

# 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

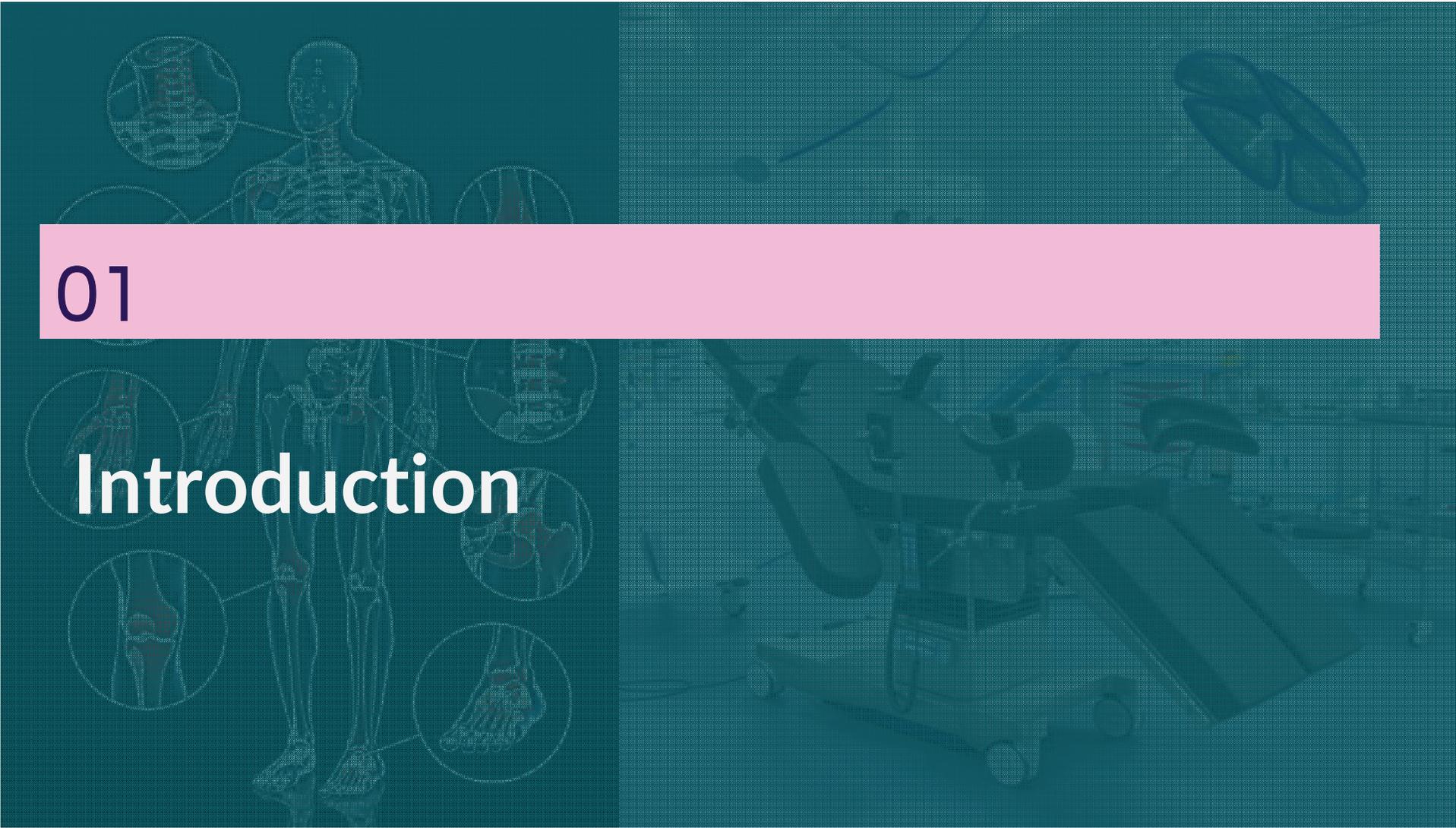
## Introduction

### 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<sup>er</sup> 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 skeleton. Surrounding it 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<sup>ère</sup> 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<sup>ère</sup> 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<sup>ère</sup> 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<sup>ème</sup> 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

