Federale Raad voor de Kwaliteit
van de Verpleegkundige Activiteit

Conseil Fédéral pour la Qualité
de l'Activité Infirmière

Illustrabank.com

Douleur postopératoire (DPO)

Recommandations, indicateurs

Expérience patient

F.Bardiau, RN, MSPH, PhD

Federale Raad voor de Kwaliteit
van de Verpleegkundige Activiteit

Conseil Fédéral pour la Qualité
de l'Activité Infirmière

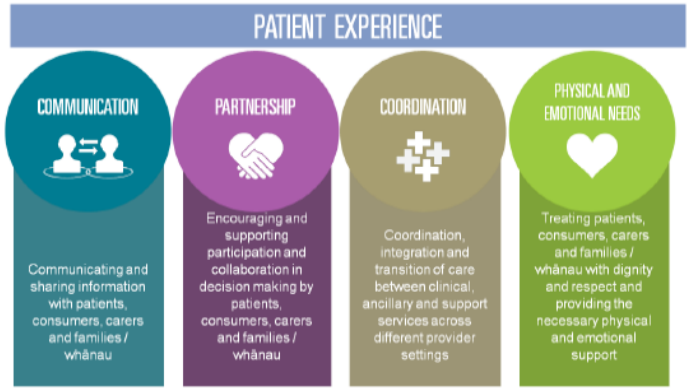
Thank You

slideshare

Content

1. Pourquoi?
2. Recommandations/niveau de preuve

   Enfants et adultes
3. Indicateurs qualité
4. Expérience patient



Hqsc.govt.nz

des recommandations et des indicateurs?

La qualité des soins et la sécurité des patients constituent des priorités absolues pour la politique des soins de santé, les prestataires de soins et les hôpitaux en Belgique.

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins = **outils d'amélioration**, de comparaison inter-établissements et d'aide à la décision

Sans mesure pas d'amélioration

La prise en charge de la DPO est une **priorité de santé publique** afin de favoriser la satisfaction, le rétablissement rapide du patient, et diminuer les complications, morbidité, mortalité, le développement de douleur chronique et la durée de séjour.

Federale Raad voor de Kwaliteit van de Verpleegkundige Activiteit

Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière

Douleur Post Opératoire

Dui-criminal-lawyers.com

Expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion

IASP, 1982

Expérience sensorielle et émotionnelle aversive généralement causée par, ou ressemblant à celle causée par, une lésion tissulaire réelle ou potentielle.

IASP Subcommittee on taxonomy, Septembre 2019.

Sensation désagréable ressentie à la suite d'un stimulus nocif.

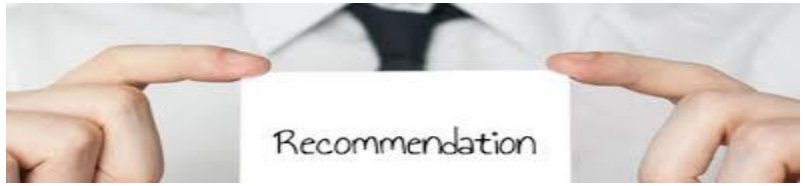
Diagnostics infirmiers. Définitions et classification 2018-2020. Traduction AFEDI, AQCSI.

Pinterest,ca

Domaine 11, classe 2, rétablissement postopératoire.
Les résultats attendus sont :

- Niveau de confort
- Réponse médicamenteuse
- Contrôle de la douleur

Recommandations fortes et preuves de haute qualité



- **Offrir une analgésie multimodale**
- **Fournir aux patients (sauf contre-indications) du paracétamol ou des AINS**
- **Proposez une analgésie neuro-axiale avec des opioïdes, des anesthésiques locaux ou les deux lors d'interventions thoraciques et abdominales majeures, en particulier chez les patients présentant un risque de complications cardiaques, de complications pulmonaires ou d'iléus prolongé.**
- **Envisager des techniques d'anesthésie régionale périphérique spécifiques au site chirurgical**

Recommandations fortes
Données probantes de qualité modérée

- **Envisager une dose préopératoire de célécoxib par voie orale chez les patients adultes (sauf contre-indications)**
- **Considérer la gabapentine ou la prégabaline comme un composant de l'analgésie multimodale**
- **Choisir les opioïdes par voie orale plutôt que par voie intraveineuse**
- **Utiliser une analgésie postopératoire contrôlée par le patient iv lorsque la voie parentérale est nécessaire.**
- **Utiliser des anesthésiques locaux topiques en association avec des blocs nerveux avant la circoncision.**

Recommandations fortes
Données probantes de qualité modérée

- **Utilisez des techniques analgésiques régionales périphériques continues basées sur un anesthésique local lorsque le besoin d'analgésie est susceptible de dépasser la durée d'action d'une seule injection**
- **ÉVITER administration**
  - **d'analgésiques IM**
  - **neuro-axiale : magnésium, benzodiazépines, néostigmine, tramadol et kétamine**
- **NON RECOMMANDÉ**
  - **perfusion basale systématique d'opioïdes avec PCA chez des adultes naïfs d'opioïdes**
  - **analgésie intra pleurale avec anesthésiques locaux pour le contrôle de la douleur après une chirurgie thoracique.**

Recommandations fortes
Données probantes faibles (1)

Mettre en place une structure organisationnelle type APS (1)

