

**IMPLANTATION D'UNE UNITÉ FONCTIONNELLE  
D'ANALGÉSIE POSTOPÉRATOIRE TYPE  
« SAPO ÉCONOMIQUE » DANS UN SERVICE  
DE CHIRURGIE CHU BATNA**

**O. GUERZA(1) ; S. HARKAT(1); H. BENALDJIA (1); N.GRAINAT (1) C.H.U BATNA**

**O. BOUDEHANE(2) C.H.U DR BEN BADIS**

# Introduction

- *Douleur aigue postopératoire (DPO)*: douleur aiguë, constante, prévisible transitoire, décroît en 2 à 4 jours
- une insuffisance de la PEC de la DPO= **organisationnel**

**La solution au problème de l'inadéquation de l'analgésie postop n'est pas tant dans le développement de nouvelles techniques, mais plutôt dans la mise en place d'une réelle organisation .... »**

# Service d'analgésie postopératoire « SAPO »

équipe chargée de la PEC de la DPO au sein des services de chirurgie; fondé sur les anesthésistes et/ou sur des infirmières référentes .

L'analgésie s'inscrit dans les programmes de réhabilitation postopératoire

# Modèle USA: Acute Pain Service « APS »

## Anesthesiologist - based

### Equipe

- Un anesthésiste senior
- Un interne
- Une IDE spécialisée
- pharmacien
- +/- chirurgien, psychologue, physiothérapeute

### Fonctionnement

- Visite des patients X 2/j.
- Astreinte téléphonique 24h/24h.

### Missions

- Prescription des antalgiques
- Evaluation douleur / effets II
- Développement PCA, APD :High Tech
- Formation:médecins et paramédicaux
- Rédaction de protocoles

### Inconvénients

- S'adresse à 30% des patients
- 100 à 300 €/patients(nature privé).

# Modèle Européen: Acute Pain Nurse

Basé/IDE – Supervisé/MAR

La création d'une fonction **d'infirmier(e) spécialisé(e) douleur** est un facteur essentiel de la réussite du programme de prise en charge de la DPO »

Conférence de Consensus 1997

## Fonctionnement

- Visite des patients X 2/j
- Astreinte téléphonique 24h/24h

## Rôle des IDE référentes

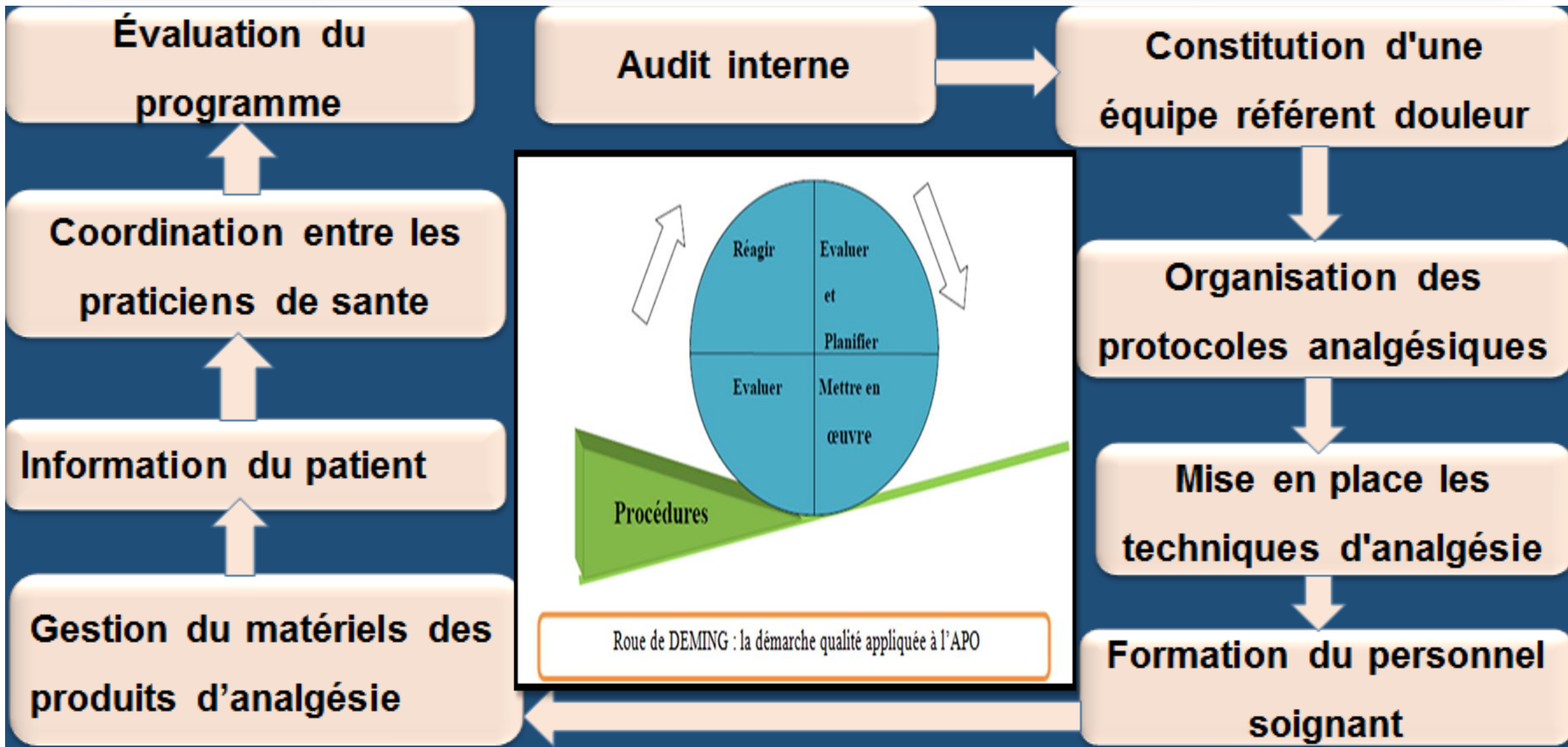
- Lien services/anesthésiste référent
- Formation/conseil auprès des IDE.
- Information des patients
- Recueil données analgésie/effets II
- Gestion du matériel (pompes, KT...)
- Participation aux audits

## Avantages

- Tous les patients sont pris en charge
- 3 à 5 €/patients ⇒ Low cost

**SAPO**  
**économique**

# Mise en place d'une démarche assurance qualité DPO



# OBJECTIFS

La mise en place d' **unité fonctionnelle d'analgésie type**

« **SAPO économique** » améliorer la PEC de la DPO des patients

opérés au niveau du service ORT au CHU Batna(démarche

assurance-qualité).

