




EIBO

Clermont-Ferrand



L'efficacité de la mise en posture chirurgicale par l'évaluation de la douleur pré opératoire

Plan

01

Introduction

Contexte/problématique

04

Discussion

Analyse interprétative
croisée
audits / entretiens

02

Méthode

ALARM

05

Axes d'amélioration

03

Résultats

Analyse descriptive

Introduction

Contexte de l'étude

Formation IBODE UE 9. Analyse de pratiques professionnelles : Réflexion sur sa pratique soignante ⇒ promotion 2021/2023

Objectif de l'étude:

- ➔ Initier à la démarche qualité et la gestion des risques par l'évaluation d'une pratique professionnelle au bloc opératoire
- ➔ Analyser l'activité de l'évaluation de la douleur en pré opératoire
- ➔ Analyser le réinvestissement de l'évaluation sur l'adaptation de la posture chirurgicale en lien avec l'état physiopathologique du patient
- ➔ Proposer des axes d'amélioration de la PES de l'opéré



01

Introduction

Problématique

La prise en charge de la douleur en pré opératoire et lors de la mise en posture chirurgicale

1. Réglementation / droit des patients

☞ Loi du 4 mars 2002

☞ « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée »

☞ Circulaire n°2006-90 du 2 mars 2006

☞ « La dimension douloureuse, physique et psychologique de la prise en charge des personnes hospitalisées, ainsi que le soulagement de la souffrance, constituent une préoccupation constante de tous les intervenants ».

Problématique

La prise en charge de la douleur en pré opératoire et lors de la mise en posture chirurgicale

2. Réglementation / code de déontologie

☞ Article L 1110-5 du CSP

↳ « Les soignants doivent s'efforcer de prévenir la douleur »

☞ Article R4311-2, alinéa 5 du CSP

↳ « Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier participe à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur »

Problématique

3. Amélioration de la qualité/certification

La Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC)

- 👉 vise l'autonomisation précoce du patient, la plus proche possible du geste chirurgical avec un objectif de « *chirurgie sans risque et sans douleur* » (HAS).

IQSS/ douleur et mise en posture

- 👉 1^{er} temps de l'intervention chirurgicale, potentiellement génératrice de douleurs
- 👉 Arrêté du 27 avril 2022 qui autonomise l'IBODE lors de la mise en posture

The background is a dark teal color with a fine grid pattern. On the left side, there are several white line-art diagrams of the human body. A central figure shows a full-body view of a person standing. Surrounding this are circular insets showing detailed views of the spine, neck, shoulder, elbow, knee, and foot. On the right side, there is a faint, semi-transparent image of a person running on a treadmill in a gym setting.

02

Méthode

Méthode ALARM ("Association of litigation and risk management")

1^{ère} phase d'audit d'observation à partir des critères HAS/recommandations des sociétés savantes SFAR

↳ l'analyse du dossier patient

- ➔ évaluation de la douleur en consultation
- ➔ test de mise en posture
- ➔ évaluation au départ du service hôte

↳ Observation de la PEC de la douleur à l'arrivée au BO

- ➔ Recherche des évaluations antérieures dans le dossier
- ➔ Évaluation de douleur, participants, méthodes, traçabilité

Méthode ALARM ("Association of litigation and risk management")

👉 1^{ère} phase d'audit d'observation à partir des critères SFAR

↳ L'observation de la mise en posture

- ➡ installation vigile
- ➡ Installation réalisée en tenant compte de l'évaluation de la douleur
- ➡ réévaluation de la douleur post installation vigile

Méthode ALARM ("Association of litigation and risk management")

👉 1^{ère} phase d'audit d'observation à partir des critères HAS

↪ 110 audits d'observation

↪ 8 Ets de santé

↪ 7 spécialités chirurgicales

Méthode ALARM ("Association of litigation and risk management")

👉 2^{ème} phase : ACP (Analyse des Causes Profondes)

↳ 95 Entretiens semi-directifs

↳ Confrontation des professionnels aux observations réalisées lors de l'audit

👉 Raisons de l'absence de recherche des évaluations antérieures dans le dossier patient à son arrivée au bloc