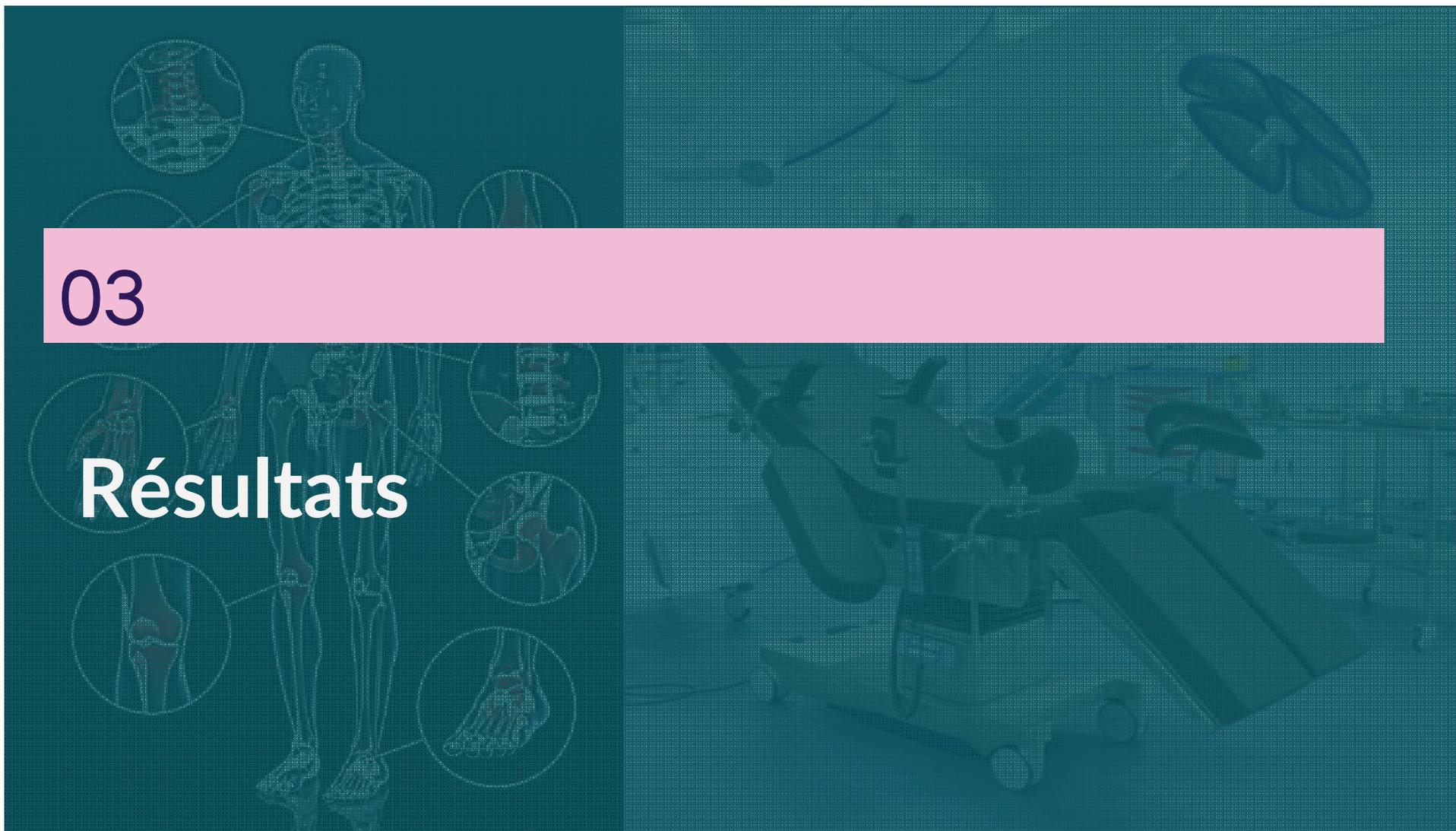
👉 les freins à la réalisation d'une nouvelle évaluation de la douleur à l'arrivée au bloc opératoire