# MATÉRIELS ET MÉTHODES

Etude descriptive et évaluative monocentrique , conduite avant et après la mise en place d'unité fonctionnelle d'analgésie postopératoire type « SAPO économique » , dans COT CHU Batna : 2015 -2017

- Audits cliniques ciblés sur l'évaluation et la PEC de la DPO: les praticiens (questionnaires à remplir auto administrés) et les patients (interview).
- Saisie et analyse= **logiciel SPSS version 22 / Epi Info version 2006**

# POPULATION D'ÉTUDE

## Médicaux , paramédicaux

### Inlus:

- MAR et soignant affectés au service COT
- ayant accepté l'audit

### Exclus:

- chirurgiens orthopédistes traumatologues
- ayant refusé l'audit
- Etaient en congé durant l'étude

## Patients

### INCLUS:

- âge  $\geq$  16ans programmés pour la chirurgie orthopédique lourdes
- les urgences traumatologiques

### Exclus:

- **chirurgie ambulatoire.**
- **Douleur chronique**
- **douleur en dehors de site opératoire**

## Un audit initial

Mise en place des actions correctrices  
« SAPO économique » :

## Un audit de contrôle

- **Évaluer la situation**

- **Sensibilisation des soignants**
- **Constitution d'une équipe référente douleur**
- **Formation du personnel soignant**
- **Mise en application des outils d'évaluation et de surveillance de la DPO**
- **Mise en place de stratégies thérapeutiques analgésiques ( protocoles)**
- **Information des patients**

