2015.05.008. Epub 2015 Jun 8. PMID: 26228010.

61. Teoli D, Sanvictores T, An J. SWOT Analysis. 2021 Sep 8. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan–. PMID: 30725987.

62. Shahmoradi L, Darrudi A, Arji G, Farzaneh Nejad A. Electronic Health Record Implementation: A SWOT Analysis. Acta Med Iran. 2017 Oct;55(10):642-649. PMID: 29228530.

63. Hoole E, Patterson TE. Voices From the Field : Evaluation as Part of a Learning Culture. Nonprofits evalua-tion New Dir Eval. 2008;119:93–113.

64. Chabal S. En matière de recueil d'information. 2014;1-4.

VIII. ANNEXES

Annexe 1 : 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'inscrire 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

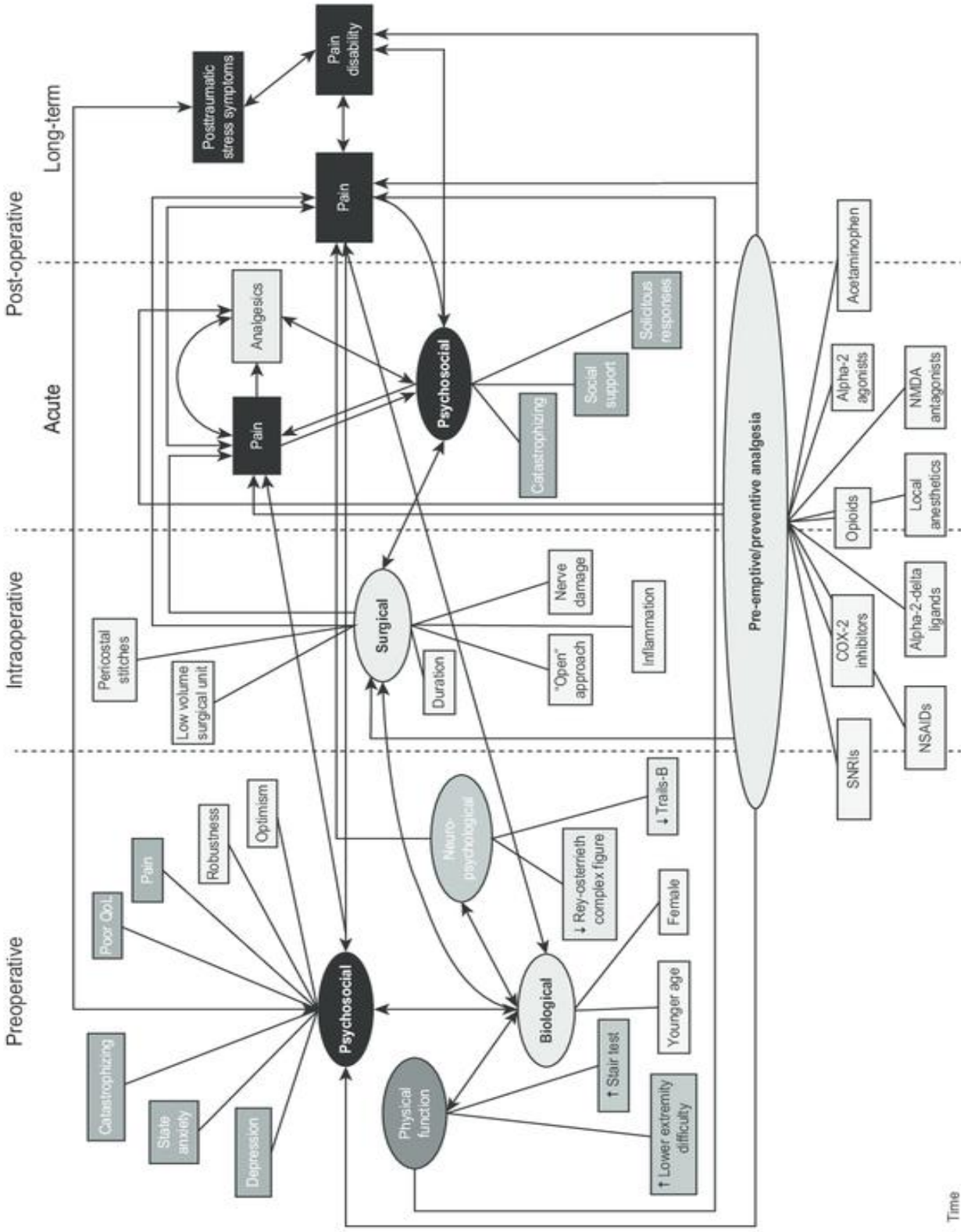
E. Idvall et al.

