



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**MISE EN PLACE D'UNE EVALUATION DES PRATIQUES
PROFESSIONNELLES SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR
POST OPERATOIRE AU CENTRE HOSPITALIER DE DUNKERQUE**

Présentée et soutenue publiquement le 17 juin 2015
au Pôle Formation de la faculté

Par Florian de Pertat-Zwiebel

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Benoit Tavernier

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Gilles Pasquier

Monsieur le Docteur Serge Dalmas

Monsieur le Docteur Emmanuel Robin

Monsieur le Docteur Christophe Deswarte

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Christophe Deswarte

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

AG: Anesthésie Générale

AINS: Anti Inflammatoire Non Stéroïdiens

ALR: Anesthésie Loco-Régionale

CHD: Centre Hospitalier de Dunkerque

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

CLUD: Comité de Lutte contre la Douleur

DPO : Douleur Post Opératoire

EPP: Evaluation des Pratiques Professionnelles

EVA: Echelle Visuelle Analogique

HAS: Haute Autorité de Santé

IADE: Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat

IDE: Infirmière Diplômée d'Etat

LBA : Levée de Bloc Analgésique

PCA: Patient Controlled Analgesia (Analgésie contrôlée par le patient)

PTG: Prothèse Totale de Genou

PTH: Prothèse Totale de Hanche

RFE : Recommandations Formalisées d'Experts

SFAR: Société Française d'Anesthésie Réanimation

Résumé.....	7
Introduction	9
Matériels et méthodes.....	11
Résultats	14
.I. Première évaluation de la prise en charge de la douleur post opératoire	14
A. Information du patient.....	14
B. Evaluation de la douleur post opératoire	15
C. Evaluation des prescriptions post opératoires	16
D. Informations concernant la levée de bloc analgésique.....	17
.II. Restitution des résultats et élaboration d'un plan d'action	18
A. Information et levée de bloc analgésique	18
B. Gestion des antalgiques	18
C. Outils.....	19
D. Formation du personnel.....	19
E. Réévaluation.....	19
.III. Audit de contrôle	20
A. La levée de bloc analgésique	20
B. Prise en charge et satisfaction du patient.....	21
Discussion.....	22
.I. L'Evaluation des Pratiques Professionnelles : obligations et objectifs	22
.II. La levée du bloc analgésique.....	25
A. Analyse des résultats.....	25
B. Limites de l'étude.....	27
.III. La prise en charge générale de la douleur.....	28
A. Analyse des résultats.....	28
B. Limites.....	29

.IV. Etat des lieux dans la littérature	30
Conclusion	32
Références bibliographiques	33
Annexes	36
Annexe 1 : Fiche d'information du 1 ^{er} audit.....	36
Annexe 2 : Questionnaire du premier audit.....	37
Annexe 3 : Fiche d'information de l'audit de contrôle.....	40
Annexe 4 : Questionnaire de l'audit de contrôle.....	41
Annexe 5 : Résultats du premier audit	42
Annexe 6 : Résultats de l'audit de contrôle	47
Annexe 7 : Exemple de protocole de prescription Hopital Manager	50

RESUME

Contexte : L'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), rendue obligatoire par la Haute Autorité de Santé (HAS) vise à améliorer la qualité des soins. La pratique de l'anesthésie locorégionale comme traitement de la douleur post opératoire (DPO) est de plus en plus répandue. La levée de bloc analgésique (LBA) entraîne une douleur parfois difficile à traiter.

Méthode : Un premier audit de la prise en charge de la DPO a été mis en place sur des patients ayant bénéficié d'un bloc analgésique en plus d'une anesthésie générale ou une rachianesthésie pour une chirurgie orthopédique. Les patients ont été hospitalisés à l'hôpital de Dunkerque entre juin et août 2014. Après une phase d'évaluation des résultats et d'élaboration d'un plan d'action, un audit de contrôle a été réalisé avec les mêmes critères d'inclusion en avril 2015.

Résultats : 65% des patients ont présenté une DPO modérée à intense imputable à la LBA. 74% d'entre eux ont été informés de la LBA. Le patient a été correctement informé sur les antalgiques qui allaient être administrés (84%) et sur leurs modalités d'administration (68%). Les évaluations de la DPO étaient établies à partir d'échelles standardisées. Les actions correctrices mises en place après analyse des résultats de l'audit avaient pour but la prévention de la LBA. Il s'agissait d'améliorer l'information des équipes soignantes et du patient, que ce soit oralement ou par écrit. Des réunions d'information avec les équipes soignantes ont été mises en place. L'administration des coantalgiques était rendue systématique jusqu'à la LBA. 87% des patients interrogés lors de l'enquête de contrôle avaient été informés de la LBA et 59% avaient eu une DPO modérée à intense. La différence avec le

premier audit était non significative. L'information des patients concernant la LBA et ses conséquences tend à être meilleure que dans le premier audit (87,5% vs 73,7%, $p=0,31$ non significatif).

Conclusion : Cette EPP a permis de soulever le problème de la LBA et de proposer des actions de prévention comprenant l'information et l'administration des antalgiques. Une proportion importante de patients avait toujours une LBA douloureuse. Cette étude ne permettait pas une analyse qualitative des prescriptions médicales. Compte tenu de la fréquence de survenue de LBA douloureuse, il est possible qu'un ajustement de ces prescriptions soit nécessaire.

INTRODUCTION

Au-delà du soulagement, la prévention et le traitement de la douleur aiguë post opératoire permet de diminuer la durée d'hospitalisation ainsi que la survenue des douleurs chroniques post-opératoires^[24,25]. Cette prévention passe par une analgésie multimodale et, autant que possible, la réalisation d'une anesthésie locorégionale à visée antalgique ou bloc analgésique^[28].

Il existe de nombreuses indications de réalisation de ces blocs analgésiques en complément à une anesthésie générale. Ceux-ci doivent être réalisés dans la mesure du possible avant le bloc opératoire^[6] (recommandation de grade A). Par exemple en chirurgie orthopédique, il est recommandé de faire un bloc du plexus lombaire avant une chirurgie de Prothèse Totale de Hanche (PTH). Les avantages sont nombreux : épargne morphinique en per et en post opératoire, amélioration de la rééducation et durée de séjour plus courte.

Un bloc analgésique se lève en général dans les 24 heures post opératoires aussi rapidement qu'il s'installe.

Cette levée de bloc analgésique est souvent intense et difficile à traiter. En effet, après l'intervention, les patients étant soulagés grâce au bloc, si le relais par d'autres antalgiques n'est pas fait de manière suffisamment précoce, la douleur s'installe et son traitement est parfois très difficile. Les équipes soignantes et les patients ne sont pas toujours informés de la rapidité de la levée d'un bloc analgésique.

Cette évaluation des pratiques professionnelles s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins dans le service d'anesthésie du centre hospitalier régional de Dunkerque.

Elle suit les recommandations de la HAS 2005^[1,2] pour la prise en charge de la douleur post opératoire en ciblant les patients non ambulatoires bénéficiant d'un bloc analgésique associé à une anesthésie générale.

L'objectif de cette étude était d'évaluer et d'améliorer la prise en charge de la douleur en post opératoire en particulier celle liée à la levée de bloc analgésique. Cette étude comporte un premier audit suivi d'une analyse des résultats avec l'élaboration d'un plan d'action puis, après mise en œuvre, la réalisation d'un audit de contrôle.

MATERIELS ET METHODES

L'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) comportait un audit permettant d'évaluer la situation actuelle, puis une phase d'analyse et de mise en place d'actions pour améliorer la prise en charge de la douleur et enfin un audit de contrôle. Les deux audits étaient des audits cliniques ciblés sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur post opératoire au centre hospitalier de Dunkerque. Les audits ont été réalisés sous la forme de questionnaires à remplir.

Première phase : elle consistait en une enquête sur des patients hospitalisés au moins une nuit et bénéficiant d'une chirurgie orthopédique incluant un bloc analgésique associé à une anesthésie générale (AG) ou une rachianesthésie. Elle s'est déroulée de juin à août 2014. Deux réunions d'information ont été mises en place avant le début de l'enquête : une dans le service de chirurgie orthopédique avec un cadre de santé et les IDE concernées, une autre avec les kinésithérapeutes. Des fiches d'informations ont été mises en salle de réveil et dans les services d'hospitalisation (cf annexe 1).