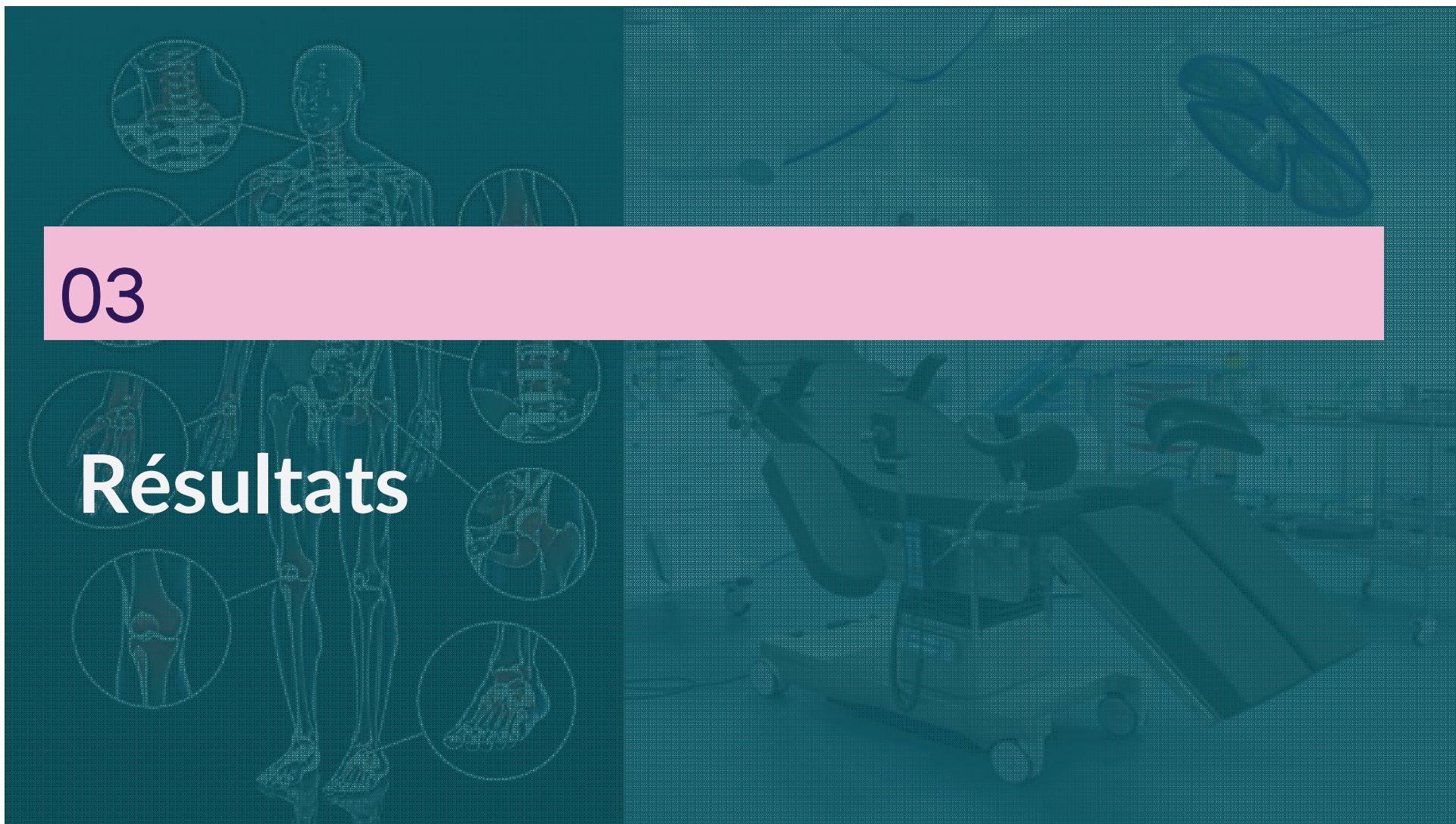
👉 les freins à la réalisation d'une nouvelle évaluation de la douleur à l'arrivée au bloc opératoire