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

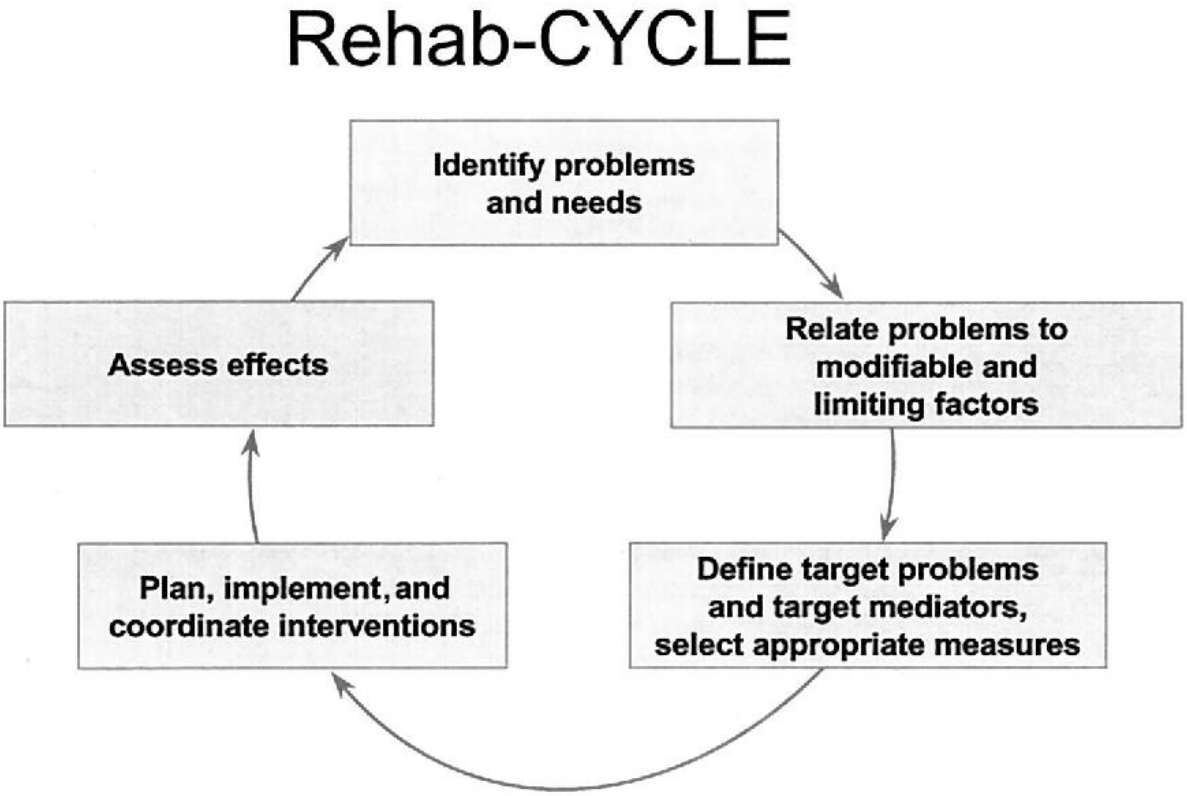
Source : (35)

<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

<u>Annexe 8</u> : Feedback du premier questionnaire

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

<u>Annexe 10</u> : Feedback du second questionnaire

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

<u>Annexe 12</u> : 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

<u>Annexe 13</u> : Feedback du troisième questionnaire

Cf. Documents complémentaires : Annexes

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 mssp@uliege.be. 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 Julie.Grosjean@student.uliege.be

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 : Louis 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

<u>Annexe 16</u> : Formulaire de consentement

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

Cf. Documents complémentaires : Annexes