👉 Raisons de la non mise en posture vigile du patient

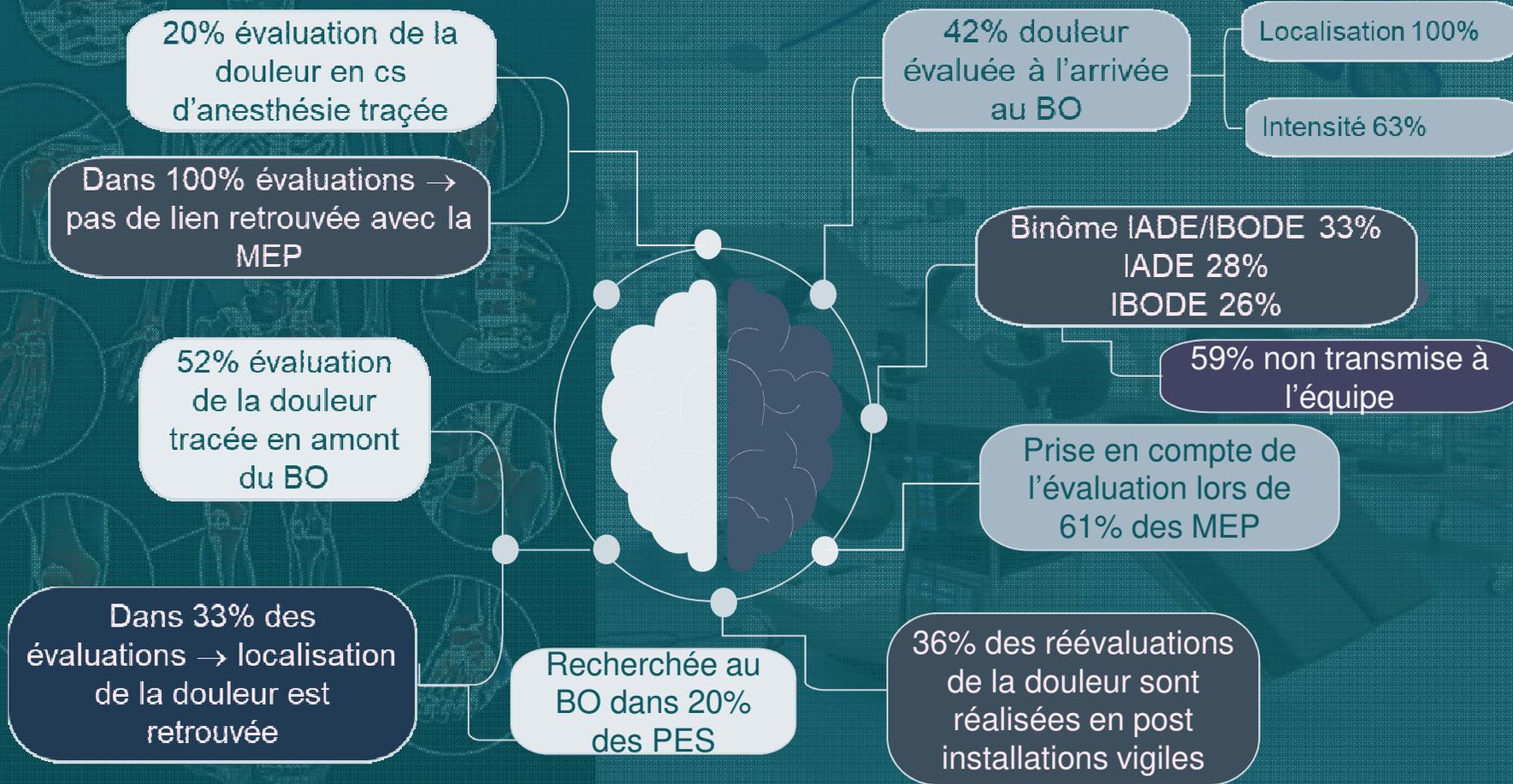
👉 Avis des professionnels de l'intérêt de l'évaluation de la douleur sur la qualité de la mise en posture