- **Elaborer politique et processus en vue d'assurer une prestation sûre et efficace**
- **Mettre en place une équipe multidisciplinaire**
- **Appliquer modèles de soins fondés sur la mesure et l'évaluation des résultats**
- **Travailler en PDCA**
- **Normaliser et utiliser des mesures valides et fiables**

Recommandations fortes
Données probantes faibles (2)

APS (2)

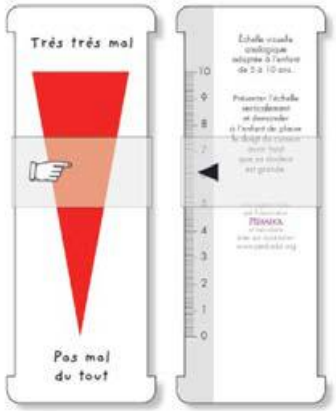
Programmes de formation continue

- **Améliorer connaissances et aptitudes spécifiques**

Expertise consultative

- **Patients présentant une tolérance aux opioïdes**
- **Antécédents de toxicomanie**
- **Dépendance aux opiacés)**

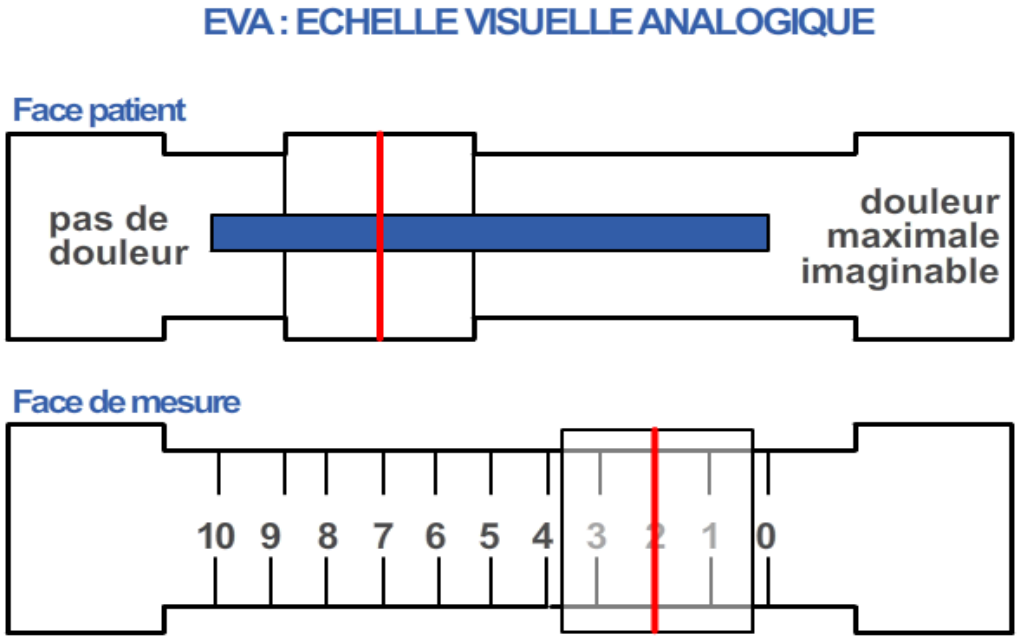
Recommandations fortes
Données probantes faibles (3)



- **Evaluer le niveau de douleur et réévaluer après traitement antalgique**
- **Utiliser un outil validé:**

  échelle visuelle analogique, échelle numérique, verbale, échelle des figures, Brief Pain Inventory Short Form (BPI-SF), Pediatric Pain Questionnaire (PPQ), Neonatal Infant Pain Scale (NIPS), thermomètre de la douleur

- **Evaluer :**
  - O Apparition et le motif
  - O Localisation
  - O Qualité de la douleur
  - O Intensité
  - O Facteurs d'aggravation et de soulagement
  - O Traitements précédents
  - O Effets de la douleur
  - O Barrières à l'évaluation de la douleur.



:om10

Recommandations fortes
Données probantes faibles (4)

Hétéro-évaluation

Outils comportementaux validés

Echelle BPS *(Behavioral Pain Scale)*

L'échelle BPS est une échelle comportementale de douleur utilisée en réanimation pour le patient adulte sédaté et ventilé.

Elle comporte l'évaluation de 3 critères : l'expression du visage, le tonus des membres supérieurs et l'adaptation au respirateur.

Chaque paramètre est côté de 1 à 4. L'ensemble des sous-scores est additionné pour obtenir le score total qui s'étend de 3 à 12.