La première enquête comportait 30 questionnaires anonymes distribués au bloc opératoire. Les chirurgies concernées étaient l'arthroplastie de la hanche et autre chirurgie de la hanche, la chirurgie du genou, du fémur, du pied et la chirurgie de l'épaule. Pour les chirurgies des membres inférieurs un bloc du plexus lombaire et/ou sciatique était réalisé. Etaient également incluses toutes les chirurgies sous rachianesthésie si associées à un bloc analgésique (par exemple la chirurgie du hallux valgus avec un bloc sciatique). Un bloc inter scalénique était réalisé pour les chirurgies de l'épaule.

La première partie du questionnaire était remplie par le médecin anesthésiste ou l'Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat (IADE). Le questionnaire était ensuite joint au dossier infirmier qui accompagnait le patient après le bloc opératoire. Pour les questions d'ordre général, nous nous sommes basés sur le questionnaire réalisé par l'HAS dans le référentiel des pratiques professionnelles pour la prise en charge de la douleur post opératoire^[2].

En post opératoire, la deuxième partie du questionnaire était renseignée à 24 ou 48 heures par l'IDE ayant pris en charge le patient ou par l'IDE douleur de l'établissement. Des questions plus spécifiques portaient sur le réveil de la douleur, permettant d'identifier et d'évaluer son intensité à la levée du bloc analgésique ainsi que sa prise en charge.

Deuxième phase : elle s'est déroulée de septembre 2014 à avril 2015. Il s'agissait de l'analyse de la première enquête, de la proposition d'un plan d'action et de sa mise en place. Les données ont ensuite été analysées via le logiciel SPHYNX.

Différentes réunions ont été organisées afin de présenter les résultats aux équipes (notamment les équipes d'infirmières et les équipes d'anesthésie) et échanger sur le plan d'action et son suivi. Le plan d'action a été établi avec le Comité de Lutte Contre la Douleur (CLUD) lors d'une réunion spécifique.

Troisième phase : elle a eu lieu en avril 2015. Il s'agissait d'un audit similaire à la première enquête afin d'évaluer l'efficacité des actions mises en place. 20 exemplaires d'un questionnaire ont été distribués au bloc opératoire avec les mêmes critères d'inclusion que lors du 1^{er} audit. (cf annexe 3) Ce questionnaire était rempli en secteur d'hospitalisation le lendemain ou le surlendemain par l'IDE en charge du patient ou l'IDE douleur. Les données ont été analysées via le logiciel SPHYNX. La

comparaison des résultats entre les deux audits a permis d'évaluer l'impact de la mise en place de cette étude. Le test du chi deux a été utilisé, lorsque cela était possible, afin d'établir la significativité du résultat obtenu. Un $p < 0,05$ était considéré comme significatif.

RESULTATS

.I. Première évaluation de la prise en charge de la douleur post opératoire

Sur les 30 questionnaires distribués, 27 furent recueillis mais seulement 19 purent être utilisés dans l'analyse de données (cf annexe 2).

Sur les 19 questionnaires recueillis on note :

- 10 chirurgies de la hanche
- 5 chirurgies du genou
- 2 chirurgies du hallux valgus
- 1 chirurgie du fémur
- 1 chirurgie de l'épaule

A. Information du patient

L'objectif de la première partie du questionnaire était d'évaluer le niveau d'information reçue par le patient, en ce qui concerne la prise en charge de la douleur et le bloc analgésique.

Tableau 1 : information du patient

Information à propos de :	Oui	Non	Traçabilité*
La technique d'anesthésie	94,7%	5,3%	100% (n=18)
Les antalgiques	84,2%	15,8%	50% (n=18)
La levée de bloc analgésique	73,7%	26,3%	29,4% (n=17)
Les modalités de prise des antalgiques	68,4%	31,6%	29,4% (n=17)

n : nombre de questionnaire analysés * information consignée dans le dossier

Cette partie était remplie par les anesthésistes ou les IADES. L'information sur la stratégie anesthésique (AG et bloc analgésique) était réalisée pour 95% des patients (18 sur 19) et celle-ci était bien renseignée sur le dossier. 74% des patients (14 sur 19) avaient été informés de la levée du bloc analgésique et des effets en post opératoire. Dans la plupart des cas, cette information ne figurait pas dans le dossier. Concernant les modalités de prise post opératoire des antalgiques, à savoir la Patient Controlled Analgesia (PCA) ou le caractère injectable ou per os, 68% des patients (13 sur 19) étaient informés. Là encore, ceci ne figurait pas dans le dossier dans la plupart des cas.

B. Evaluation de la douleur post opératoire

L'objectif était de savoir si la douleur était évaluée régulièrement par une échelle standard.

Tableau 2 : Evaluation de la douleur

Evaluation de la douleur :	Oui	non
Evaluation régulière par une échelle standard (n=19)	100%	0
Douleur mesurée au repos (n=19)	100%	0
Douleur mesurée à la mobilisation (n=17)	94%	6%

La méthode standard d'auto évaluation de la douleur est dans la plupart des cas une échelle numérique simple ou une échelle visuelle analogique^[29]. Sur les 19 patients, tous avaient été évalués régulièrement par l'IDE et le kinésithérapeute. Cette douleur était mesurée au repos et dans 18 cas sur 19 à la mobilisation.

C. Evaluation des prescriptions post opératoires

L'objectif était d'évaluer la conformité des prescriptions.

Tableau 3 : Conformité des prescriptions (n=19)

Prescriptions :	Oui	Non
Présence de prescriptions	100%	0
Les prescriptions sont horodatées	100%	0
Les prescriptions sont signées	100%	0
Le prescripteur est identifié	100%	0
Les posologies sont précisées	100%	0
Les voies d'administration sont précisées	100%	0

Tous les points concernant les prescriptions antalgiques post opératoires étaient remplis de manière adéquate, notamment grâce au système de prescriptions informatisé.

D. Informations concernant la levée de bloc analgésique

L'objectif était d'évaluer la fréquence de survenue de la douleur lors de la levée du bloc analgésique et l'impact du traitement antalgique.

Tableau 4 : Information générale concernant l'anesthésie locorégionale

(n=17)	Oui	Non
Une ALR à visée analgésique était faite	100%	0
Récupération de la motricité au retour de bloc	47,1%	52,9%
Récupération de la sensibilité au retour de bloc	41,2%	58,8%

Tableau 5 : Information sur la levée de bloc analgésique

	Oui	Non	Traçabilité*
Le patient a ressenti une douleur importante du membre opéré d'installation brutale (EVA > 4 au repos) dans les heures ou jours suivant l'intervention (n=17)			
	64,7%	35,3%	Oui : 68,8%
Si oui, il était rapidement soulagé (n=10)	90%	10%	100%
Si oui, il a été satisfait de sa prise en charge de la douleur dans ce cas précis (n=9)	100%	0	-
Satisfaction de la prise en charge de la douleur pendant tout le séjour (n=15)	100%	0	-

*information consignée dans le dossier

Au retour de bloc, 52,9% avaient encore un bloc moteur et 58,8% un bloc sensitif. 64,7% signalaient l'apparition d'une douleur brutale et significative dans les 24 heures en général après le bloc, correspondant à la levée de bloc analgésique. 90% (9 sur 10) avaient été soulagés rapidement par les antalgiques.

.II. Restitution des résultats et élaboration d'un plan d'action

Une première restitution était faite lors d'une réunion avec des membres du bureau douleur.

Le résultat principal était un taux élevé (64,7%) de douleur aiguë imputable à une levée de bloc analgésique.

Après une présentation des résultats ci-dessus, il était décidé de procéder à un plan d'action ayant pour objectif l'amélioration de la prévention de la levée de bloc analgésique.

A. Information et levée de bloc analgésique

Il s'agit d'informer systématiquement le patient oralement de la levée du bloc analgésique dans les heures suivant l'opération, du caractère brutal, des signes précurseurs de la levée, de la nécessité d'appeler l'infirmière assez tôt et de recourir à la PCA morphine lorsqu'elle est prescrite.