- **Évaluer la situation après intervention.**

# Résultats

## Audit initial

**05 Médecins**

**37 soignants**

**104 patients**

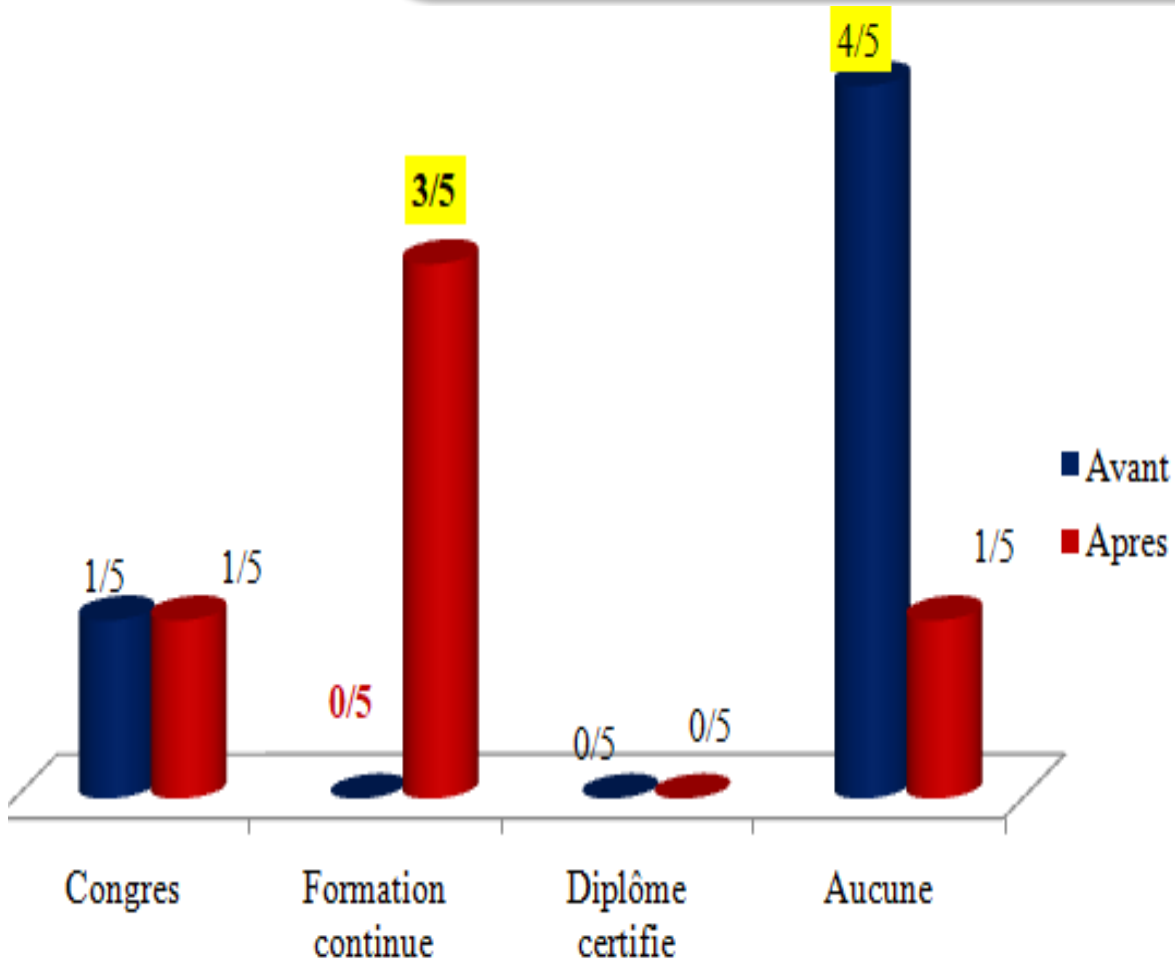
## Audit de réévaluation

**05 Médecins**

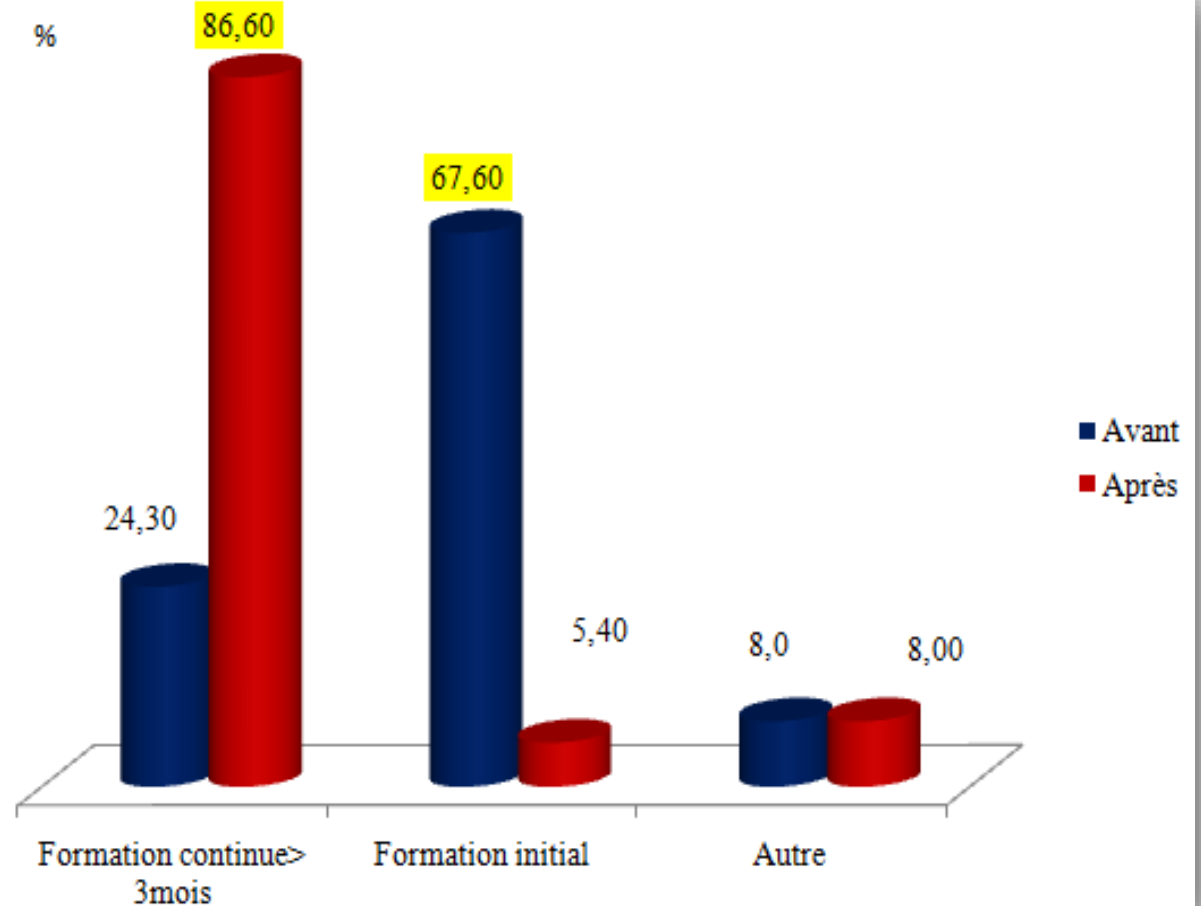
**37 soignants**

**136 patients**

# Formation spécifique sur la DPO



Répartition des médecins selon le type de la formation spécifique sur la DPO (n=5)

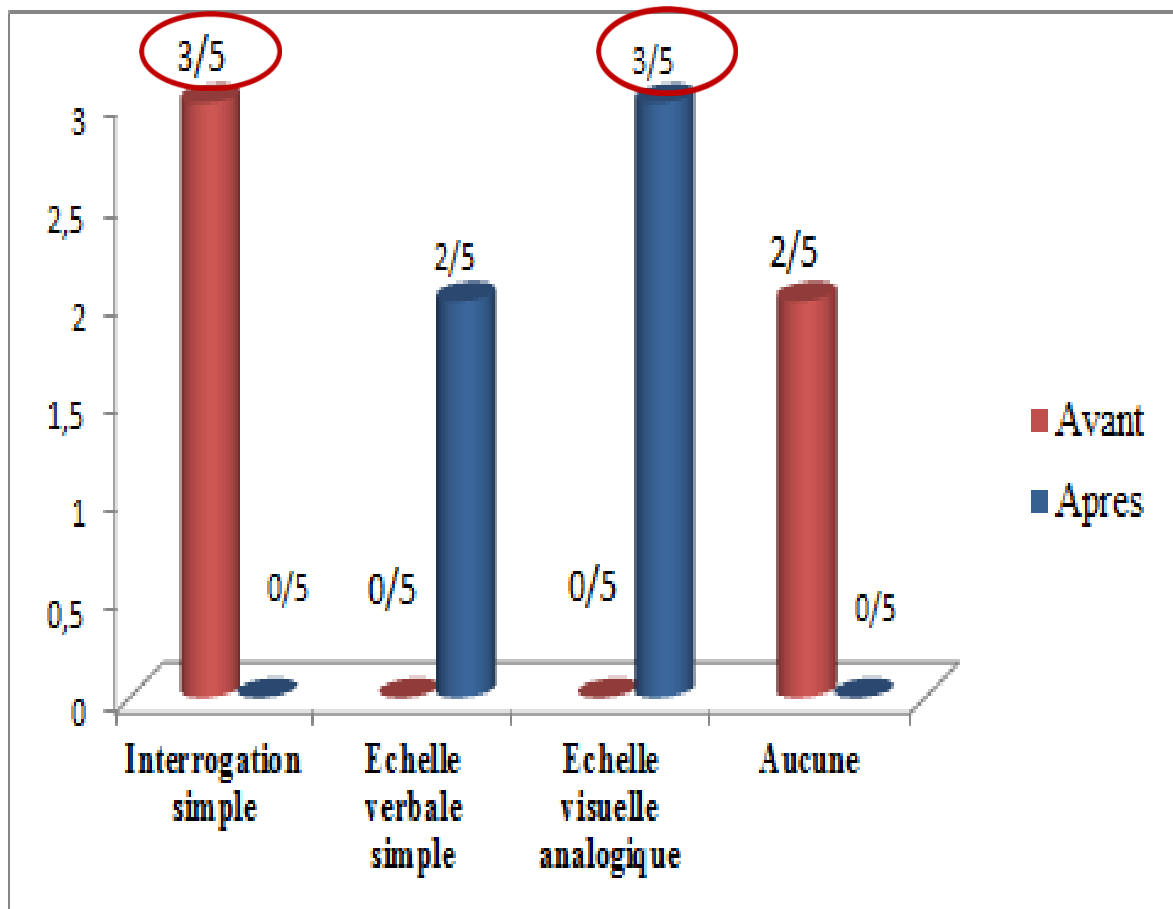


Répartition des infirmiers en fonction de type de formation reçue.  $\chi^2 = 17.14$ ,  $p = 10^{-4}$ :  $p > 0.05$  DS