Critères	Description	Score
Expression du visage	Détendu	1
	Plissement du front	2
	Fermeture des yeux	3
	Grimace	4
Tonus des membres supérieurs	Aucun	1
	Flexion partielle	2
	Flexion complète	3
	Rétraction	4
Adaptation au respirateur	Adapté	1
	Lutte ponctuellement	2
	Lutte contre ventilateur	3
	Non ventilable	4

Payen, Crit Care Med, 2001

Échelle FLACC (*Face – Legs – Activity – Cry – Consolability*)

VISAGE	0	Pas d'expression particulière ou sourire
	1	Grimace ou froncement occasionnel des sourcils, retrait, désintéressé
	2	Froncements fréquents à permanents des sourcils, mâchoires serrées, tremblement du menton
JAMBES	0	Position habituelle ou détendue
	1	Gêné, agité, tendu
	2	Coups de pieds ou jambes recroquevillées
ACTIVITÉ	0	Allongé calmement, en position habituelle, bouge facilement
	1	Se tortille, se balance d'avant en arrière, est tendu
	2	Arc-bouté, figé, ou sursaute
CRIS	0	Pas de cris (éveillé ou endormi)
	1	Gémissements ou pleurs, plainte occasionnelle
	2	Pleurs ou cris constants, hurlements ou sanglots, plaintes fréquentes
CONSOLABILITÉ	0	Content, détendu
	1	Rassuré occasionnellement par le toucher, l'étreinte ou la parole. Distrayable
	2	Difficile à consoler ou à réconforter

- **Adulte**
  - **Echelle comportementale de la douleur (BPS), grille d'observation comportementale de la douleur (CPOT), checklist of non verbal Pain indicators (CNPI)**
- **Enfant**
  - **FLACC revisée, Non communicating Children's Pain Checklist –Revised**
- **Aînés atteints de déficits cognitifs**
  - **échelle Pain assessment in Advanced Dementia (PAINAD), Pain assessment Checklist for Seniors with limited Ability to communicate (PACSLAC), échelle DOLOPLUS 2**

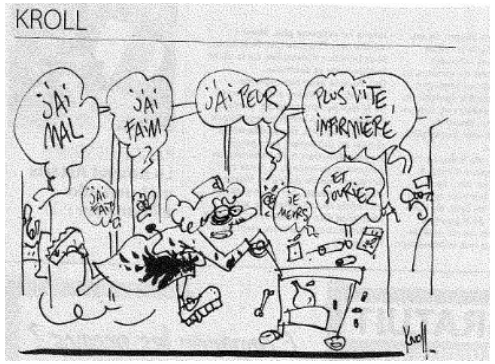
Make pain visible

Douleur = 5ème signe vital

- Echelle Visuelle Analogique (EVA): 0-10 cm, **seuil thérapeutique = 3**
- Echelle Numérique (EN): 0-100, **seuil thérapeutique = 30**
- Echelle Verbale Simple (EVS):

Pas de douleur	Douleur faible	Douleur modérée	Douleur intense	Douleur insupportable
0	1	2	3	4

Recommandations fortes, Données probantes faibles (5)



- **Analgésie neuro-axiale et des blocs périphériques continus**
  - **Politiques et de procédures garantissant qualité, sécurité, efficacité**
  - **Formations, supervision**
  - **Surveillance appropriée des patients** risque de:
    - dépression respiratoire, hypotension et de faiblesse motrice liée à une compression de la moelle épinière (due à une infection ou à un hématome) peuvent survenir.
  - **Possibilité d'appel d'un spécialiste**
- **Information et éducation des patients**
  - **Tous les patients (adultes et enfants)**
    - **le plan de traitement de la douleur, réduction progressive des analgésiques après la sortie de l'hôpital.**
  - **Une approche coordonnée des instructions de sortie**
    - **conseils des prescripteurs, des infirmières, des physiothérapeutes et des pharmaciens.**
- **Fournir une éducation individualisée au patient et sa famille**
  - **Options de traitements, les buts et leur planification.**
  - **Donner un support écrit au patient est meilleur qu'une information verbale.**

Recommandations fortes
Données probantes faibles (6)

- **Donner les instructions aux parents sur les méthodes appropriée pour évaluer la douleur chez l'enfant.**
- **Conduire une évaluation préopératoire pour évaluation**
  - **comorbidités médicales, psychiatriques, médications,**
  - **antécédents de la douleur chronique, anciens traitements de la douleur postopératoire et leur efficacité.**
- **Ajuster le plan thérapeutique sur base du soulagement de la douleur et de la présence d'effets secondaires.**
- **Assurer une surveillance**
  - **du niveau de sédation, du rythme respiratoire,**
  - **les effets secondaires des opiacés**
    - **Nausées**
    - **Vomissements**
    - **Constipation**

Recommandations faibles, preuve modérée

- Stimulation nerveuse électrique transcutanée (TENS) EST un adjuvant.
- Méthodes cognitivo-comportementales
  - relaxation, sophrologie, hypnose, musique: fait partie de l'approche multimodale.
- Kétamine IV fait partie de l'analgésie multimodale.
- Clonidine comme adjuvant afin de prolonger l'analgésie avec une injection unique dans un bloc nerveux périphérique.

Preuves insuffisantes

Le panel ne peut ni recommander ni décourager l'acupuncture, le massage ou le traitement par le froid comme traitement d'appoint à d'autres traitements de la douleur postopératoire (preuves insuffisantes).