03

Résultats



### 03 Résultats / Analyse descriptive audit



Analyse  
Synthèse

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

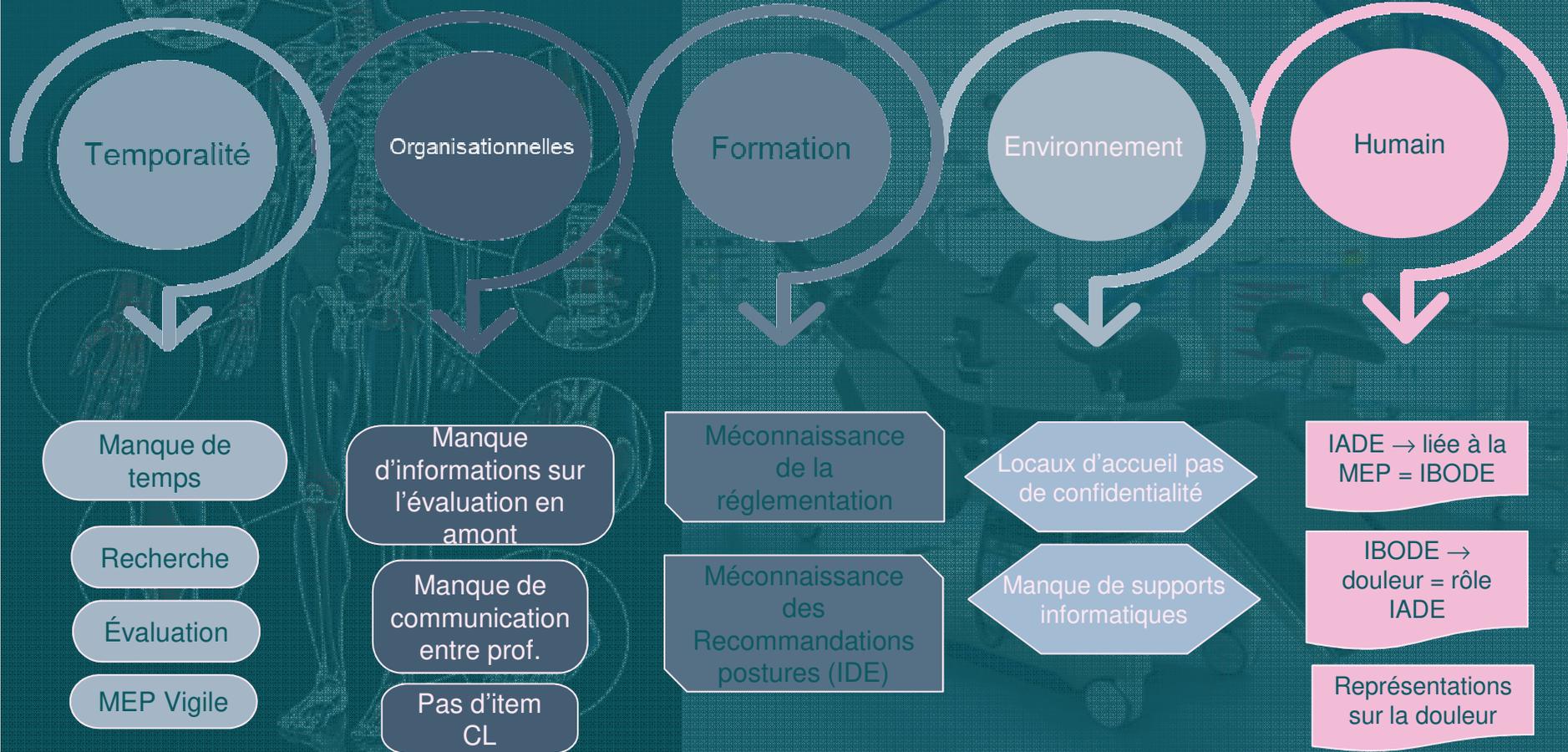
Moins d'1 fois sur 2 la  
douleur est évaluée à  
l'arrivée au BO