B. Gestion des antalgiques

Il est nécessaire d'administrer systématiquement jusqu'à la levée du bloc analgésique les antalgiques suivants : paracétamol et contramal ou acupan / AINS ou morphine, de les mettre systématiquement en chambre pour une administration plus rapide. Si une administration parentérale est décidée, l'administration devrait être systématique.

C. Outils

Pour cela, l'équipe infirmière est sensibilisée sur la présence d'un bloc analgésique et sur le caractère systématique des prescriptions via un message d'information sur le logiciel de prescriptions Hopital Manager (cf annexe 7). Le message est intégré au protocole de prescription des blocs orthopédiques.

D. Formation du personnel

Il s'agit d'informer les équipes médicales et para médicales de ces processus :

- Sensibilisation par une réunion d'information aux équipes infirmières.
- Sensibilisation via le logiciel Hopital Manager comme mentionné ci-dessus.

E. Réévaluation

Un contrôle est prévu lors d'un second audit après quelques mois (cf partie III Audit de contrôle).

Une deuxième restitution des résultats avec une présentation du plan d'action décrit ci-dessus est prévue secondairement avec les équipes infirmières et les cadres de santé. Lors de cette réunion, une information de sensibilisation sur la levée de bloc analgésique et leur prise en charge sera également réalisée (résultats non présentés dans cette thèse).

.III. Audit de contrôle

Sur une période de 1 mois, 20 questionnaires furent distribués. 17 ont pu être récupérés et analysés. Sur les 17 questionnaires, on avait :

- 5 chirurgies du pied et de la cheville
- 3 chirurgies de l'épaule
- 1 chirurgie du coude
- 3 chirurgies de la hanche
- 4 chirurgies du genou
- 1 type de chirurgie non décrite

A. La levée de bloc analgésique

Tableau 6 : Anesthésie locorégionale et levée de bloc

	Oui	Non	Comparaison avec le 1 ^{er} audit (p)
Une ALR à visée analgésique était faite			
(n=17)	100%	0	-
Récupération de la motricité et de la sensibilité au retour de bloc (n=16)			
	25%	75%	-
Information du patient à propos de la LBA			
(n=16)	87,5%	12,5%	0,31
Survenue d'une douleur brutale (EVA>4) en post opératoire (n=17)			
	58,8%	41,2%	0,72

Comme au premier audit, la plupart des patients (12 sur 16) n'avaient pas récupéré une motricité et une sensibilité complète du membre opéré lors du retour de bloc. L'information des patients concernant la LBA et ses conséquences tend à être meilleure que dans le premier audit (87,5% vs 73,7%, $p=0,31$ non significatif).

Les patients s'étaient plaints d'une douleur modérée à intense (EVA>4) lors de la LBA dans 58,8% des cas contre 64,7% dans le premier audit ($p=0,72$ non significatif).

B. Prise en charge et satisfaction du patient

Tableau 7 : traitement antalgique et satisfaction

	Oui	Non	Comparaison avec le 1 ^{er} audit (p)
Si douleur à la LBA, le patient a-t-il été rapidement soulagé par les antalgiques ? (n=10)	70%	30%	0,26
Satisfaction du patient dans ce cas précis (n=17)	88,2%	11,8%	-
Satisfaction du patient de manière générale (n=16)	93,8%	6,3%	0,32

70% des patients ayant ressenti une douleur post opératoire modérée à intense ont été soulagés rapidement. Un seul n'était pas satisfait de la prise en charge globale de la douleur.

Les résultats sur la question concernant la satisfaction du patient « dans ce cas précis sont biaisés dans la mesure où seuls les patients ayant eu une LBA douloureuse auraient dû répondre à la question.

Les différences avec le 1^{er} audit pour le soulagement rapide après une LBA douloureuse et pour la satisfaction de la prise en charge globale étaient non significatifs (respectivement $p=0,26$ et $p=0,32$).

DISCUSSION

.I. L'Evaluation des Pratiques Professionnelles : obligations et objectifs

La mise en place de l'accréditation des établissements de santé par la HAS^[1] date de 2004 avec la réforme de l'assurance-maladie « qui rend l'EPP obligatoire pour tous les médecins quel que soit leur mode d'exercice ». Elle partait du constat d'une grande disparité dans les pratiques avec une différence importante entre l'état du savoir médical et la réalité des prises en charge^[1,10].

L'amélioration de la qualité des soins devient donc un objectif important. Différentes approches sont possibles, chacune ayant un objectif spécifique (cf tableau ci-dessous).

Tableau 6 : Objectifs et méthodes d'approche pour l'EPP

Objectifs	Méthodes
Bilan des pratiques par rapport à un référentiel	Audit clinique
	Audit clinique ciblé
	Enquête de pratique
	Revue de pertinence
Evaluer et améliorer un processus	Analyse de processus
	Chemin clinique
	Analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité.
Analyse et traitement d'un problème	Méthode de résolution de problème
	Revue de mortalité-morbidité
	Méthode d'analyse des causes
Analyse d'un indicateur et agir en fonction du résultat	Mise en place d'indicateurs avec leur analyse
	Maitrise statistique des processus
Mise en place d'une démarche d'évaluation et mesure de son efficacité	Méthodes spécifiques

La méthode retenue dans notre étude est l'analyse des pratiques par **un audit clinique ciblé**. L'avantage principal de cette méthode est la simplicité de l'approche, qui permet une évaluation directe des pratiques par rapport à un référentiel existant. Par contre, elle est peu adaptée pour l'analyse de l'organisation et elle peut nécessiter le recours à des outils complémentaires pour la phase d'amélioration, ce qui peut rendre plus complexe la démarche. Dans ce cas-ci, l'outil était déjà présent (à savoir le logiciel de prescription Hopital Manager).

Pour la réalisation de cet audit ciblé, nous avons comme référentiel principal les recommandations formalisées d'experts de la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) sur la prise en charge de la douleur post-opératoire chez

l'adulte et l'enfant (2008)^[3]. D'autres référentiels ont été pris en compte : les recommandations de pratique clinique sur la douleur post opératoire de 2002 du Département de la Défense, de la « Veterans Health Administration » des Etats-Unis^[5] et le guide de la prise en charge de la douleur péri opératoire de la « American Society of Anesthesiologists ».

La HAS a édité en 2005 un rapport d'élaboration du référentiel de pratiques professionnelles pour la prise en charge de la douleur post-opératoire^[2]. Il contient des objectifs qualité et une grille d'évaluation dont je me suis inspiré pour l'élaboration du premier audit réalisé.

.II. La levée du bloc analgésique

A. Analyse des résultats

La chirurgie orthopédique représente plus de 50% de l'activité du centre hospitalier de Dunkerque. L'utilisation de l'échographe pour les techniques d'ALR est une pratique croissante et fait l'objet de recommandations de pratiques^[7,17]. L'ALR constitue une part essentielle de la prise en charge de l'analgésie.

Cette technique analgésique est très efficace or on sait que la levée de bloc est aussi rapide que son installation. Dans le service de chirurgie ambulatoire, c'est un problème connu pour lequel une information est systématiquement faite par l'équipe soignante qui incite le patient à prendre son traitement antalgique précocement. L'appel téléphonique du lendemain, propre au service de chirurgie ambulatoire, permet d'évaluer les éventuelles complications et évalue l'efficacité de l'analgésie.

Dans le service de chirurgie orthopédique, la prévention de ce syndrome de levée de bloc analgésique n'existe pas, par manque d'information des équipes soignantes et des patients.

Dans la première enquête, bien que 73% des patients avaient reçu une information orale sur la levée de bloc analgésique, 50% n'avaient pas reçu d'information sur les autres antalgiques prescrits en relais. Parmi ces antalgiques, la PCA de morphine était souvent prescrite. 65% des patients interrogés avaient ressenti une douleur intense d'installation rapide en post opératoire, probablement liée à une levée de bloc analgésique. Donc bien que l'information sur la levée de bloc analgésique ait été faite, compte tenu de l'existence d'une PCA morphine pouvant être gérée par le patient, il est probable que celui-ci n'anticipe pas

suffisamment la venue de la douleur. Il est nécessaire de plus le sensibiliser sur ce problème.

On note que 91% des patients étaient rapidement soulagés par les antalgiques et que tous étaient satisfaits de la prise en charge dans ce cas précis. La levée de bloc analgésique est un évènement douloureux aigu (65% des patients) mais pouvant être traité. La douleur peut donc être prévenue par d'autres antalgiques de manière efficace.