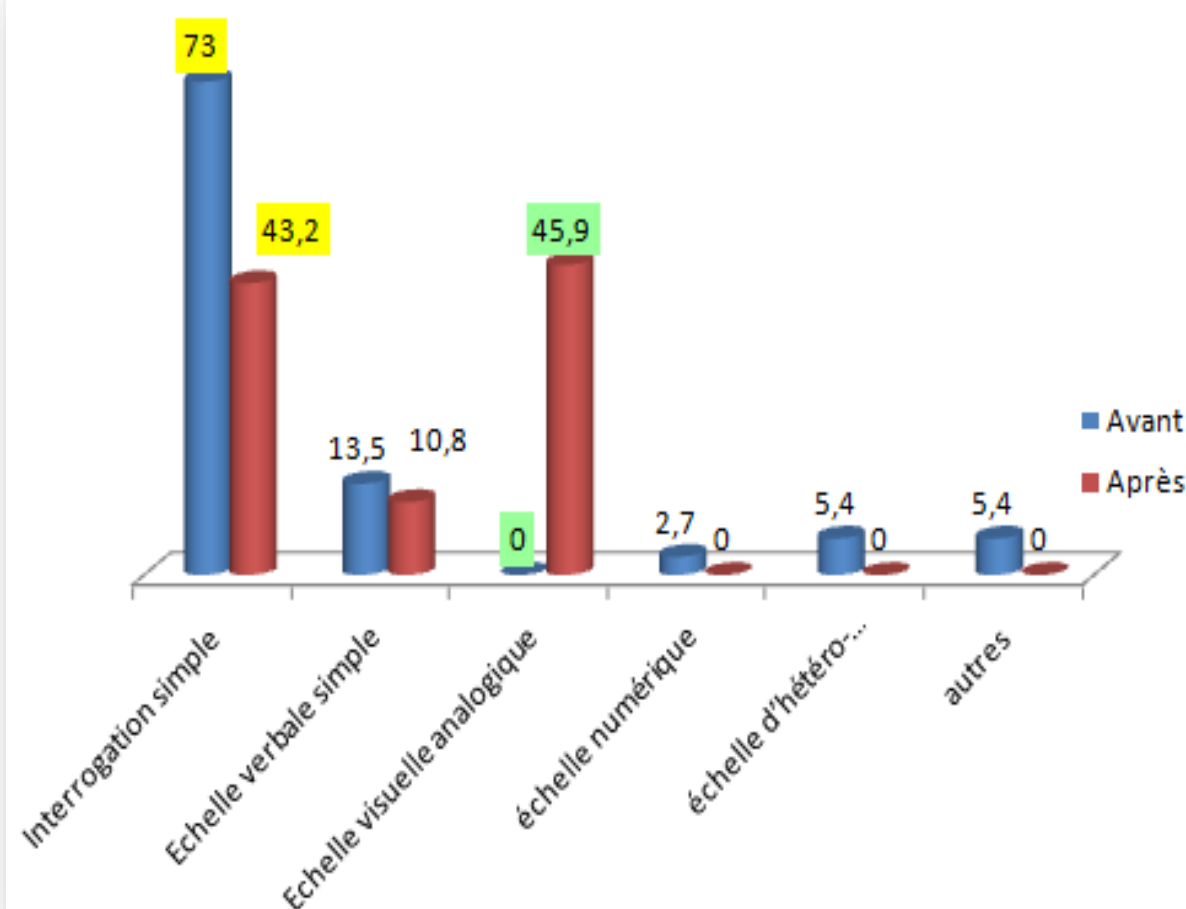
**Audit initial = Insuffisance de formation des praticiens**

**Audit de réévaluation = Acquisition d'un savoir-faire des praticiens**

# Évaluation de la douleur



Répartition des médecins en fonction de Moyen d'évaluations de la douleur (n= 5)

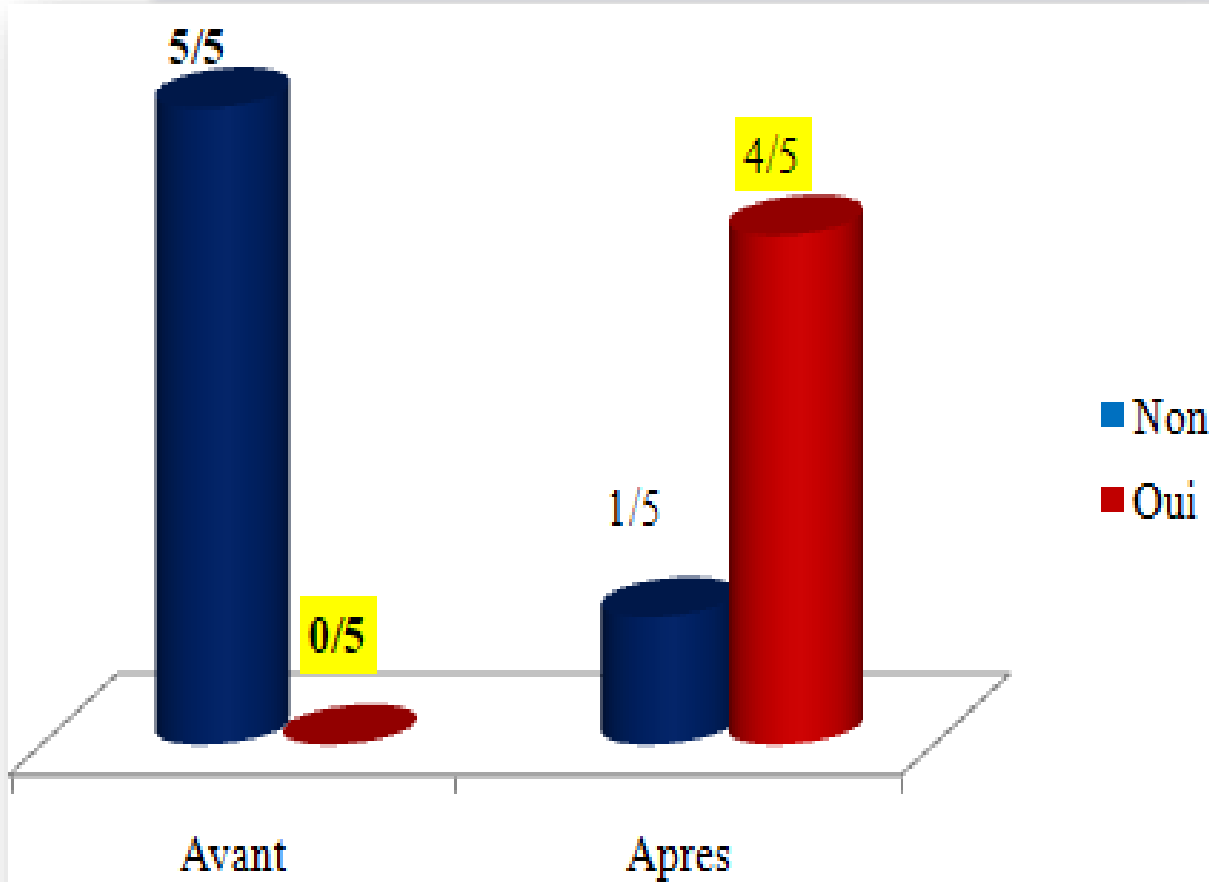


répartition des infirmiers selon de moyen d'évaluations de DPO .  $\chi^2 = 1.26$  ,  $p = 0.26$  : DNS