👉 Raisons de la non mise en posture vigile du patient

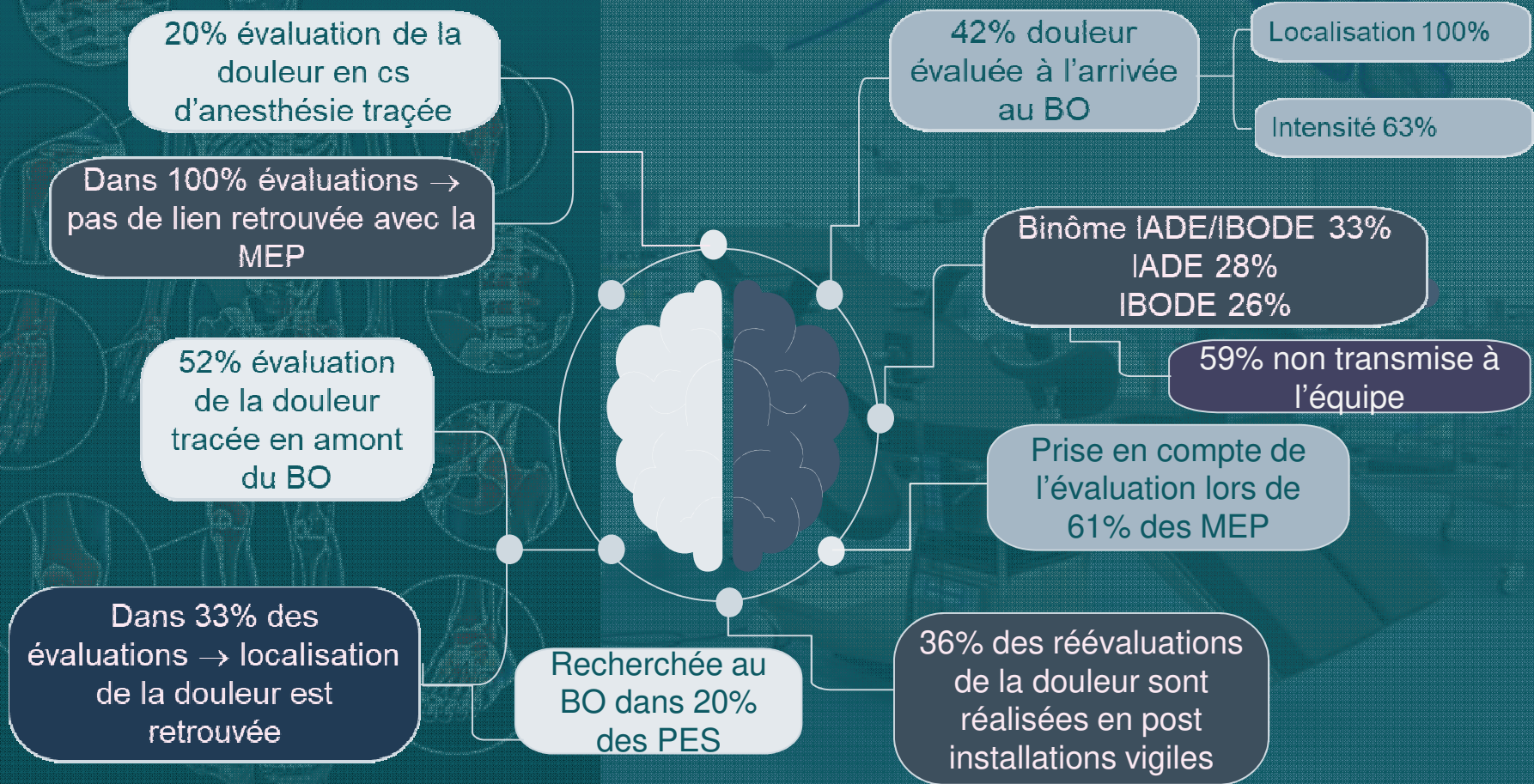
👉 Avis des professionnels de l'intérêt de l'évaluation de la douleur sur la qualité de la mise en posture