Références recommandations

- Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine (2015), Acute Pain Management: Scientific Evidence (4th edition), ANZCA & FPM, Melbourne.
- Bardiau FM, Braeckman MM, Seidel L, Albert A, Boogaerts JG. Effectiveness of an acute pain service inception in a general hospital. *J Clin Anesth* 1999; 11 (7): 583-9.
- Chou R et al. Guidelines on the management of postoperative pain. American Pain Society. The journal of pain. 2016 Feb17, 2: 131-157. WWW.jpain.org
- Heather Herdman, PhD, RN, FNI, et Shigemi Kamitsuru, PhD, RN, Diagnostics infirmiers. Définitions et classification 2018-2020. Traduction AFEDI, AQCSI. FNI. Elsevier Masson, 11èmè édition, août 2019.
- Manworren R, Gordon D, Montgomery R, *Managing postoperative pain A*JN January 2018 Vol. 118, No. 1
- Merskey H, Albe Fessard D, Bonica JJ, Carmon A, Dubner R, Kerr FWL, Lindblom U, Mumford JM, Nathan PW, Noordenbos W, McCaffery M, Pasero C, Eds. Pain Clinical Manuel. Second Ed. St Louis, MO: Mosby; 1999.
- Pagni CA, Renaer MJ, Sternbach RA, Sunderland S. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP subcommittee on taxonomy. PAIN 1979;6:249–52.
- Rawal N. Acute pain services revisited good from far, far from good. Reg Anesth Pain Med 2002; 27: 117-21.
- RNAO Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Évaluation et prise en charge de la douleur, 2013. 3ème édition. Toronto (Ontario).
- Schug SA, Palmer GM, Scott DA, Halliwell R, Trinca J; APM:SE Working Group of the Australian and New Zealand College of The Society of Hospital Medecine's (SHM'S). Multimodal Pain Strategies Guide for Postoperative Pain Management. 2017.
- U.S Department of Health and Human services (2019, May).Pain management Best practices Interagency Task Force Report: Updates, Gaps, Inconsistencies, and Recommendations. Retrieved from U.S Department of Health and Human Services.

Références indicateurs

- Prise en charge de la douleur. HAS. Manuel de certification, ACC01-T052-E. Janvier 2014.
- Qmentum d'Agrément Canada (Niaz). A compléter
- Agentschap zorg &gezondheid. Eisenkader voor chirurgische patiënt. Zorg inspectie. Eisenkader C dienst en chirurgische daghospitalisatie, aangepest mei 2018. Pijn management in ziekenhuis.
- R3 Report I Requirement, Rationale, Reference. A complementary publication of The Joint Commission. 2017, August 29, 11.
- Stang AS et al. Quality indicators for the assessment and management of pain in the emergency department: a systematic review. Pain Res Manag. 2014Nov/Dec 19,6, 179-190.

- R3 Report I Requirement, Rationale, Reference. A complementary publication of The Joint Commission. 2017, August 29, 11.

Federale Raad voor de Kwaliteit van de Verpleegkundige Activiteit

Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière

S'adresse à l'ensemble des hôpitaux

Disposer de services chirurgicaux (services de diagnostic et de traitement chirurgical, indice C ou patients opérés hospitalisés en D, G, E, I).

Indicateurs de qualité des soins et sécurité du patient	Titre de l'indicateur
Structure /ressources	4a. Présence d'un **protocole** Evidence-Based
Processus	4B. **Evaluation et prise en charge** multidisciplinaire de la DPO
Résultat	4C. **Sortie** de la SSPI avec un score douleur Faible **EVA<3**

Indicateur 4a. Présence d'un protocole evidence-based pour la prise en charge multidisciplinaire de la DPO (STRUCTURE)

Définition	Présence d'un protocole pour l'information, la prévention, l'évaluation; le traitement antalgique multimodal et l'enregistrement au dossier patient
Justification	1. Analgésie multimodale 2. Structure APS 3. Information des patients 4. Outils validés pour l'évaluation de la douleur 5. Protocoles de surveillance 6. Matériel adapté 7. Programmes de formation continue
Numérateur	Existe-il dans l'hôpital (services de diagnostic et de traitement chirurgical, indice C ou patients opérés hospitalisés en D, G, E, I) au 31/12 de l'année écoulée, un protocole evidence-based pour la prise en charge multidisciplinaire de la douleur postopératoire. L'hôpital comptabilise un score de 1 pour chaque indicateur de structure présent dans le protocole de prise en charge au 31/12. Le numérateur correspond à la somme des 7 scores des structures du protocole. Numérateur = a1 +a2+a3+a4+a5+a6+a7
Dénominateur	7

Federale Raad voor de Kwaliteit van de Verpleegkundige Activiteit

Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière

Indicateur 4a. Présence d'un protocole evidence-based pour la prise en charge multidisciplinaire de la DPO

Mode d'évaluation de l'indicateur	**Le critère est satisfait si le protocole :**
	- **Présent**
	- **Mis à jour annuellement**
	- **Contient directives claires concernant les modalités de prise en charge**
	  - **Population de patients**
	  - **Outil d'évaluation DPO validé (EVA, EVS, EN, FLACC, CHEOPS, ECPA…**
	- **Se réfère à des bases scientifiques solides**

Expérience patient

Interactions des patients avec le système de soins de santé

- **les soins** qu'ils reçoivent
- plans de santé des hôpitaux, des cabinets médicaux et autres

Composante intégrante de la qualité des soins de santé

- **prestation des soins** de santé
- obtention de rendez-vous en temps opportun
- **accès facile à l'information**
- **bonne communication** avec les fournisseurs de soins de santé.

CAHPS Clinician and Group Survey Measures. Content last reviewed February 2018. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. https://www.ahrq.gov/cahps/surveys-guidance/cg/about/survey-measures.html

Comprendre l'expérience du patient est une étape clé dans l'évolution vers des soins centrés sur le patient.