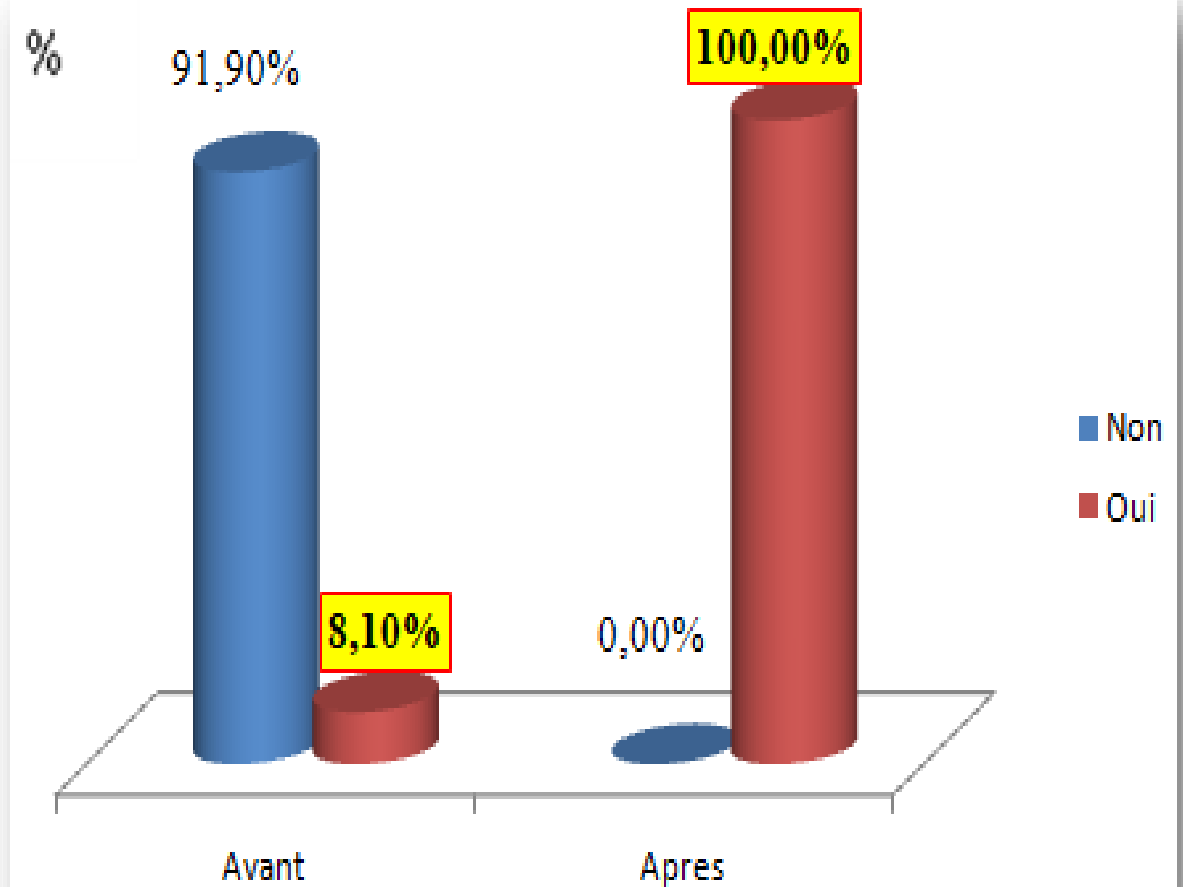
**Audit initial = Sous-évaluation DPO**

**Audit de réévaluation = Évaluation objective DPO**

# Les protocoles écrit de PEC de la DPO



Répartition des médecins selon l'existence des protocoles de prescription écrite de PEC de DPO dans le service (n= 5)

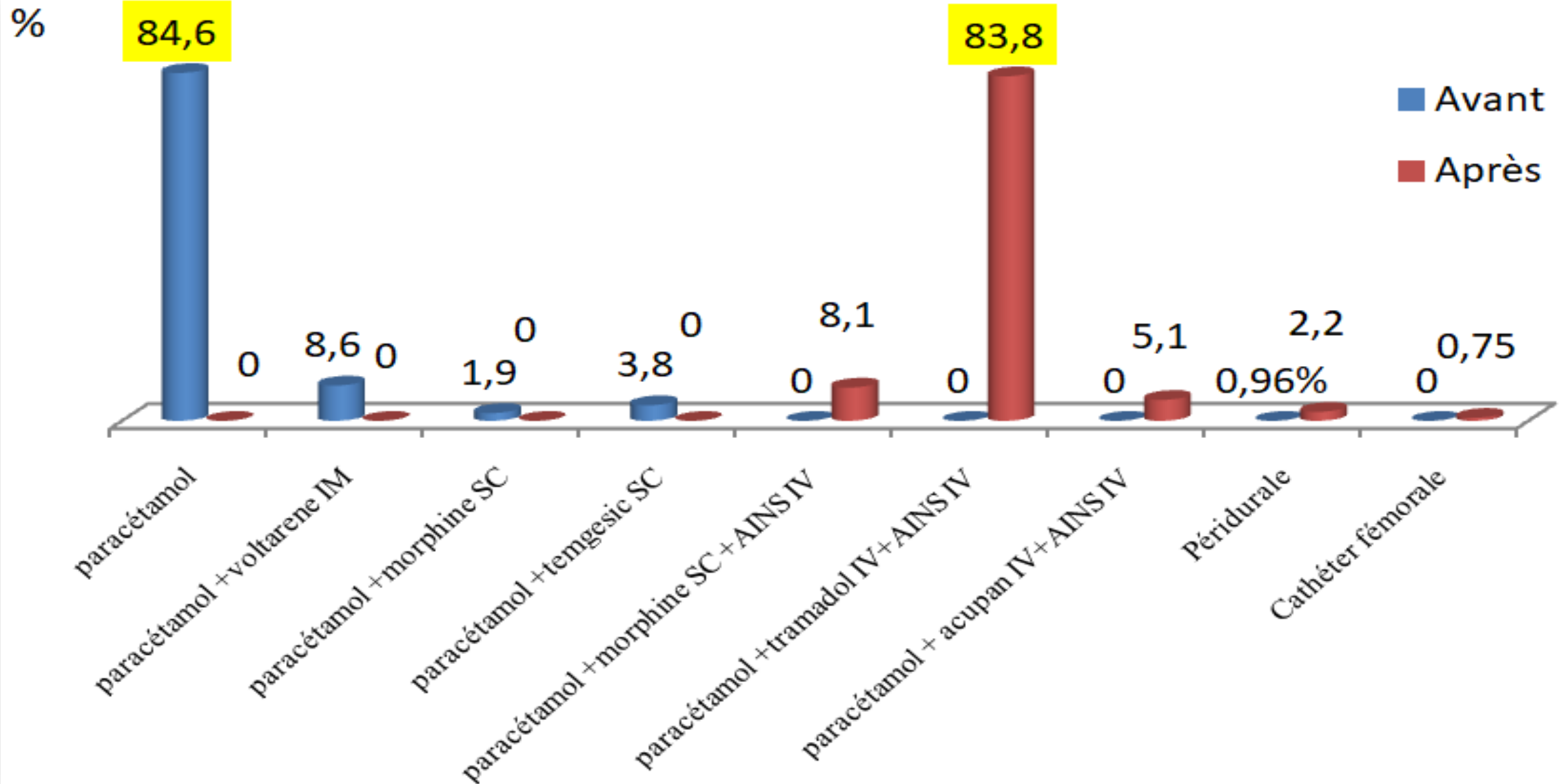


répartition des infirmiers selon l'existence des protocoles écrit  $X_2 = 62.9$ .  $p = 10^{-8}$  :  $p < 0.05$  DS