Sur ce constat, il était décidé d'améliorer l'information des équipes soignantes et des patients et de favoriser la prise préventive des co-antalgiques les premières heures post opératoires.

Après mise en place des actions décrites ci-dessus, l'audit de contrôle, similaire à celui réalisé initialement, permettait de comparer les résultats concernant la LBA. Bien que non significatifs, les résultats semblent meilleurs en ce qui concerne l'information orale du patient (87,5 % contre 73,7%, $p=0,31$) et la survenue d'une LBA douloureuse (58,8% contre 64,7%, $p=0,72$). 30% des patients interrogés lors de l'audit de contrôle contre 10% n'étaient pas rapidement soulagés par les antalgiques après cette LBA et 2 patients n'étaient pas satisfaits de la prise en charge. Ces enquêtes ne permettent pas de savoir si l'anticipation était insuffisante ou si la prescription antalgique était inadéquate (avec une prescription de morphine).

Au vu de ces résultats, l'information du personnel médical à propos de l'ALR est partiellement efficace. Les mesures qui ont été prises ne sont pas suffisantes. Une analyse des prescriptions antalgiques et de ce qui a été administré semble nécessaire afin d'ajuster le traitement préventif et curatif en cas de LBA douloureuse.

B. Limites de l'étude

L'analyse des résultats du premier audit doit tenir compte du faible nombre de réponses complètes et exploitables. Il s'agit d'un biais lié aux « perdus de vue » difficilement évitables dans les études. En effet, dans cet audit, 30 questionnaires étaient distribués mais seulement 19 furent suffisamment complets pour être analysables. Ceci peut s'expliquer en partie par l'absence d'une personne particulière étrangère au service pour être auditeur. Par ailleurs, les questionnaires étaient remplis au fur et à mesure par le personnel soignant lorsque celui-ci était disponible.

A cela s'ajoute un biais de mesure lié à l'interprétation qu'avaient les auditeurs (à savoir les IDE prenant en charge les patients) des questions et des réponses obtenues, que ce soit à l'interrogatoire ou à la consultation du dossier.

Enfin, il y a un biais d'information lié à l'interrogatoire du patient. Il est lié à la mémorisation, par exemple en rapport avec le phénomène douloureux si celui-ci avait eu lieu quelques heures auparavant.

.III. La prise en charge générale de la douleur

Le deuxième objectif du premier audit était d'évaluer la prise en charge de la douleur post-opératoire dans son ensemble.

A. Analyse des résultats

A l'interrogatoire, le patient est correctement informé des types d'antalgiques et de leurs modalités d'administration. Par contre ces informations sont peu souvent consignées dans le dossier (respectivement 50% et 29% des cas).

Les résultats sont cohérents avec ceux de l'enquête nationale sur la douleur post opératoire de 2008^[13] réalisée sur 1900 patients dans 76 établissements. En effet, 41% des dossiers examinés en CHU et 46% en CHP de taille similaire au CHD contenaient une information écrite sur la DPO réalisée en préopératoire. Dans notre audit, elle est présente dans 50% des dossiers. Par ailleurs, l'information orale était donnée dans 93% des cas en CHU et 92% des cas en CHP, ce qui est comparable à nos résultats (84% d'information orale donnée). De plus, nos résultats sont comparables avec ceux de l'enquête européenne sur la prise en charge de la douleur et de l'analgésie post-opératoire^[8] (PATHOS) réalisée en 2008 dans 7 pays européens et dans 746 établissements avec 84% des patients correctement informés sur la DPO.

D'autre part, dans l'enquête nationale sur la douleur post opératoire de 2008^[13], les auteurs rappelaient que la mémorisation de l'information est meilleure lorsqu'elle est réalisée en préopératoire. C'est le fonctionnement adopté dans le service

d'anesthésie du CHD. La plupart du temps cette information est délivrée grâce au livret d'information remis au patient à la consultation pré anesthésique.

Dans la RFE 2008 de la prise en charge de la DPO chez l'adulte et l'enfant^[3], il est indiqué que l'information orale en pré puis en post opératoire à l'aide d'un support écrit est recommandée et qu'une trace de cette information doit rester dans le dossier. C'est le rôle du livret d'information mis en place à l'hôpital de Dunkerque. Dans notre étude, seulement 50% de l'information était tracée dans le dossier examiné par l'IDE. Dans la mesure où nous considérons le livret, lorsqu'il est signé, comme preuve écrite de l'information reçue sur la DPO, ce résultat est probablement sous estimé.

Dans ces 2 enquêtes, en dehors de l'ambulatoire, l'ALR était peu répandue et la problématique du relais antalgique pour la levée de bloc n'était pas abordée.

B. Limites

L'échantillon de patients est non représentatif dans la mesure où l'évaluation ne concernait que des patients hospitalisés dans le secteur d'orthopédie et ayant reçu un bloc analgésique. Nous avons décidé de nous focaliser sur ces patients pour qui, par expérience, la levée de bloc analgésique représentait un problème.

Pour ces résultats, il existe également un biais de mesure lié aux auditeurs et à l'interprétation des questions ou des réponses obtenues à l'interrogatoire.

.IV. Etat des lieux dans la littérature

Dans la RFE 2008^[3] de la prise en charge de la DPO chez l'adulte et l'enfant, les auteurs estiment qu'afin de prévenir la douleur à la levée du bloc analgésique, il est « probablement recommandé » d'associer une analgésie multimodale à une ALR. Or les enquêtes nationales et européennes^[8] de 2008 retrouvaient une pratique faible de l'ALR en dehors de la pratique ambulatoire. Depuis les pratiques ont évolué avec l'utilisation de l'échographie qui s'est généralisée dans tous les établissements. La HAS estime que l'ALR représente au moins 20% des anesthésies totales et que l'ALR périphérique représente au moins 15% des ALR en 2010^[17]. Au CHD, plus de 50% de l'activité chirurgicale est de l'orthopédie. Que ce soit en ambulatoire ou non, une ALR ou une infiltration d'anesthésique locaux sur le site opératoire est réalisée presque systématiquement.

Dans un éditorial paru en 2011 dans le praticien en anesthésie réanimation^[16], P. Narchi décrit qu'après la levée du bloc sensitif, 16% des patients signalent des douleurs sévères en ambulatoire et 17% à 22% continuent à utiliser des opiacés per os jusqu'au septième jour post opératoire. Ces chiffres sont tirés d'une étude réalisée sur une série de 2380 blocs anesthésiques en 2001^[14]. Il conseille l'application systématique d'une analgésie multimodale précoce et régulière avec l'utilisation d'opiacés selon le type de geste. Du fait des différences de critères d'inclusion, ces résultats ne sont pas directement comparables avec ceux de nos enquêtes. La DPO liée à la LBA en chirurgie ambulatoire représente un problème tout aussi important que dans le cadre de l'hospitalisation.

Dans un article paru en 2011 qui évaluait l'impact de la prescription antalgique lors de la CPA sur l'incidence de la douleur à domicile en chirurgie ambulatoire orthopédique^[15], 28% des patients avaient des douleurs modérées à sévères dans

les 24 premières heures post opératoires. Dans cette étude, M. Lemarie et al. concluaient par le fait que la prescription préopératoire d'antalgiques pouvait diminuer les douleurs d'intensité faible uniquement et n'avait pas d'intérêt dans les douleurs liées à la levée de bloc sensitif. Cette mesure n'était donc pas retenue dans notre plan d'action.

CONCLUSION

La levée du bloc analgésique est un problème majeur de la prise en charge de la douleur post opératoire. Compte tenu de la généralisation de la pratique de l'ALR pour la gestion de la douleur, la prévention de la douleur aiguë lors de la levée de bloc devrait être un sujet de préoccupation pour tous les services d'anesthésie.

Cette prévention passe par l'information systématique des équipes soignantes et des patients, l'élaboration de protocoles de service et l'évaluation régulière des pratiques professionnelles comme lors de cette étude.