Evaluer dans quelle mesure les soins **respectent et répondent aux préférences, besoins et valeurs de chaque patient.**

Image complète de la **qualité des soins de santé**: évaluer

- l'expérience des patients
- l'efficacité
- la sécurité des soins

CAHPS Clinician and Group Survey Measures. Content last reviewed February 2018. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. https://www.ahrq.gov/cahps/surveys-guidance/cg/about/survey-measures.html

HCAHPS Pain Management Domain

AHRQ Advancing Excellence in Health Care

During this hospital stay:

- *How often was your pain well controlled?*
- *How often did the hospital staff do everything they could to help you with your pain?*

- 71% "Always" is the national average
- Best performing hospitals in the country (95th percentile) get 80% or more "Always"

Source: CMS Summary of HCAHPS Survey Results and HCAHPS Percentiles April 2013 Public Report (July 2011 – June 2012 Discharges) www.hcahpsonline.org

5

The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries

C.jenkinson, A.Coulter, S.Bruster

International Journal for Quality in Health Care, Volume 14, Issue 5, October 2002, Pages 353–358, https://doi.org/10.1093/intqhc/14.5.353

6. Pas suffisamment impliqué dans les décisions concernant le traitement et les soins
10. Le personnel n'a pas fait assez pour contrôler la douleur
13. Objectif des médicaments pas entièrement expliqué
14. Pas informé des effets secondaires des médicaments

Proposition

Avez-vous eu mal pendant votre hospitalisation? OUI / NON

Si OUI: pensez-vous que le personnel ait fait tout son possible pour calmer vos douleurs?

☐ OUI ☐ OUI en partie ☐ NON

PACQ Douleur postopératoire

APS

Organisation multidisciplinaire

Ressources

Processus

Évaluation DPO et traitements avec outils validés
Analgésie multimodale
Surveillance adaptée
Information Formation Communication

Résultats

Satisfaction Patient
EVA<3 cm

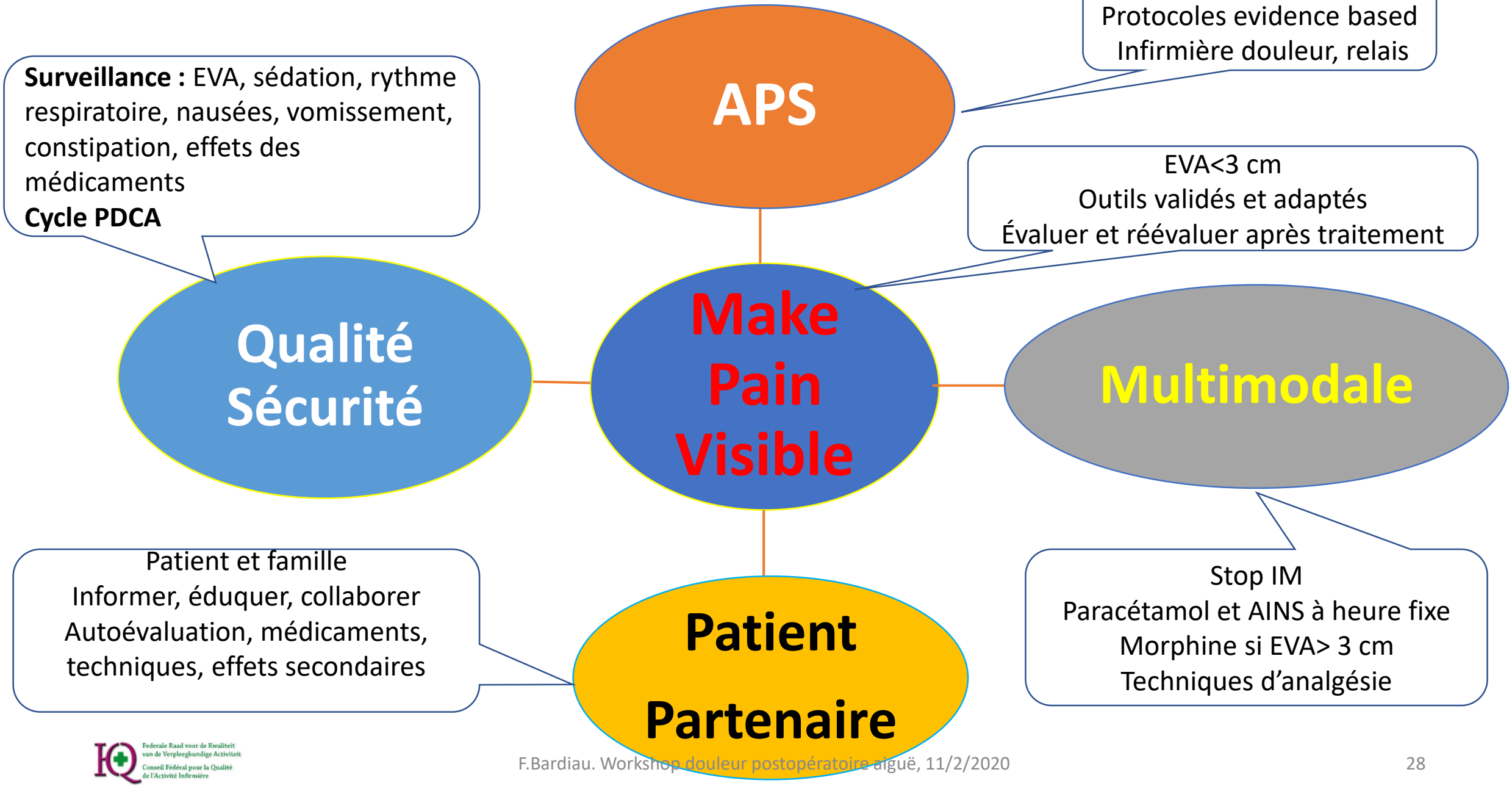
Je prends en compte l'expérience patient