**Audit initial = Non disponibilité de protocoles**

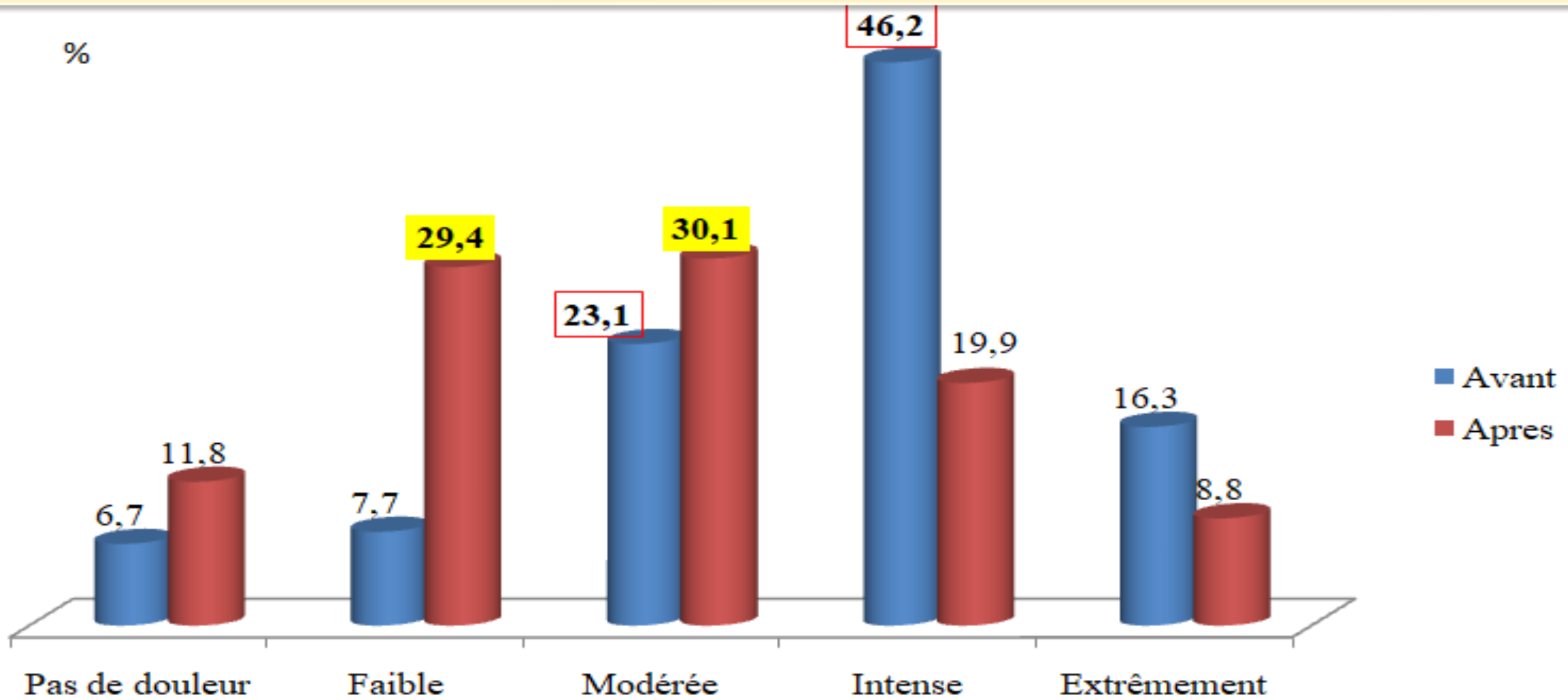
**Audit de réévaluation = Existence des protocoles communs sur la PEC de la DPO**

# Caractéristiques de l'analgésie



répartition des patients selon l'analgésique post op

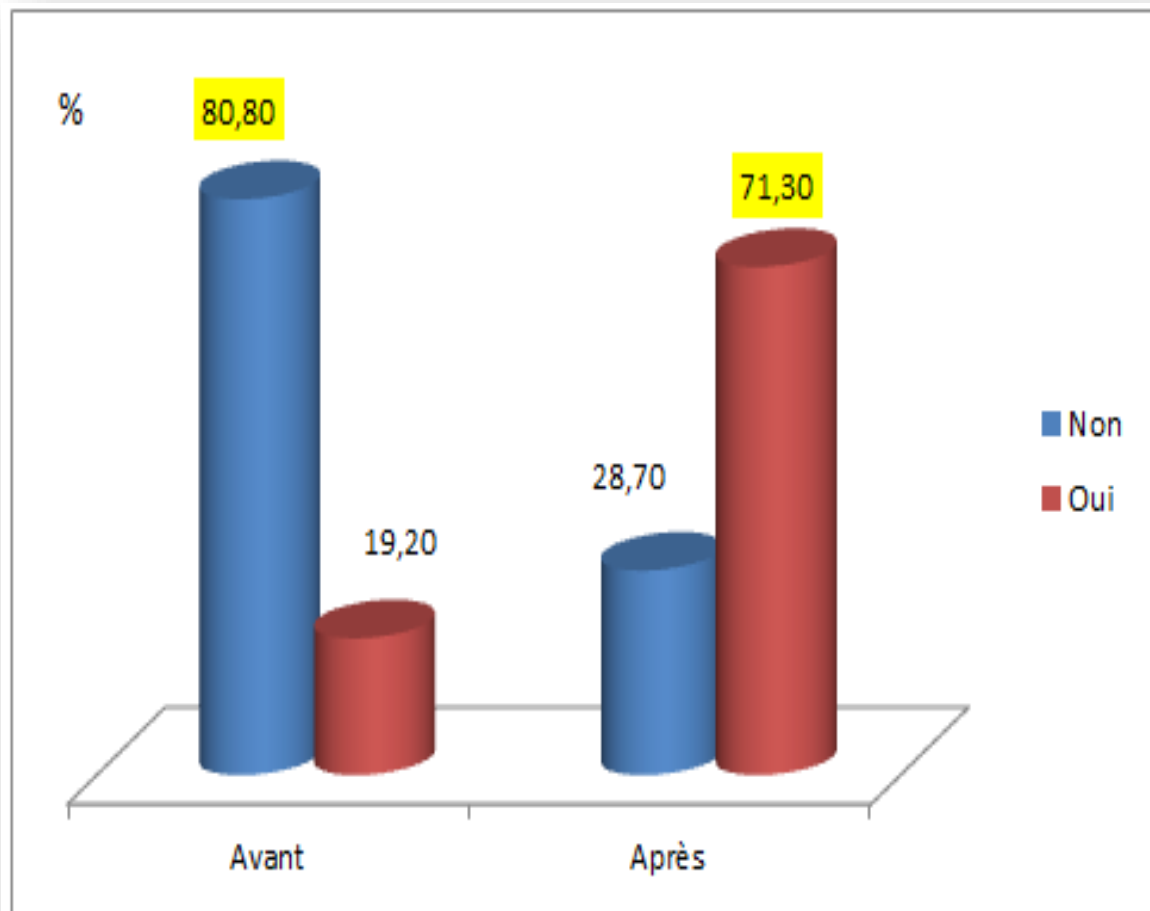
# Incidence de la douleur postopératoire



répartition des patients en fonction description de la DPO la plus intense  $X_2=23.203$ .  $p=10^{-5}$ ;  $p<0.05$ (DS)