Chaque praticien qui réalise une ALR devrait être conscient de cette problématique, d'autant plus qu'il dispose d'un arsenal thérapeutique contre la douleur de plus en plus conséquent et de techniques de plus en plus efficaces.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. HAS. L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé, juin 2005. www.has-sante.fr/portail/jcms/c_436571/fr/l-evaluation-des-pratiques-professionnelles-dans-le-cadre-de-la-certification-ex-accréditation-des-etablissements-de-sante-juin-2005 consulté le 15 avril 2014
2. HAS. Référentiel des pratiques professionnelles : Prise en charge de la douleur postopératoire, juin 2005. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-09/prise_en_charge_de_la_douleur_post-operatoire_referentiel_2005.pdf consulté le 15 avril 2014
3. D. Fletcher F. Aubrun et al. Recommandations formalisées d'experts 2008 : Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 27 (2008) 1035–1041
4. A. Belbachir D. Fletcher et al. Recommandations formalisées d'experts sur la prise en charge de la douleur postopératoire : évaluation et amélioration de la qualité. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 28 (2009) e1-e12
5. Veterans Health Administration. Clinical practice guideline for the management of post operative pain, avril 2002. www.oqp.med.va.gov consulté le 2 mars 2015
6. J.J. Eledjam F. Bonnet et al. Recommandations pour la Pratique Clinique : Les blocs périphériques des membres chez l'adulte. Avril 2013 <http://www.sfar.org/article/155/les-blocs-peripheriques-des-membres-chez-l-rsquo-adulte-rpc> consulté le 15 avril 2014
7. H. Bouaziz F. Aubrun et al. Recommandations Formalisées d'Experts : échographie en anesthésie loco régionale. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 30 (2011) e33–e35
8. D. Benhamou E. Viel et al. Enquête européenne sur la prise en charge de la douleur et de l'analgésie postopératoires (PATHOS) : les résultats français. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* Volume 27, Issue 9, September 2008, Pages 664–678
9. A-S Poisson-Salomon S. De Chambine et al. Facteurs explicatifs de la douleur post-opératoire : caractéristiques des patients et pratiques professionnelles. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* Volume 53, Supplement 1, September 2005, Pages 47–56

10. R. Grol, J. Grimshaw et al. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, 362 (2003), pp. 1225–1230 Niveau V
11. D. Bedard, M.A. Purden, N. Sauve-Larose, C. Certosini, C. Schein et al. The pain experience of postsurgical patients following the implementation of an evidence-based approach. *Pain Manag Nurs*, 7 (2006), pp. 80–92 Niveau IV
12. S. Arnold, A. Delbos et al. Bilan à 5 ans de la gestion de la douleur postopératoire dans le cadre d'une démarche qualité, en chirurgie orthopédique dans un établissement privé. *Ann Fr Anesth Reanim*, 22 (2003), pp. 170–178 Niveau IV
13. D. Fletcher, A. Mardaye, C. Fermanian, P. Aegerter et al. Évaluation des pratiques sur l'analgésie postopératoire en France : enquête nationale avec analyse des différences de pratique selon le type d'établissement. *Ann Fr Anesth Reanim*, 27 (2008), pp. 700–708 Niveau IV
14. Klein, Stephen M. MD; Nielsen, Karen C. MD et al. Ambulatory Discharge After Long-Acting Peripheral Nerve Blockade: 2382 Blocks with Ropivacaine. *Anesth Analg* 2002;94:65–70.
15. M. Lemarie, V. Compere, V. Fourdrinier et al. Evaluation de l'impact d'une prescription d'antalgiques réalisée lors de la consultation d'anesthésie sur l'incidence de la douleur à domicile en chirurgie ambulatoire orthopédique. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 30 (2011) 883–887
16. P. Narchi. Peut-on laisser les patients rentrer à domicile avec un bloc résiduel ? Editorial. *Le Praticien en anesthésie réanimation* (2011) 15, 59—61
17. HAS. Rapport d'évaluation technologique : guidage échographique de l'anesthésie locorégionale périphérique (2014) www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/evaluation_du_guidage_echographique_lors_de_la_realisation_dune_anesthésie_locoregionale_peripherique_-_rapport_devaluation.pdf consulté le 2 avril 2015
18. Crevecoeur A, Barouk D. Anesthésie locorégionale. *Encyclopédie Médico Chirurgicale Traité Méd. Akos* 2010;2-0610.
19. Laxenaire MC, Auroy Y, Clergue F, Péquignot F, Jouglu E, Lienhart A. L'anesthésie en France en 1996. Organisation et techniques de l'anesthésie. *Ann Fr Anesth Réanim* 1998;17(11):1317-23.
20. Boisseau N, Beaudouin et al. La douleur nocturne post-opératoire Enquête de pratiques infirmier(e)s. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement, Volume 5, Issue 5, Part 1, October 2004, Pages 258-267*
21. Bardiau F, Taviaux N et al. Programme d'amélioration de la gestion de la douleur post-opératoire. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement, Volume 5, Issue 6, December 2004, Pages 307-312*

22. Durand E, Cornet C et al. Évaluation de la prise en charge de la douleur après chirurgie ambulatoire : enquête sur les pratiques des établissements lorrains. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 24 (2005) 1063–1066
23. C Jayr. Retentissements de la douleur postopératoire, bénéfices attendus des traitements. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, Volume 17, Issue 6, 1998, Pages 540-554
24. I Jones, F Bari. Chronic pain after surgery. *Surgery (Oxford)*, Volume 32, Issue 2, February 2014, Pages 93-96
25. E Marret, A Vigneau et al. De la douleur postopératoire à la douleur chronique. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*, Volume 8, Issue 4, September 2007, Pages 211-216
26. M. Beaussier. Fréquence, intensité, évolution et retentissements de la douleur post opératoire en fonction du type de chirurgie. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, Volume 17, Issue 6, 1998, pages 471-493
27. C. Lagant, M. Sukami et al. Vécu et souvenir des patients par rapport à leur prise en charge au bloc opératoire et en salle de surveillance post-interventionnelle. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, Volume 33, Supplément 2, Septembre 2014, Pages A162-A163
28. E. Viel, S. Jaber, J. Ripart, F. Navarro, J.-J. Eledjam. Analgésie postopératoire chez l'adulte (ambulatoire exclue). *EMC - Anesthésie-Réanimation* 2007:1-26 [Article 36-396-A-10].
29. M.Navez, C.Ricard, J.P. Alibeu. Evaluation de la douleur de l'enfant et l'adulte. http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca03/html/ca03_19/ca03_19.htm Conférences d'actualisation 2003, p. 335-355.

ANNEXES

Annexe 1 : Fiche d'information du 1^{er} audit

EPP douleur : La levée de bloc analgésique Fiche d'information

Lieu: au bloc opératoire et en secteur d'hospitalisation

Dates: du 1^{er} juin au 30 aout 2014

Critères d'inclusion :

PATIENTS RECEVANT UN BLOC ANALGÉSIQUE (anesthésie loco régionale) en plus d'une anesthésie générale ou une rachianesthésie pour les chirurgies suivantes :

- PTG / PTH / chirurgie du fémur
- Hallux Valgus
- Coiffe des rotateurs et autre chirurgie de l'épaule

La sélection des patients se fait en SSPI.

Le questionnaire au recto est à remplir au bloc opératoire par l'IADE ou l'anesthésiste en charge du patient avant l'intervention.

Le questionnaire au verso est à remplir à 24 ou 48 heures post opératoire et à laisser au cadre de santé de votre service ou à Sandrine Maillot (IDE douleur).

Un grand merci pour votre aide

Florian de Pertat
Interne d'anesthésie réanimation

Annexe 2 : Questionnaire du premier audit

A FAIRE PAR L'ANESTHESISTE OU L'IADE

Critère 1 :

L'information au patient sur la technique anesthésique et son consentement éclairé sont-ils mentionnés dans le dossier d'anesthésie ?

- oui
- non

Remarques :

Critère 2 :

L'information au patient concernant les antalgiques et le consentement éclairé sont-ils mentionnés dans le dossier d'anesthésie ?

- oui
- non

Remarques :

Critère 3 :

Les dossiers d'anesthésie font-ils mention de l'administration per opératoire d'agents analgésiques ?

- oui
- non

Remarques :

Critère 4 :

Le prescripteur a-t-il informé chaque patient sur la levée du bloc analgésique et ses conséquences ?