Les indicateurs DPO sont enregistrés

Connaissance
Confiance
Continuité

Merci

Bonnes Pratiques



Résumé des bonnes pratiques

- Gestion multidisciplinaire: type APS (infirmière douleur et relais)
- Analgésie multimodale
  - STOP IM, administration heure fixe (paracétamol et AINS) + morphine si EVA>3 cm
- Outils d'évaluation validés, adaptés
- Make pain visible: évaluer et réévaluer après traitement
- Qualité – sécurité + PDCA
  - Surveillance des techniques
  - Surveillance : sédation, rythme respiratoire, nausées, vomissements, constipation, effet des médicaments
- Informer + éduquer + collaborer patient et famille
  - Autoévaluation, médicaments, techniques, effets secondaires

Donner un sens à l'échelle de la douleur

- Expliquer le but de l'échelle de la douleur
- Poser des questions contextuelles aux patients
  - Par exemple, à quel moment de l'échelle prendraient-ils un médicament contre la douleur
- Suivre le progrès
  - Par exemple, tableau blanc ou outil en papier disponible pendant le séjour et après la sortie

Partenariat patient-famille

- Fixer des attentes raisonnables
  - être franc sur la douleur à attendre
  - tenir le patient informé
    - Par exemple, utilisez le tableau blanc pour garder l'objectif et le plan de la douleur visibles, ainsi que le prochain médicament prévu
- Respecter l'expérience patient
  - discuter des options, des compromis et des préférences, y compris ce qui a fonctionné précédemment
  - développer des objectifs de douleur et un plan

Federale Raad voor de Kwaliteit van de Verpleegkundige Activiteit

Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière

Améliorer la perception des patients

- L'expérience des patients dans la gestion de la douleur ne dépend pas entièrement de leur niveau de douleur
- La perception de la gestion de la douleur est influencée par de nombreux facteurs, notamment:
  - communication efficace avec les médecins et les infirmières
  - réactivité
  - empathie

Etendre la chronologie

- Anticiper et planifier de façon proactive la gestion de la douleur, plutôt que d'y réagir
- Envisager le moment idéal et une variété de techniques de communication (par exemple, brochures sur la douleur ou déclaration des droits pour la gestion de la douleur)
- Apprendre d'expérience avant et après hospitalisation
  - par exemple, demander aux patients sortis quelle a été l'intervention la plus efficace pour gérer la douleur

PATIENT EXPERIENCE

COMMUNICATION

Communicating and sharing information with patients, consumers, carers and families / whānau

PARTNERSHIP

Encouraging and supporting participation and collaboration in decision making by patients, consumers, carers and families / whānau

COORDINATION

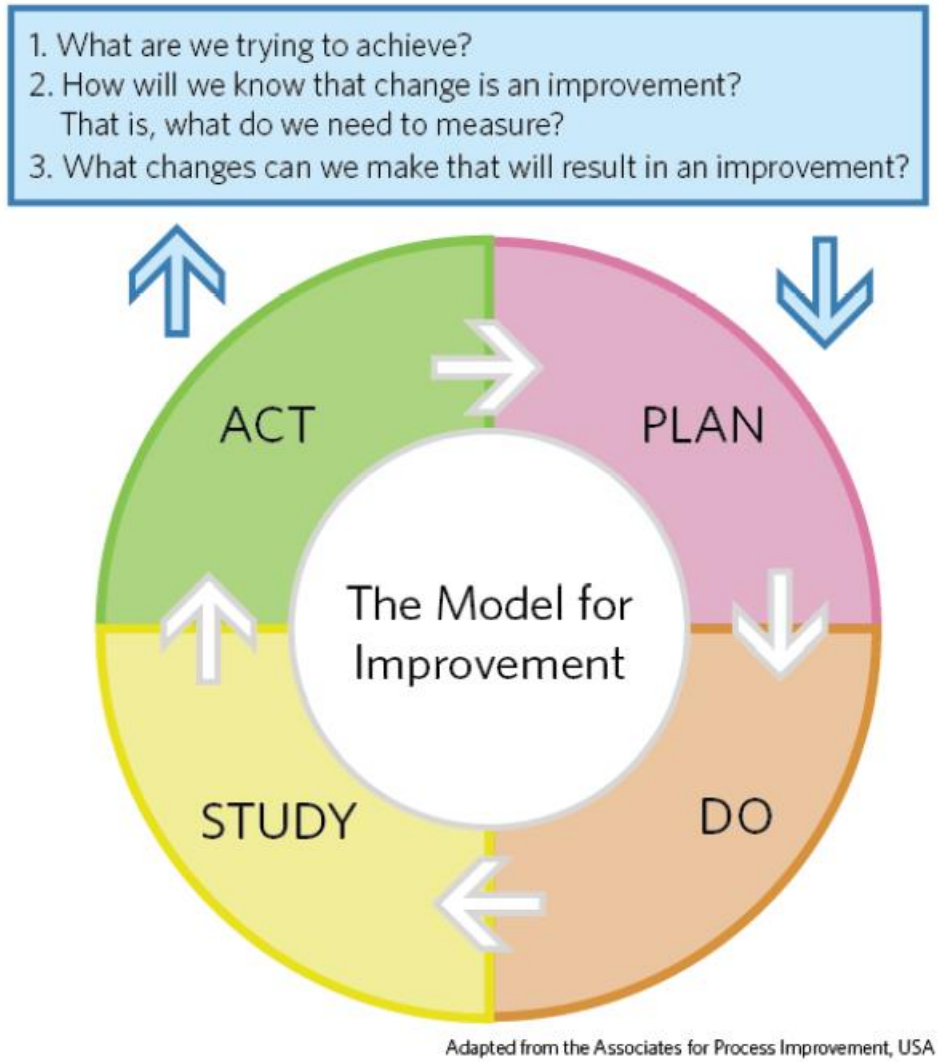
Coordination, integration and transition of care between clinical, ancillary and support services across different provider settings