03

Résultats



03 Résultats / Analyse descriptive audit



Analyse
Synthèse

1 fois sur 2
Pas d'évaluation de la
douleur en amont du BO

Moins d'1 fois sur 2 la
douleur est évaluée à
l'arrivée au BO

Réévaluation de
la douleur post
MEP vigile est observée
dans 10% des PES

Absence d'information sur
l'évaluation de la douleur
en lien avec la MEP

seul les patients identifiés
algiques bénéficient d'une
MEP
vigile → 26% des
observations

04 Résultats / causes profondes





04

Discussion

04 Discussion

0% procédure globale
Pas de traçabilité en cs anest
10% au BO
1/2 évaluation
<1/2 MEP adaptée
>1/3 réévaluation

Réglementation

0% PES
sont conformes

< 1/2 évaluation pré BO
42% évaluation au BO
mais
0% traçabilité
< 1/2 non transmise

0% PES globale
conformes
10% au BO

Recommandations

L'observation des MEP
→ conformes
Professionnels à l'intérêt de l'évaluation de la
douleur dans la PES au BO

Observation des
pratiques





05

Axes d'amélioration

05

Axe I : Sensibilisation des professionnels de santé

Créer un support visuel disponible
en salle d'intervention

Positionnement du support stratégique :
ex : proximité de l'ordinateur



Contenu du support synthétique : éléments essentiels de l'évaluation de la douleur
Cible rapidement les zones de douleur potentielles inhérentes à chaque posture

05

Axe I : Sensibilisation des professionnels de santé

Objectifs : SENSIBILISER AUX DOULEURS INDUITES A LA POSTURE

Promouvoir la mise en posture chirurgicale en état vigil

Identifier, les différentes zones à risques de douleurs liées à la mise en posture, à l'aide d'un schéma, en fonction des postures chirurgicales



La douleur, pensez y !

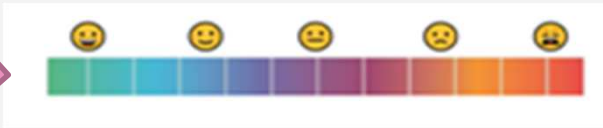


Évaluer la douleur et la tracer

Quand ?

- ✓ À l'arrivée au bloc opératoire
- ✓ Post installation vigile
- ✓ En SSPI

comment ?



Gonalgie
G Dt

Cervicalgie

Cruralgie
G Dt

Scapulargie
G Dt

Coxalgie
G Dt

Lombalgie

Each assessment tool includes a scale from 0 to 10 with smiley faces and labels for 'PAS DE DOULEUR', 'DOLÉANCE', 'DOLÉUR', 'DOLÉUR MODÉRÉE', 'DOLÉUR ÉLEVÉE', and 'DOLÉUR INTENSE'.

Où ?

Axe II : Traçabilité au BO

→ **Check List** : support de traçabilité le plus utilisé et le plus légiféré : outil gestion des risques

→ **Ajouter un item**
« évaluation de la douleur à l'arrivée au bloc opératoire : **oui** ou non »

Identification du patient
Étiquette du patient ou
Nom, prénom, date de naissance

CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »

Version générique 2018

« Vérifier ensemble pour décider »

Bloc : Salle :

Date d'intervention : Heure (début) :

Chirurgien « intervenant » :

Anesthésiste « intervenant » :

Coordonnateur(s) check-list :

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE
Temps de pause avant anesthésie

1. L'identité du patient est correcte Oui Non N/A

2. L'autorisation d'opérer est signée par les parents ou le représentant légal Oui Non N/A

3. L'intervention et le site opératoire sont confirmés :

- idéalement par le patient et, dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique
- le documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle

 Oui Non N/A

4. Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site / l'intervention et non dangereux pour le patient Oui Non N/A

5. La préparation cutanée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire (ou autre procédure en oeuvre dans l'établissement) Oui Non N/A

6. L'équipement / le matériel nécessaires pour l'intervention sont vérifiés et adaptés au poids et à la taille du patient

- pour la partie chirurgicale Oui Non N/A
- pour la partie anesthésique Oui Non N/A
- Acte sans prise en charge anesthésique