- oui
- non

Remarques :

Critère 5 :

Le prescripteur a-t-il informé chaque patient sur les modalités de prise des antalgiques ?

- oui
- non

Remarques :

Critère 6 :

L'évaluation de la douleur se fait-elle via une échelle d'auto ou d'hétéro évaluation ?

- oui
- non

Remarques :

Critère 7.1 :

Les prescriptions post opératoire sont-elles horodatées et signées ?

- oui
- non

Remarques :

Critère 7.2 :

Les modalités d'administration et les posologies sont-elles indiquées ?

- oui
- non

Remarques :

A FAIRE PAR L'IDE ET LE KINESITHEREPEUTE :

Critère 1 :

Existe-t-il un relevé périodique de l'intensité de la douleur par une auto ou une hétéro évaluation dans les dossiers de surveillance des patients ?

- oui
- non

Remarques :

Critère 2.1 :

La douleur est-elle mesurée au repos ?

- oui
- non

Remarques :

Critère 2.2 :

La douleur est-elle mesurée à la mobilisation ?

- oui
- non

Remarques :

Critère 3 :

La prescription d'antalgique est-elle horodatée et signée ?

- oui
- non

Remarques :

Critère 4 :

Les posologies et les modalités d'administration sont-elles toujours mentionnées ?

- oui
- non

Remarques :

Critère 5 :

Est-ce qu'une ALR à visée analgésique était réalisée ?

- oui
- non

Remarques :

Critère 5.b :

Si oui, le membre opéré avait-t-il récupéré une motricité et une sensibilité lors du retour en chambre ?

- oui
- non

Remarques :

Critère 6.a :

Est-ce que le patient a ressenti une douleur importante du membre opéré d'installation brutale (EVA>4 au repos) dans les heures ou jours suivant l'intervention ?

- oui
- non

Remarques :

Critère 6.b :

Si oui : Le patient était-il rapidement soulagé par les traitements antalgiques administrés ?

- oui
- non

Remarques :

Critère 6.c :

Le patient était-il satisfait de sa prise en charge de la douleur dans ce cas précis ?

- oui
- non

Remarques :

Critère 7 :

Le patient était-il satisfait de sa prise en charge de la douleur pour toute l'hospitalisation ?

- oui
- non

Remarques :

Annexe 3 : Fiche d'information de l'audit de contrôle

EPP douleur : La levée de bloc analgésique Fiche d'information

Lieu: au bloc opératoire et en secteur d'hospitalisation

Dates: 30 mars au 30 avril 2015

Critères d'inclusion :

PATIENTS RECEVANT UN BLOC ANALGÉSIQUE (anesthésie loco régionale) en plus d'une anesthésie générale ou une rachianesthésie pour les chirurgies suivantes :

- PTG / PTH / chirurgie du fémur
- Hallux Valgus
- Coiffe des rotateurs et autre chirurgie de l'épaule

La sélection des patients se fait en SSPI.

L'audit de contrôle est un questionnaire à remplir à 24 ou 48 heures post opératoire et à laisser au cadre de santé de votre service ou à Sandrine Maillot (IDE douleur).

Un grand merci pour votre aide

Florian de Pertat
Interne d'anesthésie réanimation

Annexe 4 : Questionnaire de l'audit de contrôle

A faire par l'IDE

1. Est-ce qu'une ALR à visée analgésique était réalisée ?

- oui
 non

Remarques :

2. Si oui, le membre opéré avait-t-il récupéré une motricité et une sensibilité lors du retour en chambre ?

- oui
 non

Remarques :

3. Le patient avait-il été informé à propos de la levée du bloc analgésique et ses conséquences ?

- oui
 non

Remarques :

4. Est-ce que le patient a ressenti une douleur importante du membre opéré d'installation brutale (EVA>4 au repos) dans les heures ou jours suivant l'intervention ?

- oui
 non

Remarques :

5. Si oui : Le patient était-il rapidement soulagé par les traitements antalgiques administrés ?

- oui
 non

Remarques :

6. Le patient était-il satisfait de sa prise en charge de la douleur dans ce cas précis ?

- oui
 non

Remarques :

7. Le patient était-il satisfait de sa prise en charge de la douleur pour toute l'hospitalisation ?

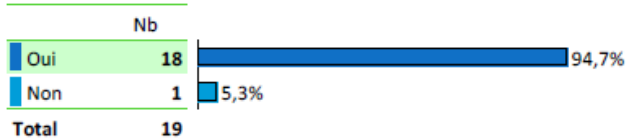
- oui
 non

Remarques :

Annexe 5 : Résultats du premier audit

Interview du patient : il a reçu une information sur la technique d'anesthésie

Taux de réponse : 100,0%



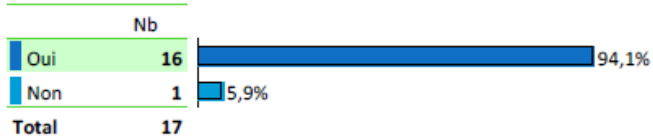
Traçabilité dans le dossier : le patient a reçu une information sur la technique d'anesthésie

Taux de réponse : 94,7%



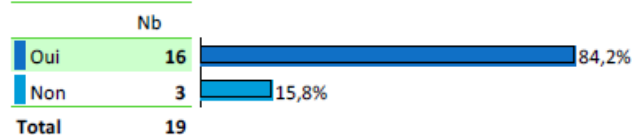
On retrouve dans le dossier patient le consentement éclairé signé par le patient

Taux de réponse : 89,5%



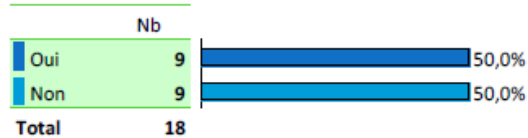
Interview du patient : il a reçu une information sur les antalgiques

Taux de réponse : 100,0%



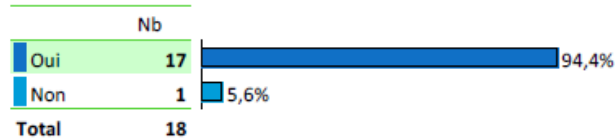
Traçabilité dans le dossier : le patient a reçu une information concernant les antalgiques

Taux de réponse : 94,7%



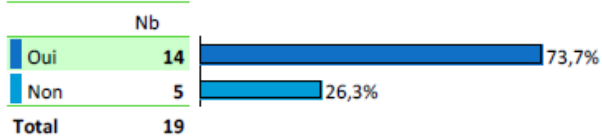
Le dossier d'anesthésie fait mention de l'administration per opératoire d'agents analgésiques

Taux de réponse : 94,7%



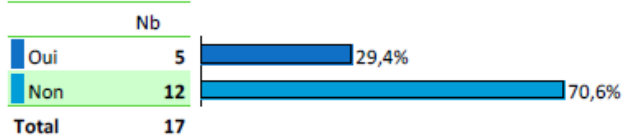
Interview du patient : il a reçu une information sur la levée du bloc analgésique et ses conséquences

Taux de réponse : **100,0%**



Traçabilité dans le dossier : la patient a eu une information sur la levée du bloc analgésique et ses conséquences

Taux de réponse : **89,5%**



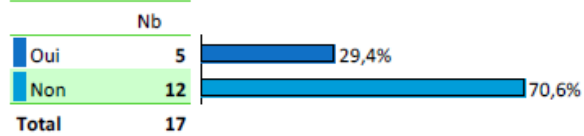
Interview du patient : il a été informé sur les modalités de prise des antalgiques

Taux de réponse : **100,0%**



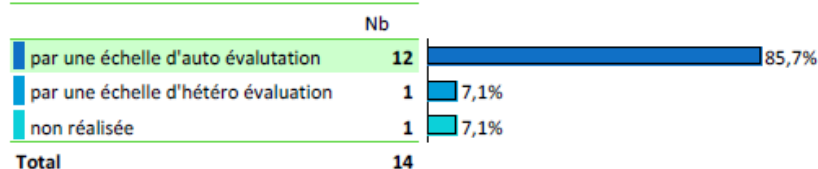
Traçabilité dans le dossier : le patient a reçu une information sur les modalités de prise des antalgiques

Taux de réponse : **89,5%**



L'évaluation de la douleur a été réalisée (plusieurs réponses possibles)