PHYSICAL AND EMOTIONAL NEEDS

Treating patients, consumers, carers and families / whānau with dignity and respect and providing the necessary physical and emotional support

Infirmière douleur

- Infirmière spécialisée
- Apporte son expertise pour donner les soins aux patients
- Assure le suivi des techniques spécifiques
- Participe
  - Développement des protocoles
  - Standardisation des soins
  - Monitoring des indicateurs
- Fournit sensibilisation, information et formation
  - Équipes
  - Patients et familles



https://www.hqsc.govt.nz/our-programmes/health-quality-evaluation/publications-and-resources/publication/3216/

Tableau 1 : d'après l'éditorial de l'IASP (International Association for the Study of Pain). www.iasp-pain.org. What Is the Problem? Global Year against Pain 2010.

Tableau 1 : Impact de la douleur aiguë non contrôlée
Sur le plan clinique
• Cicatrisation retardée en raison d'une augmentation de la tonicité sympathique
• Risque accru de morbidité pulmonaire, y compris de pneumopathie due à une respiration altérée par la douleur
• Risque accru de thrombose
• Risque accru de la mortalité
• Stress hyperadrénergique avec hypertension artérielle
Concernant le patient
• Souffrance inutile
• Sommeil de mauvaise qualité
• Rétention urinaire
• Mobilité ou respiration limitée et faible autonomie du patient
• Peur et anxiété
• Incapacité partielle ou totale inutile avec perte de productivité au travail
• Rétablissement plus lent de la fonction normale et altération du mode de vie
• Qualité de vie réduite durant le rétablissement du patient
Sur le plan administratif
• Durée accrue du séjour en unité de soins intensifs ou à l'hôpital
• Taux plus élevés de complications et de coûts associés
• Risque accru de développement d'une douleur chronique avec les coûts de soins de santé en découlant
• Implication selon laquelle un mauvais contrôle de la douleur équivaut à une mauvaise qualité des soins

Federale Raad voor de Kwaliteit van de Verpleegkundige Activiteit

Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière

4B. Evaluation et prise en charge multidisciplinaire de la douleur postopératoire. (PROCESSUS)

Définition	**Cet indicateur évalue la traçabilité de l'évaluation de la douleur avec une échelle validée enregistrée dans le dossier patient ET pour les patients présentant des douleurs nécessitant une prise en charge, la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge de la douleur et une réévaluation de la douleur.** **Nombre de séjours de patients pour lesquels :** • **On retrouve une évaluation de la douleur avec une échelle* dans le dossier ;** **ET** • **Pour les patients présentant des douleurs nécessitant une prise en charge (EVA>3 ou autre seuil pour les autres échelles), on retrouve :** – **La mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge de la douleur dans le dossier du patient : moyens médicamenteux et/ou moyens non médicamenteux ;** **ET** – **Une ré-évaluation de la douleur avec une échelle* suite à la mise en œuvre de cette stratégie de prise en charge de la douleur.** **Le dénominateur correspond à l'ensemble des séjours de patients évalués.**

Federale Raad voor de Kwaliteit van de Verpleegkundige Activiteit

Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière

4B. Evaluation et prise en charge multidisciplinaire de la douleur postopératoire. (PROCESSUS)

Définition	**<u>Deux indicateurs ont été proposés par la HAS</u> :** **Le 1er indicateur a ciblé l'évaluation de la douleur avec une échelle pour <u>tous les patients</u>, ET pour ceux nécessitant une prise en charge, la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge de la douleur ainsi qu'une réévaluation de la douleur (dénominateur : tous les séjours évalués) ;** **Le 2ème indicateur a ciblé la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge de la douleur pour les patients nécessitant une prise en charge, ainsi qu'une réévaluation (dénominateur : tous les séjours de patients algiques).** **Il est proposé de calculer l'indicateur sur l'ensemble des dossiers analysés, et de cibler à la fois l'évaluation de la douleur avec une échelle ET la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge de la douleur pour les patients nécessitant une prise en charge, ainsi qu'une réévaluation de la douleur.**

Federale Raad voor de Kwaliteit van de Verpleegkundige Activiteit

Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière

4B. Evaluation et prise en charge multidisciplinaire de la douleur postopératoire. (PROCESSUS)

