

Quick audit certif' HAS

Evaluation de la prise en charge de la douleur

Cette grille doit être complétée par une **personne extérieure au service** afin d'éviter tout biais d'auto-évaluation et garantir une appréciation objective des pratiques.

Nom du service⁽¹⁾ :

Nb de patients présents :

Date/Heure :

N° observation :

Initiales auditeur :

Mode opératoire

Objectif :

- Evaluer les pratiques professionnelles relatives à l'anticipation, l'évaluation, la traçabilité, la réévaluation et l'adaptation de la prise en charge de la douleur selon le critère impératif HAS 1.1-05.
- Identifier les écarts puis proposer des actions d'améliorations ciblées.

Pour en savoir plus : [e-learning OMEDIT CVL : évaluation PEC de la DOULEUR](#), [fiche pédagogique HAS](#)

Méthode d'observation (patient traceur) : Sélection aléatoire des situations de soins (créneau horaire + première situation ou soin potentiellement douloureux). Observation sans avertissement du soignant. Positionnement non punitif de l'auditeur, centré sur l'amélioration des résultats de prise en charge ou du soulagement de la douleur.

- **Sélection temporelle :** choisir un créneau horaire aléatoire parmi ceux où se font les soins.
- **Sélection du patient :** première situation de soin se présentant dans le créneau choisi.
- **Sélection du soignant :** aucune sélection préalable ; l'audit porte sur la situation réelle observée.

Echantillonnage recommandé (NF ISO 2859-1) Pour garantir la fiabilité statistique des résultats, le nombre d'observations à réaliser doit être au minimum conforme au nombre préconisé par la norme d'échantillonnage.

Par exemple, pour 45 patients présents dans le service⁽¹⁾, 13 observations doivent être réalisées afin d'obtenir une analyse fiable.

EFFECTIF (nombre de patients à l'instant t)		RÉSULTAT (nombre d'observations)
min	max	
16	25	8
26	50	13
51	90	20
91	150	32

⁽¹⁾Selon l'organisation et la taille de l'établissement, le terme « service » peut être compris comme un étage, une aile, un site, l'établissement dans son ensemble

Modalités de réalisation :

Observer plusieurs situations indépendantes. Observation directe + questionnaire bref,

Cocher les réponses : Oui/Non. Émettre des remarques en commentaires si nécessaire.

Synthétiser puis exploiter les résultats en retour collectif, orienté 'actions d'amélioration', pour améliorer les résultats des indicateurs de prise en charge clinique des patients concernant la prise en charge de la douleur (IQSS...)

Observation directe + questionnaire bref si nécessaire		Oui	Non
Évaluation initiale	1) La douleur est recherchée de façon proactive à l'admission OU lors de toute situation à risque (acte, mobilisation, soin ...).		
	2) Une échelle validée et adaptée à l'âge, à l'état cognitif, au handicap et au contexte clinique est utilisée. (EVA, EVS, Algoplus, DN4...)		
	3) Le score de douleur est chiffré et tracé dans le dossier patient, y compris en l'absence de douleur (score 0 si patient non douloureux).		

Observation directe + questionnaire bref si nécessaire		Oui	Non	Non applicable
Adaptation sécurisation thérapeutique	4) Il existe une cohérence entre le score de douleur documenté et l'antalgique prescrit ou administré (adaptation à l'intensité et au patient)			
	5) Les bonnes pratiques de prescription des antalgiques sont respectées (lisibilité, complétude, seuil déclencheur clair pour les « si besoin »)			
	6) Une surveillance des effets indésirables (notamment pour les opioïdes) est réalisée et tracée dans le dossier patient.			
Réévaluation	7) La douleur est réévaluée régulièrement (au minimum 1 fois/jour) et tracée dans le dossier patient avec date, heure, échelle et score.			
	8) La réévaluation est réalisée dans un délai adapté au traitement administré.			
	9) En cas de douleur persistante ou insuffisamment soulagée, le traitement (médicamenteux et/ou non médicamenteux) est adapté.			
PEC NON médicamenteuse	10) Des méthodes non médicamenteuses de prise en charge de la douleur sont systématiquement proposées et tracées (positionnement, relaxation, musique, distraction, massage, TENS, etc.).			
	11) La prise en charge de la douleur est multimodale et personnalisée (association pharmaco + non pharmacologique adaptée au patient).			
Info patient	12) Le patient reçoit une information adaptée sur sa douleur, les moyens de soulagement et son rôle dans l'évaluation.			
	13) Le ressenti du patient concernant sa douleur est recueilli et tracé dans le dossier (dialogue régulier).			
Situations spécifiques	14) Des adaptations spécifiques sont mises en œuvre pour les patients non communicants, en situation de handicap, âgés fragiles ou en soins palliatifs (échelles comportementales, implication de l'entourage...).			
	15) La prise en charge de la douleur en soins palliatifs ou en fin de vie est documentée de manière spécifique dans le dossier.			
Organisation	16) Savez-vous si des protocoles institutionnels de prise en charge de la douleur (aiguë et chronique) sont disponibles, accessibles et connus dans le service ?			
	17) Savez-vous si un réfèrent douleur est identifié dans le service ou l'établissement ?			
Formations	18) Avez-vous bénéficié d'une formation récente (< 2 ans) sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur, y compris les outils non médicamenteux ?			
	19) Avez-vous été convié à une ou des actions de sensibilisation sur la douleur au cours des 6 derniers mois ?			
Indicateurs et pilotage	20) Savez-vous si des indicateurs de suivi de la prise en charge de la douleur sont définis, analysés ?			

Commentaires / difficultés rencontrées :