Taux de réponse : **73,7%**



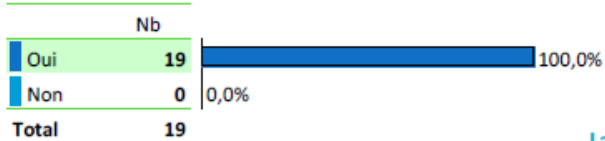
On retrouve une évaluation régulière de la douleur (par une auto ou une hétéro évaluation) dans le dossier du patient

Taux de réponse : **100,0%**



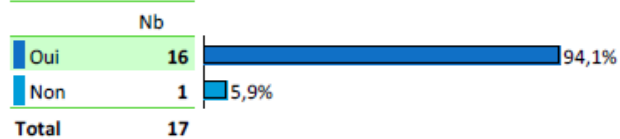
La douleur a été mesurée au repos

Taux de réponse : **100,0%**



La douleur a été mesurée à la mobilisation

Taux de réponse : **89,5%**



Des prescriptions post opératoires sont présentes

Taux de réponse : **100,0%**



Si oui, les prescriptions sont horodatées

Taux de réponse : **100,0%**



Si oui, les prescriptions sont signées

Taux de réponse : **100,0%**



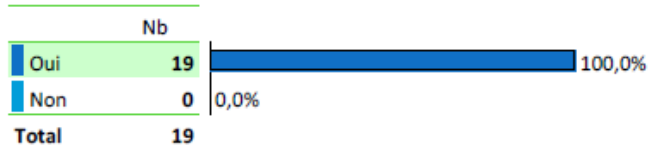
si oui, le prescripteur est identifié

Taux de réponse : **100,0%**



Si oui, les posologies sont précisées

Taux de réponse : **100,0%**



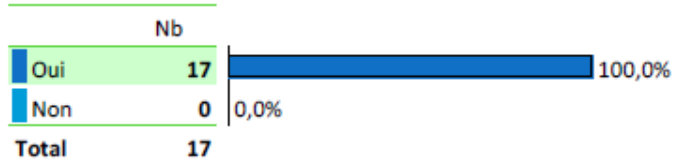
Si oui, les voies d'administration sont précisées

Taux de réponse : **100,0%**



Une ALR à visée analgésique a été réalisée

Taux de réponse : **89,5%**



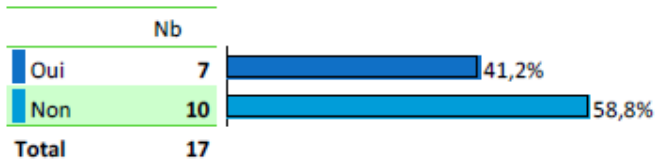
Si oui, le membre opéré avait récupéré une motricité lors du retour en chambre

Taux de réponse : **100,0%**



Si oui, le membre opéré avait retrouvé une sensibilité lors du retour en chambre

Taux de réponse : **89,5%**



Interview du patient : il a ressenti une douleur importante du membre opéré d'installation brutale (EVA > 4 au repos) dans les heures ou jours suivant l'intervention

Taux de réponse : **89,5%**



Interview patient : si oui, il a été rapidement soulagé par les traitements antalgiques

Taux de réponse : **90,9%**



Interview patient : si oui, il a été satisfait de sa prise en charge de la douleur dans le cas précis

Taux de réponse : **81,8%**



Traçabilité dans le dossier : il a ressenti une douleur importante du membre opéré d'installation brutale (EVA > 4 au repos) dans les heures ou jours suivant l'intervention

Taux de réponse : **84,2%**



Traçabilité dans le dossier : si oui, il a été rapidement soulagé par les traitements antalgiques

Taux de réponse : **90,9%**



Interview du patient : il est satisfait de la prise en charge de la douleur durant son séjour

Taux de réponse : **78,9%**



Annexe 6 : Résultats de l'audit de contrôle

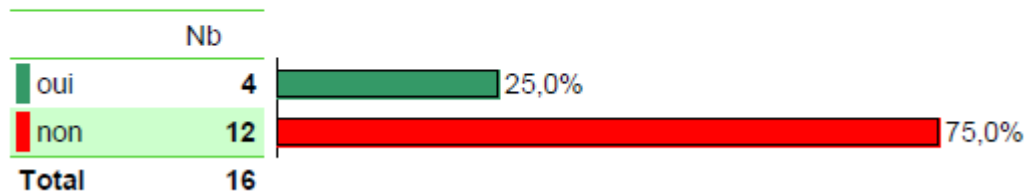
Est-ce qu'une ALR (Anesthésie Loco Régionale) à visée antalgique a été réalisée ?

Taux de réponse : 100,0%



Si "oui", le membre opéré avait-il récupéré une motricité et une sensibilité lors du retour en chambre ?

Taux de réponse : 94,1%



Le patient avait-il été informé à propos de la levée du bloc analgésique et ses conséquences ?

Taux de réponse : 94,1%

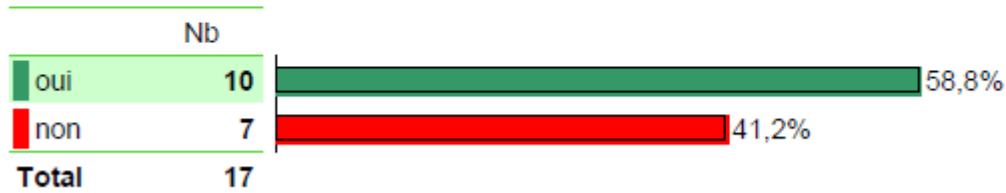


Remarques :

	Nb
lever de bloc dans la nuit vers 00h00	1
Total	1

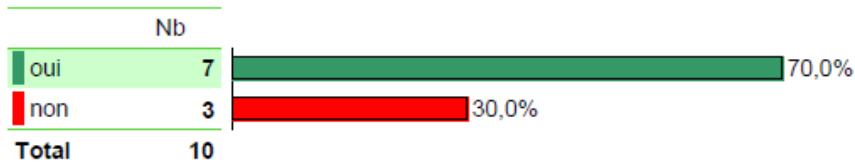
Est-ce que le patient a ressenti une douleur importante du membre opéré d'installation brutale (EVA > 4 au repos) dans les heures ou les jours suivant l'intervention ?

Taux de réponse : 100,0%



Si "oui", le patient était-il rapidement soulagé par les traitements antalgiques administrés ?

Taux de réponse : 58,8%

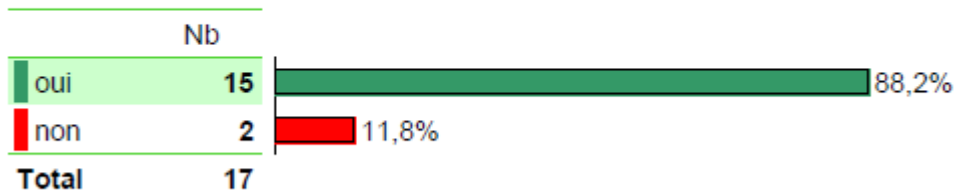


Remarques :

	Nb
+ ou - dit devoir attendre 2h entre les antalgiques	1
KT fémoral ropivacaine 4ml/h PCA 75 ddes / 23 reçus non soulagé à la mobilisation (lever au fauteuil)	1
non soulagée par le paracétamol, ni contramal, soulagée par actiskenan	1
Total	3

Le patient était-il satisfait de sa prise en charge de la douleur dans ce cas précis ?

Taux de réponse : 100,0%



Le patient était-il satisfait de sa prise en charge de la douleur pour toute l'hospitalisation ?