Échantillon	**L'évaluation sur base d'un échantillon sera organisée si l'institution ne dispose pas d'un encodage structuré et informatisé des paramètres d'évaluation de la douleur postopératoire.** **L'indicateur est alors calculé sur un échantillon aléatoire de 60 séjours tirés au sort sur l'année 2019. L'observance de l'évaluation de la douleur se fait à J+1 du jour de l'intervention chirurgicale.** **Pour les institutions disposant d'une informatisation de la récolte des données, l'indicateur sera calculé sur l'ensemble des occurrences.** **L'indicateur est relevé auprès de l'ensemble des hôpitaux généraux**

Federale Raad voor de Kwaliteit van de Verpleegkundige Activiteit

Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière

4B. Evaluation et prise en charge multidisciplinaire de la douleur postopératoire. (PROCESSUS)

Numérateur 1	**Nombre de patients à J1 avec score douleur réalisé avec une échelle validée. Le score douleur évalué doit être enregistré au dossier patient.**
Dénominateur 1	Nombre de patients opérés à J1 (jour opératoire +1)
Numérateur 2	Nombre de patients présentant des douleurs (EVA>3) qui bénéficient d'une stratégie de prise en charge de la douleur et d'une ré-évaluation de la douleur.
Dénominateur 2	Nombre de patients présentant des douleurs (EVA>3)
Critères d'inclusion	Disposer de services chirurgicaux- services de diagnostic et de traitement chirurgical (index de lits C), hospitalisations classique, séjours à J+1, le patient dort une nuit. Sont aussi concernés les indices E ,D, G , I pour les patients chirurgicaux hospitalisés.

Federale Raad voor de Kwaliteit van de Verpleegkundige Activiteit

Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière

4B. Evaluation et prise en charge multidisciplinaire de la douleur postopératoire. (PROCESSUS)

Mode d'évaluation de l'indicateur	**L'évaluation de la douleur est recherchée dans tous les éléments du dossier du patient relevant du séjour analysé.** **Chaque évaluation de la douleur doit être réalisée avec une échelle validée.** **Les informations sur la prise en charge de la douleur sont à rechercher dans tous les éléments du dossier patient relevant du séjour analysé :** – **Moyens médicamenteux : prescription d'antalgique(s) (acétaminophènes, anti-inflammatoires non stéroïdiens, morphiniques, corticostéroïdes, anti-convulsants, antispasmodiques…) et son (leur) administration, protocole et son administration, thermothérapie[6] (application de chaud/froid) ; péridurale en obstétrique et son administration ; tétée, sucrose, contenu en néonatologie/pédiatrie.** – **Moyens non médicamenteux : acupuncture, réflexologie, musicothérapie, massages, balnéothérapie, hypnose ; jeux en pédiatrie, musicothérapie, ergothérapie, repositionnement du patient, écoute, attention, exercices de respiration/relaxation, yoga, distraction.**

Federale Raad voor de Kwaliteit van de Verpleegkundige Activiteit

Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière

4B. Evaluation et prise en charge multidisciplinaire de la douleur postopératoire. (PROCESSUS)

Mode d'évaluation de l'indicateur	**Remarque : enregistrement au dossier patient** **Il convient de retrouver la mise en œuvre de la stratégie de prise en charge de la douleur :** **1. pour les moyens médicamenteux, il est attendu l'administration du (des) médicament(s) ;** **2. pour les moyens non médicamenteux, il est attendu un compte rendu de réalisation de la mise en œuvre <u>OU</u> une information sur la réalisation de la mise en œuvre.** **Si la récolte des données est informatisée l'ensemble des patients opérés est pris en compte.**

Federale Raad voor de Kwaliteit van de Verpleegkundige Activiteit

Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière

4C. Sortie de SSPI EVA<3 (Résultat)

Définition	**Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, mesure l'évaluation de la douleur qualifiée de « faible » (EVA<3) comme critère de sortie.**
Numérateur	**Nombre de séjours pour lesquels :** ▪ **Une mesure à la sortie de la Salle de Surveillance Post Interventionnelle est réalisée ;** **ET** ▪ **La sortie se fait avec une douleur qualifiée de « faible » (ex : EVA<3 – échelle EVA en cm).**
Dénominateur	**Nombre de séjours avec un passage en Salle de Surveillance Post Interventionnelle évalués.**
Echantillon	Pour les institutions disposant d'une informatisation de la récolte des données, l'indicateur sera calculé sur l'ensemble des occurrences. Si ce n'est pas le cas, l'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 60 séjours avec passage Salle de Surveillance Post Interventionnelle.

Federale Raad voor de Kwaliteit van de Verpleegkundige Activiteit
Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière

4C. Sortie de SSPI EVA<3 (Résultat)

Mode d'évaluation des Critères de l'indicateur EVA	**L'évaluation des dossiers anesthésiques est réalisée à l'aide d'un questionnaire sauf si l'institution dispose d'enregistrements informatisés.** **L'indicateur EVA évalue le pourcentage de séjours pour lesquels il existe une mesure de la douleur avec une échelle validée sur la feuille de surveillance du patient à la sortie de la SSPI, et pour lesquels la sortie se fait avec une douleur qualifiée de « faible » (EVA <3).**