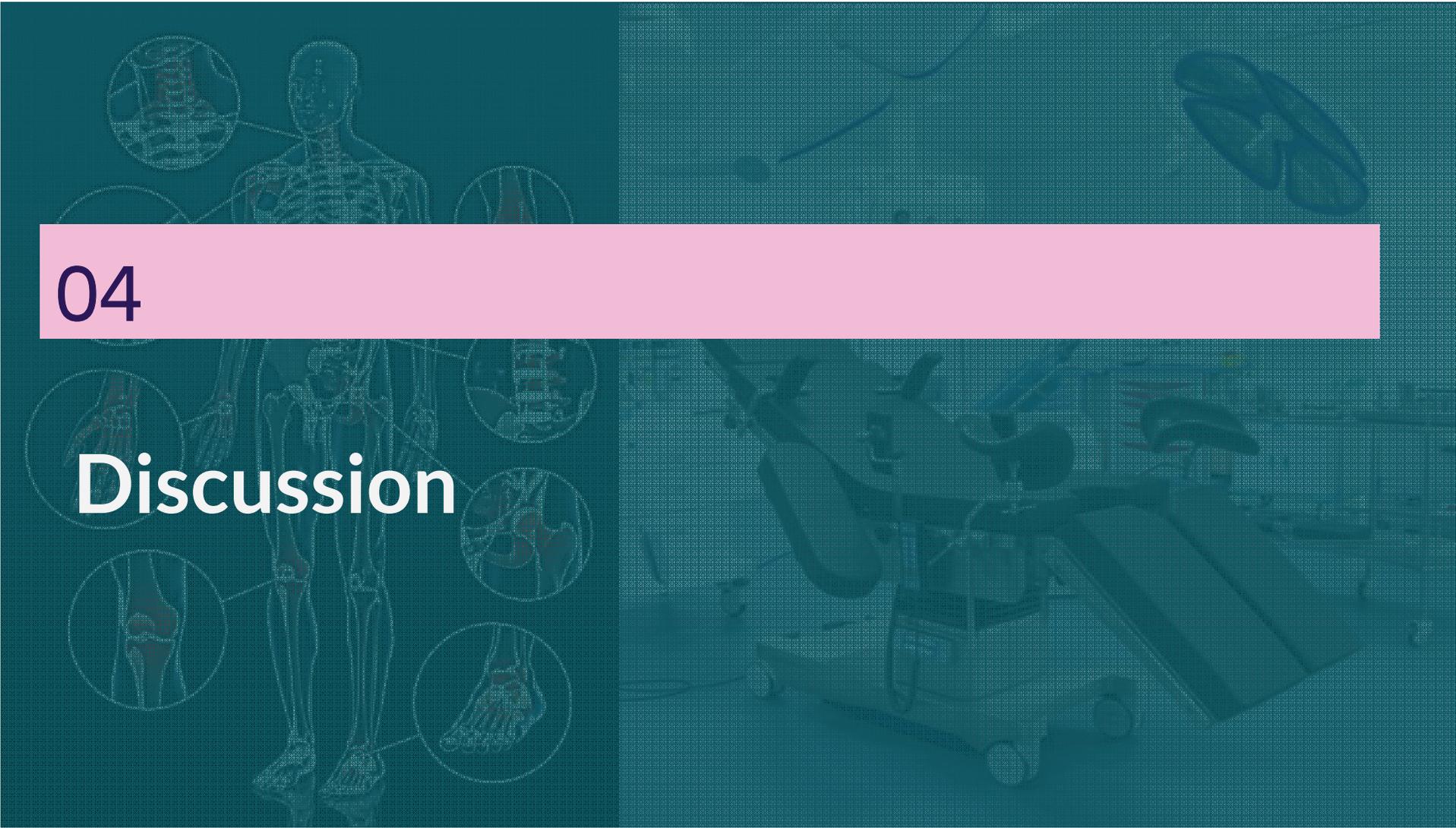
Réévaluation de  
la douleur post  
MEP vigile est observée  
dans 10% des PES