Taux de réponse : **94,1%**

	Nb	
oui	15	93,8%
non	1	6,3%
Total	16	

Remarques :

	Nb
EN=5/10 à 05h00 du matin	1
feuille remplie à J1	1
Total	2

Annexe 7 : Exemple de protocole de prescription Hopital Manager

PROTOCOLE TRAUMATO LOURDE
Durée du protocole
Démarrage au début du protocole
CURE TRAUMATO LOURDE
Durée (indéterminée)
<p>Ordo 1</p> <p>POLYIONIQUE 1L + NEFOPAM : PAR VOIE INTRAVEINEUSE : [POLYIONIQUE G5 POCHE 1000 ML], 1 POCHE / 24 H., 1 FOIS PAR 24H ; AVEC [NEFOPAM 20 MG/2 ML SOLUTION INJECTABLE AMPOULE 2 ML], 80 MG / 24 H.</p> <p>KETOPROFENE 100 MG/4 ML SOLUTION À DILUER POUR PERFUSION IV : PAR VOIE INTRAVEINEUSE : 100 MG À 18H – À J0 PUIS 100 MG À 08H, 100 MG À 18H – À J1 PUIS 100 MG À 08H – À J2 : CYCLE À REPETER 0 FOIS JUSQU'À J-1</p> <p>MORPHINE CHTE 50 MG - 5 ML INJ : PAR VOIE INTRAVEINEUSE : [MORPHINE CHTE 50 MG - 5 ML INJ] : 1 MG/ML, BOLUS : 1,5 MG, PERIODE REFRACTAIRE : 7 MINUTES, DOSE/4H:30 MG, SELON PROTOCOLE – À PARTIR DE J0 À J2 Diluer dans du NaCl 0,9%</p> <p>ONDANSETRON 4MG - 2ML AMPOULE IV : PAR VOIE INTRAVEINEUSE : DE 4 À 16 MG PAR JOUR SI BESOIN, SI NAUSEES – À PARTIR DE J0 À J2</p> <p>LOVENOX 4 000 UI/0,4 ML SOLUTION INJECTABLE SERINGUE PREREMPLIE AVEC SYSTEME DE SECURITE 0,4 ML : PAR VOIE SOUS-CUTANEE : 1 SERINGUE PAR JOUR – À PARTIR DE J0 À (INDETERMINE) 8h après le bloc à J=0</p> <p>CONTRAMAL LP 100 MG COMPRIMES À LIBERATION PROLONGEE : PAR VOIE ORALE : 1 COMPRIME LE MATIN ET LE SOIR SI BESOIN, SI DOULEUR – À PARTIR DE J3 À (INDETERMINE) si EVA > ou = à 4</p> <p>DUPHALAC 10 G/15 ML SOLUTION BUVALE SACHET-DOSE 15 ML : PAR VOIE ORALE : DE 1 À 2 SACHETS PAR JOUR SI BESOIN – À PARTIR DE J0 À (INDETERMINE) si constipation</p> <p>INEXIUM 40 MG Poudre pour solution injectable IV ou pour perfusion flacon de poudre 40 MG : PAR VOIE INTRAVEINEUSE : 1 FLACON, 1 FOIS PAR JOUR – À J0</p> <p>INEXIUM 20 MG COMPRIMES GASTRORESISTANTS : PAR VOIE ORALE : 1 COMPRIME LE SOIR – À PARTIR DE J1 À (INDETERMINE)</p>
<p>Ordo 2</p> <p>PARACETAMOL 1000 MG - 100 ML POCHE INJ : PAR VOIE INTRAVEINEUSE : 1 G, 4 FOIS PAR JOUR – À PARTIR DE J0 À (INDETERMINE)</p> <p>DOLIPRANE 500 MG GELULES : PAR VOIE ORALE : 1 G À 02H, 1 G À 08H, 1 G À 14H, 1 G À 20H – À PARTIR DE J0 À (INDETERMINE)</p>
<p>Ordo 3</p> <p>SURVEILLANCE TA,FC,T°,GLYCEMIE,SATURATION,DOULEUR : DE 1 À 10 REALISATION(S) PAR JOUR – À PARTIR DE J0 À (INDETERMINE) fréquence des surveillances à adapter en fonction du j opératoire et de l'état général du patient</p> <p>SURVEILLANCE HEMORRAGIE : DE 1 À 10 REALISATION(S) PAR JOUR – À PARTIR DE J0 À (INDETERMINE) fréquence des surveillances à adapter en fonction du j opératoire et de l'état général du patient</p> <p>SURVEILLANCE DES URINES : À 00H, À 08H, À 16H – À PARTIR DE J0 À (INDETERMINE) surveillance rétention urinaire</p> <p>BLADDER SCAN : DE 1 À 3 REALISATION(S) PAR JOUR SI BESOIN – À PARTIR DE J0 À (INDETERMINE) si rétention urinaire</p> <p>SONDAGE EVACUATEUR : DE 1 À 3 REALISATION(S) PAR JOUR SI BESOIN – À PARTIR DE J0 À (INDETERMINE) si Bladder scan > 600 ml</p> <p>SURVEILLANCE REPRISE DE LA DIURESE : À 00H, À 08H, À 16H – À PARTIR DE J0 À (INDETERMINE)</p> <p>APPUI DU MEMBRE OPERE NON AUTORISE : À 00H, À 08H, À 16H – À PARTIR DE J0 À J1 jusqu'au lever complet de l'anesthésie</p> <p>SURVEILLANCE MOTRICITE : À 00H, À 08H, À 16H – À PARTIR DE J0 À J2 du membre opéré</p> <p>SURVEILLANCE SENSIBILITE (LEVEE DU BLOC ANALGESIQUE) : DE 1 À 10 REALISATION(S) PAR JOUR – À PARTIR DE J0 À J2 -> ANTALGIQUES</p>

AUTEUR : Nom : de Pertat - Zwiebel

Prénom : Florian

Date de Soutenance : 17 juin 2015

Titre de la Thèse : mise en place d'une évaluation des pratiques professionnelles sur la prise en charge de la douleur post opératoire au centre hospitalier de dunkerque

Thèse - Médecine - Lille 2015

Cadre de classement : Anesthésie Réanimation

DES + spécialité : Anesthésie Réanimation

Mots-clés : évaluation des pratiques professionnelles, démarche qualité, analgésie post opératoire, levée de bloc analgésique, anesthésie locorégionale.

Résumé :

Contexte : L'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), rendue obligatoire par la Haute Autorité de Santé (HAS) vise à améliorer la qualité des soins. La pratique de l'anesthésie locorégionale comme traitement de la douleur post opératoire (DPO) est de plus en plus répandue. La levée de bloc analgésique (LBA) entraîne une douleur parfois difficile à traiter.

Méthode : Un premier audit de la prise en charge de la DPO a été mis en place sur des patients ayant bénéficié d'un bloc analgésique en plus d'une anesthésie générale ou une rachianesthésie pour une chirurgie orthopédique. Les patients ont été hospitalisés à l'hôpital de Dunkerque entre juin et août 2014. Après une phase d'évaluation des résultats et d'élaboration d'un plan d'action, un audit de contrôle a été réalisé avec les mêmes critères d'inclusion en avril 2015.

Résultats : 65% des patients ont présenté une DPO modérée à intense imputable à la LBA. 74% d'entre eux ont été informés de la LBA. Le patient a été correctement informé sur les antalgiques qui allaient être administrés (84%) et sur leurs modalités d'administration (68%). Les évaluations de la DPO étaient établies à partir d'échelles standardisées. Les actions correctrices mises en place après analyse des résultats de l'audit avaient pour but la prévention de la LBA. Il s'agissait d'améliorer l'information des équipes soignantes et du patient, que ce soit oralement ou par écrit. Des réunions d'information avec les équipes soignantes ont été mises en place. L'administration des coantalgiques était rendue systématique jusqu'à la LBA. 87% des patients interrogés lors de l'enquête de contrôle avaient été informés de la LBA et 59% avaient eu une DPO modérée à intense. La différence avec le premier audit était non significative. L'information des patients concernant la LBA et ses conséquences tend à être meilleure que dans le premier audit (87,5% vs 73,7%, p=0,31 non significatif).

Conclusion : Cette EPP a permis de soulever le problème de la LBA et de proposer des actions de prévention comprenant l'information et l'administration des antalgiques. Une proportion importante de patients avait toujours une LBA douloureuse. Cette étude ne permettait pas une analyse qualitative des prescriptions médicales. Compte tenu de la fréquence de survenue de LBA douloureuse, il est possible qu'un ajustement de ces prescriptions soit nécessaire.

Composition du Jury :

Président :

Monsieur le Professeur Benoit Tavernier

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Gilles Pasquier

Monsieur le Docteur Serge Dalmas

Monsieur le Docteur Emmanuel Robin

Monsieur le Docteur Christophe Deswarte