**Audit de réévaluation = Réduction de l'intensité de la DPO**

## information des patients



$X_2=61.941$  ,  $P=10^{-8}$  La différence statistique significative (DS)

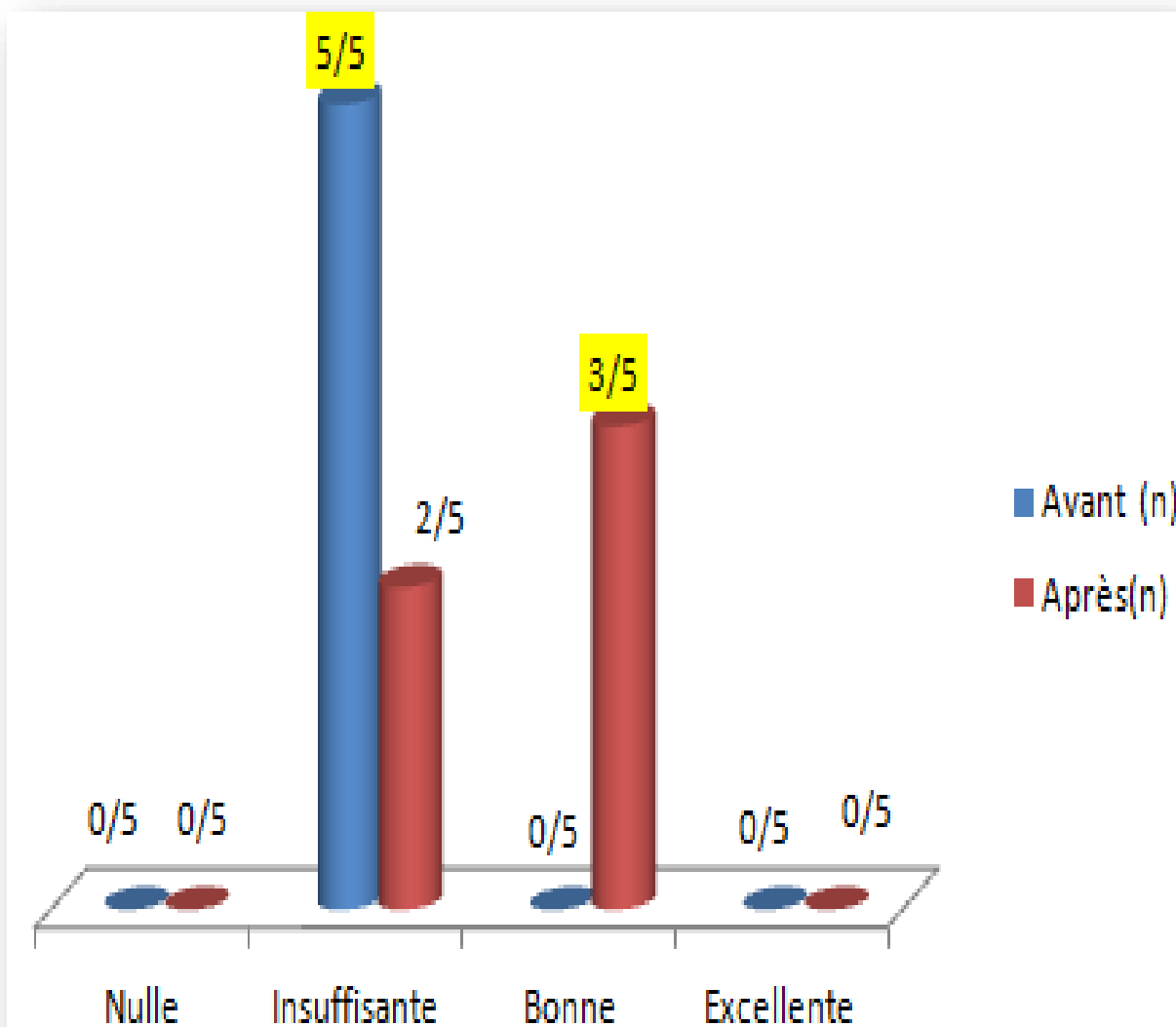
répartition des patients en fonction des moyens d'information :  $X_2=9.271$ .  $p=10^{-2}$ :  $p<0$ . (DS)

| Type d'information  | Avant n (%)      | Après n (%)      |
|---------------------|------------------|------------------|
| <b>Orale</b>        | <b>20 (19,2)</b> | 19(14,0)         |
| Ecrite              | 0 (0,0)          | 1(0,7)           |
| <b>Orale+livret</b> | 0(0,0)           | <b>77 (56,6)</b> |
| Pas informé         | 84 (80,8)        | 39(28,7)         |
| <b>Total</b>        | <b>104(100)</b>  | <b>136 (100)</b> |

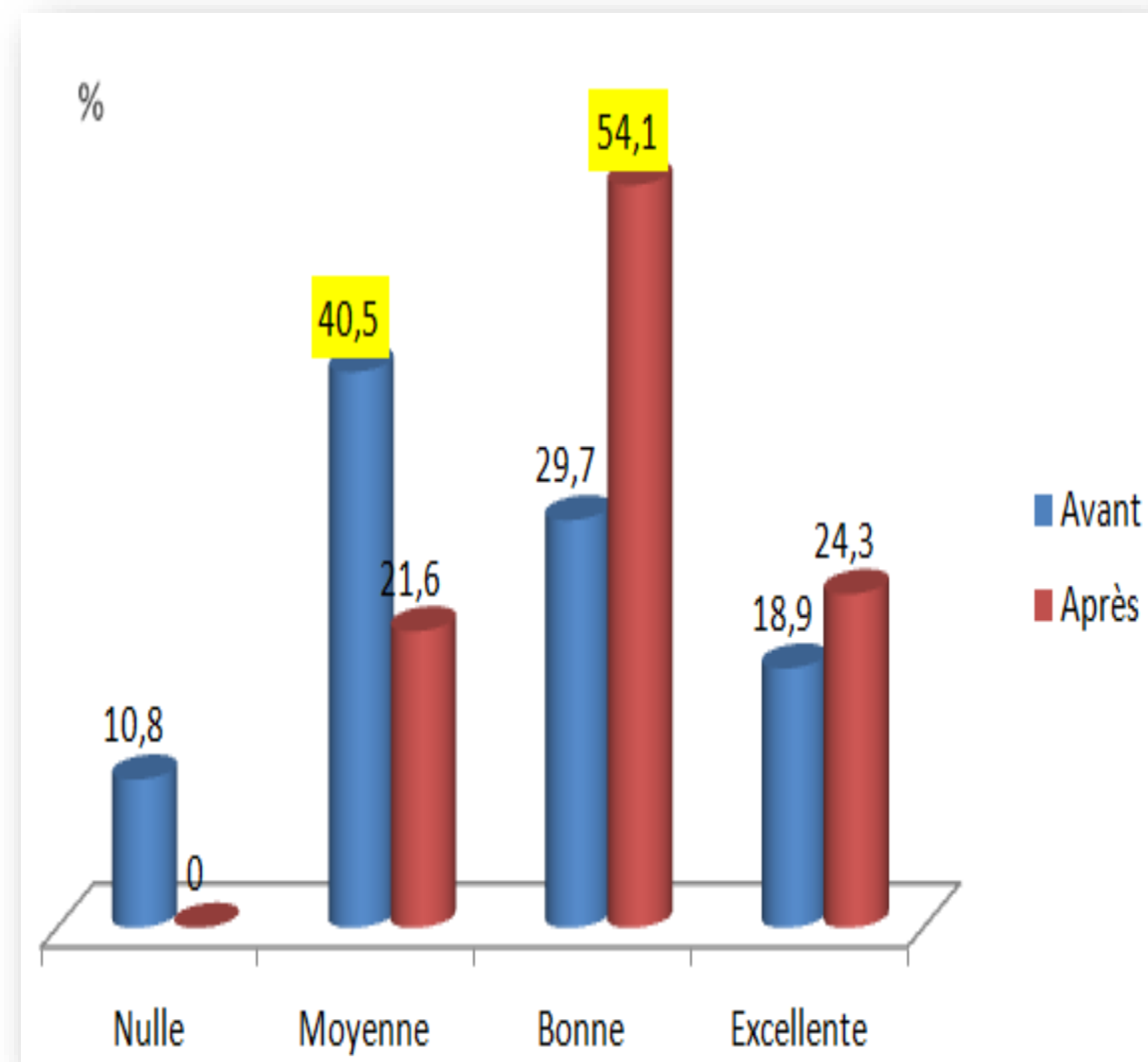
**Audit initial = Manque de l'information des patients**