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

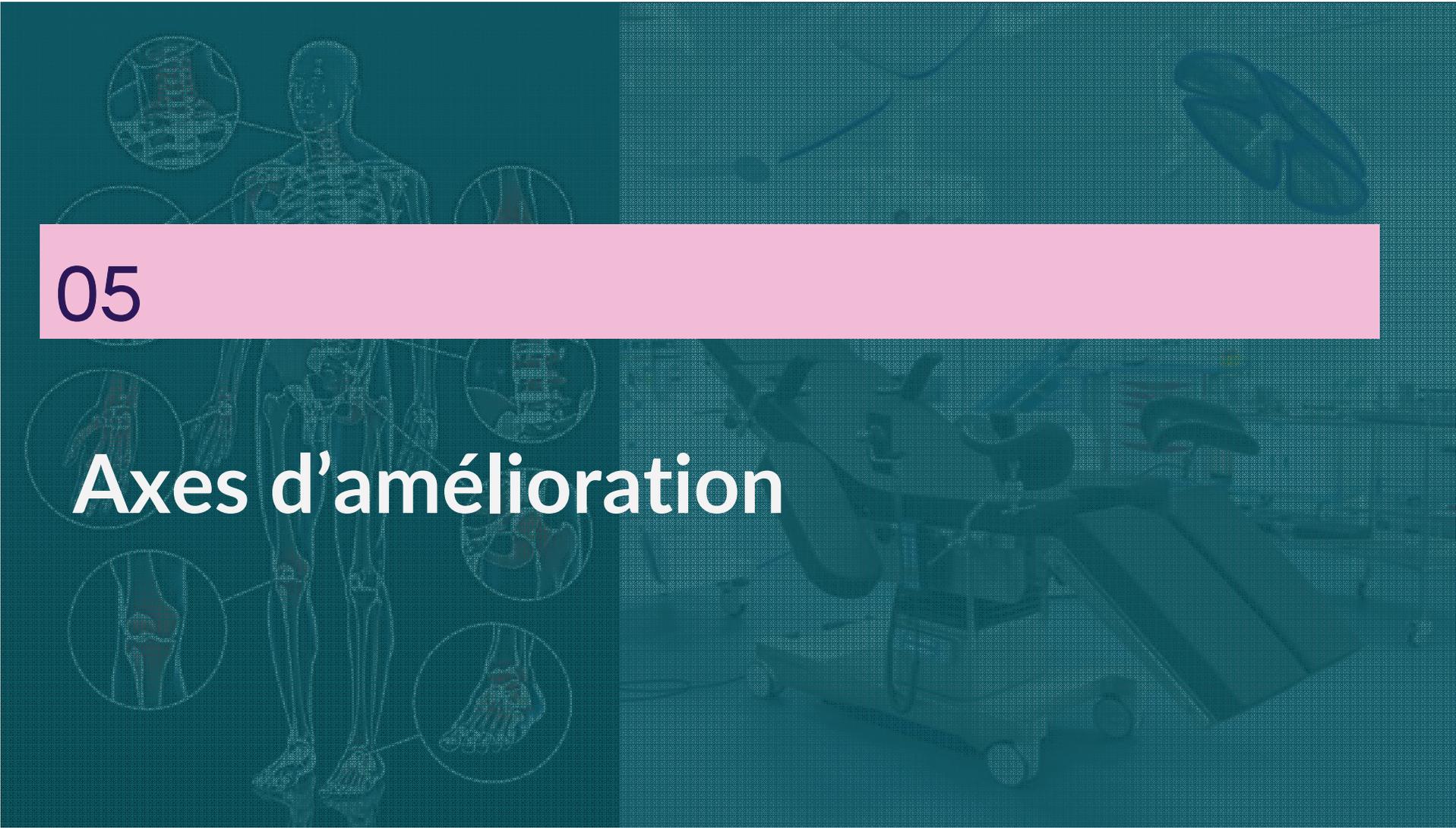
0% PES globale  
conformes  
10% au BO

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

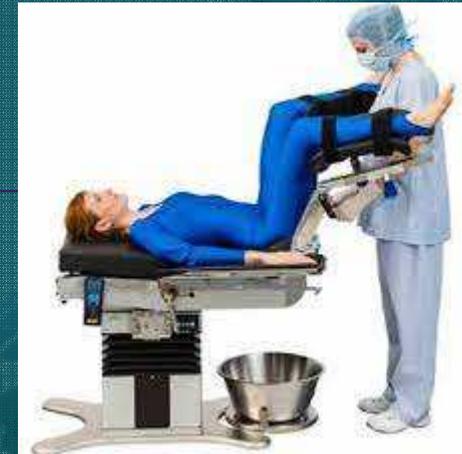


**Axe I : Sensibilisation des professionnels de santé**

**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 !*

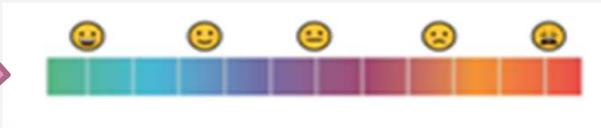


*Évaluer la douleur et la tracer*

*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 scale includes a 10-point visual analog scale with smiley faces and labels for 'PAS DE DOULEUR', 'Douleur faible', 'Douleur moyenne', 'Douleur forte', and 'Douleur insupportable'.

*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<sup>1</sup>  
 L'autorisation d'opérer est signée par les parents ou le représentant légal  Oui  Non<sup>1</sup>  
 N/A

2. L'intervention et le site opératoire sont confirmés :  
 idéalement par le patient et, dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique  Oui  Non<sup>1</sup>  
 le documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle  Oui  Non<sup>1</sup>

3. 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<sup>1</sup>

4. La préparation cutanée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement)  Oui  Non<sup>1</sup>  
 N/A

5. 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<sup>1</sup>  
 pour la partie anesthésique  Oui  Non<sup>1</sup>  
 Acte sans prise en charge anesthésique  N/A

6. Le patient présente-t-il un :  
 risque allergique  Non  Oui<sup>2</sup>  
 risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque  Non  Oui<sup>2</sup>  
 risque de saignement important  Non  Oui<sup>2</sup>

Évaluation de la douleur  Oui  Non<sup>3</sup>

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<sup>1</sup>  
 intervention prévue confirmée  Oui  Non<sup>1</sup>  
 site opératoire confirmé  Oui  Non<sup>1</sup>  
 installation correcte confirmée  Oui  Non<sup>1</sup>  
 documents nécessaires disponibles (notamment imagerie)  Oui  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<sup>1</sup>  
 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<sup>1</sup>

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<sup>1</sup>  
 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<sup>1</sup>  
 de compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc.  Oui  Non<sup>1</sup>  
 de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc.  Oui  N/A  
 de si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement/déclaration ?  Oui  Non<sup>1</sup>  
*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<sup>1</sup>

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 with a vertical scale labeled 'ODYNIE' on the front. Each figure is accompanied by six pain assessment scales for different body regions: cervicalgie (neck), scapualgie (shoulders), coxalgie (hips), lombalgie (lower back), cruralgie (legs), and gonalgie (knees). Each scale consists of a horizontal line with 11 smiley faces representing a pain level from 0 (no pain) to 10 (worst imaginable pain). The scales are positioned to the right of each figure, and red dots on the figures indicate the specific pain zones.

**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