7. Le patient présente-t-il un : Non Oui N/A

- risque allergique Non Oui N/A
- risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque Non Oui N/A
- risque de saignement important Non Oui N/A

Évaluation de la douleur Oui Non N/A

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE
Temps de pause avant incision (appelé aussi time-out)

1. Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe en présence des chirurgiens(s), anesthésiste(s), IADE-IBODE/IDE

- identité patient confirmée Oui Non N/A
- intervention prévue confirmée Oui Non N/A
- site opératoire confirmé Oui Non N/A
- installation correcte confirmée Oui Non N/A
- documents nécessaires disponibles (notamment imagerie) Oui Non N/A

2. Partage des informations essentielles oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque/étapes critiques de l'intervention (time-out)

- sur le plan chirurgical (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationalité, etc.) Oui Non N/A
- sur le plan anesthésique (Acte sans prise en charge anesthésique [risques potentiels liés au terrain (hypothermie, etc.) ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.]) Oui Non N/A

3. L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement
La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement Oui Non N/A

APRÈS INTERVENTION
Pause avant sortie de salle d'opération

1. Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe :

- de l'intervention enregistrée Oui Non N/A
- du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc. Oui Non N/A
- de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. Oui Non N/A
- si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement/déclaration ? Oui Non N/A

Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention cochez N/A

2. Les prescriptions et la surveillance post-opératoires (y compris les seuils d'alerte spécifiques) sont faites conjointement par l'équipe chirurgicale et anesthésique et adaptées à l'âge, au poids et à la taille du patient Oui Non N/A

Décision concertée et motivée en cas de réponse dans une case marquée d'un *

ATTENTION SI ENFANT !

- Associer les parents à la vérification de l'identité, de l'intervention et du site opératoire.
- Autorisation d'opérer signée.
- Installation, matériel et prescription adaptés au poids, à l'âge et à la taille.
- Prévention de l'hypothermie.
- Seuils d'alerte en post-op définis.

SELON PROCÉDURE EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT

Attestation que la check-list a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe
Chirurgien Anesthésiste / IADE Coordonnateur CL

→ **DÉCISION FINALE**

GO = OK pour incision

NO GO = Pas d'incision !

Si No Go : conséquence sur l'intervention ? Retard Annulation

Le rôle du coordonnateur de la check-list, aidé par le(s) chirurgien(s) et anesthésiste(s) responsables de l'intervention, est de cocher les items de la check-list. 1. si la vérification a bien été effectuée. 2. si la vérification a été faite oralement en présence des membres de l'équipe concernée et 3. si les réponses marquées d'un * ont fait l'objet d'une concertation en équipe et d'une décision motivée.

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

N/A : Non Applicable pour cette intervention ; NR : Non Recommandé pour cette intervention

05

Axe II : Traçabilité interservice

Créer un document de transmissions inter-service

05 Fiche de liaison bloc/service

LES CRITÈRES ODYNIE »

Entourez l'EVA pour chaque zone douloureuse

The image displays three sets of human figures, each representing a different clinical scenario: 'Accueil au Bo', 'Post installation vigile', and 'SSPI'. Each set consists of a front and back view of a human figure. Red dots are placed on the figures to indicate areas of pain. Next to each dot is a pain assessment scale (EVA) for that specific region. The regions and their corresponding scales are:

- cervicalgie** (neck pain)
- scapualgie** (shoulder blade pain)
- coxalgie** (hip pain)
- lombalgie** (lower back pain)
- cruralgie** (leg pain)
- gonalgie** (knee pain)

Each EVA scale is a horizontal bar with a numerical rating from 0 to 10. The scale is divided into two halves: the left half (0-5) is labeled 'PAS DE DOULEUR' (no pain) and the right half (5-10) is labeled 'DOULEUR INSUPPORTABLE' (unbearable pain). The scale includes five smiley faces representing increasing levels of pain: 0 (happy), 2 (neutral), 4 (neutral), 6 (neutral), 8 (neutral), and 10 (sad).

Accueil au Bo **Post installation vigile** **SSPI**

conclusion

Ouverture

L'autonomie

Choisir

vers

De l'IBODE

la mise en posture ?





Merci de votre attention
Des questions