**Audit de réévaluation = Information du patient a été améliorée**

# Qualité de la prise en charge de la DPO au niveau du service



Répartition des médecins en fonction de la qualité de la PEC de DPO au niveau du service (n=5)



Répartition des infirmiers selon la qualité de la PEC de DPO:  $\chi^2 = 5.486, P = 0.0191 : P = 10^{-1}$

# DISCUSSIONS

## Développement d'un programme démarche assurance qualité

- Notre étude a été inscrite dans **une démarche-qualité**: C'est une **démarche organisationnelle**= améliorer la qualité des soins.
- La conférence de consensus de la **SFAR en 1997**, a proposé pour promouvoir l'amélioration de la PEC de la DPO, le modèle d'assurance qualité .
- **Arnold et Delbos en 2003** et **Fletcher en 2006** ont démontré l'apport positif d'une démarche qualité dans l'amélioration de la PEC de la DPO.

## Organisation de la PEC de la DPO dans le service de chirurgie

- ❑ **L'audit initial** : **défauts d'organisation** dans la PEC de la DPO et l'absence d'équipe « référent -douleur» au niveau du service de COT.
  
- ❑ **Rawal en 2016** : La DPO était sous-traitée n'est pas en raison du manque de médicaments ou de techniques efficaces, mais par l'absence d'une organisation.

# Implantation d'une unité fonctionnelle d'analgésie postopératoire

- Notre programme d'assurance qualité nous a permis la mise en place **d'une unité fonctionnelle d'analgésie post-op** et le développement d'une «**équipe douleur aiguë** » sans le recours à un personnel spécifiquement qualifié
- **L'American Pain Society en 2016** : a recommandé de développer des structures organisationnelles dans les services de la chirurgie = contrôle efficace de la DPO
- **La SFAR en 1997 et SAETD en 2017** = structurer une équipe autour de la DPO , en identifiant un au sein de l'équipe médicale d'anesthésie un référent et d'une « infirmière expert ».

❑ Notre « SAPO » est **le moins coûteux basé sur le personnel infirmier :**

**l'ensemble des patients en postopératoire recevant des analgésiques quelque soit le mode d'administration.**

❑ Notre « SAPO » concorde avec le **modèle européen** qui repose sur la présence d'une **infirmière référente douleur, sous la tutelle d'un médecin anesthésiste.**

❑ Beaucoup d'institutions utilisent des modèles inspirés du « SAPO économique » : **en Nouvelle-Zélande en 1994** , **en suède** et en **Italie** « SAPO en SSPI»

Selon les **recommandations formalisées d'experts de la SFAR en 2008** : Pour améliorer l'organisation des équipes dans la PEC de la DPO, une démarche concertée **multidisciplinaire** est recommandée avec **définition de référents et responsabilisation des acteurs**. Recommandations formalisées d'experts 2008. Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant

- ❑ **Vandermeul en 2006: l'anesthésiste réanimateur constitue le candidat idéal** pour diriger le SAPO : en Vue ses connaissances des médications et des techniques analgésiques.
-

La notion **d'infirmière référent douleur (IRD)** a été proposée par **Rawal et Berggren**  
**en 1994**

**la SFAR 2008** : a recommandé le développement des postes d'IRD pour améliorer la  
PEC de DPO

□ **Stomberg et al en 2003**: souligner l'importance des infirmières « douleur » dans le  
« SAPO », = la première ligne d'intervention afin de répondre aux problèmes  
rencontrés dans les unités de soins.

□ L'audit de réévaluation, a montré une gestion efficace de la la DPO= **pourrait être due a la mise en place d'un SAPO**

□ Etant donné que les acute pain service nord-américains ou européens misent en place depuis la fin des années 80 ont montré dans certaines enquêtes une efficacité sur la qualité de la PEC de la DPO : **etude de vallerand et al en 2011**: a montré que l'APS a permis de ↓ la durée d'hospitalisation avec une ↑ d'efficacité de l'analgésie et une ↓ des effets secondaires .

# Recommandations

Implanter une unité fonctionnelle d'analgésie postopératoire type « SAPO économiques » dans toutes les structures chirurgicales à travers :

❑ L'organisation d'une équipe douleur multidisciplinaire

❑ La standardisation des pratiques cliniques

Améliorer des pratiques cliniques  
Implanter de nouvelles pratiques

**Stratégie préopératoire**

*Information du patient*

**Stratégie peropératoire**

- Prévenir l'hyperalgésie.
- Anticiper la DPO
- ↓facteurs algogènes perop

**Stratégie postopératoire**

- Analgésie multimodale.
- Réduire les effets secondaires des antalgiques

❑ Contrôle du respect des procédures mises en place

**Intégrer ces SAPO dans des programmes de réhabilitation précoce**

# Conclusion

- ❑ le point sur nos pratiques : la problématique est avant tout organisationnelle, nécessitant une volonté de changer les habitudes avant les moyens : mieux former, mieux informer et participer aux changements des mentalités qui doivent aboutir aux modifications des pratiques.
- ❑ L'intégration d'un schéma organisationnel utilisant la méthodologie de l'assurance-qualité a permis la mise en place d'une unité fonctionnelle d'analgésie postopératoire type « sapo économique » qui a nécessité l'engagement des responsables médicaux et paramédicaux.

*“ On dit toujours que le temps change les choses, mais en réalité le temps ne fait que passer et nous devons changer les choses nous-mêmes.”*

Andy Warhol



***Merci pour votre attention***