

**L'impact de la démarche d'assurance qualité
sur la gestion de la douleur aiguë
postopératoire chez les patients ayant subi
une chirurgie orthopédique-traumatologique
au CHU de Batna.**

- **O. GUERZA(1) ; S. HARKAT(1) C.H.U BATNA**
- **O. BOUDEHANE(2) C.H.U DR BEN BADIS**

LA QUALITÉ DES SOINS

Selon l'oms 1986 « délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes

diagnostiques et **thérapeutiques** qui assurera le meilleur résultat en terme de

santé conformément :

À l'état actuel de la science médicale

Au meilleur coût

Au moindre risque iatrogène

Grande satisfaction: procédures, résultats , contacts humains

DÉMARCHE ASSURANCE QUALITÉ

□ Les démarches d'assurance-qualité ont été développées pour

dépister les dysfonctionnements = améliorer la qualité des soins.

□ Un des domaines qui a fait l'objet de plan d'assurance -qualité est la

PEC des douleurs et en particulier DPO

- Ward SE, Gordon D. Application of the American Pain Society quality assurance standards. Pain. 1994;56(3):299-306.

- Miaskowski C, Crews J, Ready LB, Paul SM, Ginsberg B. Anesthesia-based pain services improve the quality of postoperative pain management. . 1999.

BUT DE L'ÉTUDE :

□ Évaluer l'impact d'un programme d'assurance-qualité

sur la PEC de DPO(PAQD) des patients opérés pour une chirurgie

orthopédique traumatologique au CHU Batna 2015-2017

Soulagement DPO et la Satisfaction des patients

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 » , évaluant dans le cadre d'une démarche assurance -qualité l'amélioration de la PEC de la DPO des patients admis dans COT CHU Batna : 2015 -2017

Patients

Inclus

- âge \geq 16ans
- programmés pour la chirurgie orthopédique lourdes:
rachis (tm ou infection) ; epaule; LCA, hallus valgus;osteotomie.....
- les urgences traumatologiques:
rachis traumatique; tramatisme du membre sup et inf; polyfracturé...

Exclus

- âge < 16ans
- chirurgie ambulatoire.
- Douleur chronique
- douleur en dehors de site operatoire
- Douleur d'une complication chirurgicale
- polytraumatisés PEC au PUMC
- Les patients ayant refusé l'interrogatoire.
- patients ayant difficultés de communication.

FICHE D'ENQUÊTE DES PATIENTS

- **Les différentes données cliniques**
- **L'information reçue par les malades**
- **L'intensité de la douleur préopératoire**
- **L'intensité de la DPO**
- **L'efficacité des traitements antalgiques**
- **Évaluer la satisfaction des patients**

Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS)

Item		1	2	3	4	5
1	Je suis préoccupé(e) par l'anesthésie					
2	Je pense continuellement à l'anesthésie					
3	J'aimerais en savoir le plus possible sur l'anesthésie					
4	Je suis préoccupé(e) par l'intervention					
5	Je pense continuellement à l'intervention					
6	Je voudrais en savoir le plus possible sur l'intervention					

- L'addition des items 1, 2, 4, 5 cotent l'anxiété. Les sujets sont considérés comme anxieux lorsqu'ils ont un score strictement supérieur à 11 pour ces 4 items
- L'addition des items 3 et 6 cotent le désir : Un score de 2 à 4 traduit un « refus d'information », un score entre 5 et 7 un « désir moyen d'information », un score supérieur à 7 un « désir avide d'information ».

Résultats

Audit initial

104 patients

Audit de réévaluation

136 patients

Etude démographique

□ **l'audit initial** l'âge moyen des patients été de **45,93** ans et la Médiane de **40,7** ans

l'audit de réévaluation l'âge moyen été de **41,79** ans et la Médiane de **38,7**ans.

□ **l'audit initial** :predominance **masculine 60,6 %** avec un sexe ratio H /F= 1.54

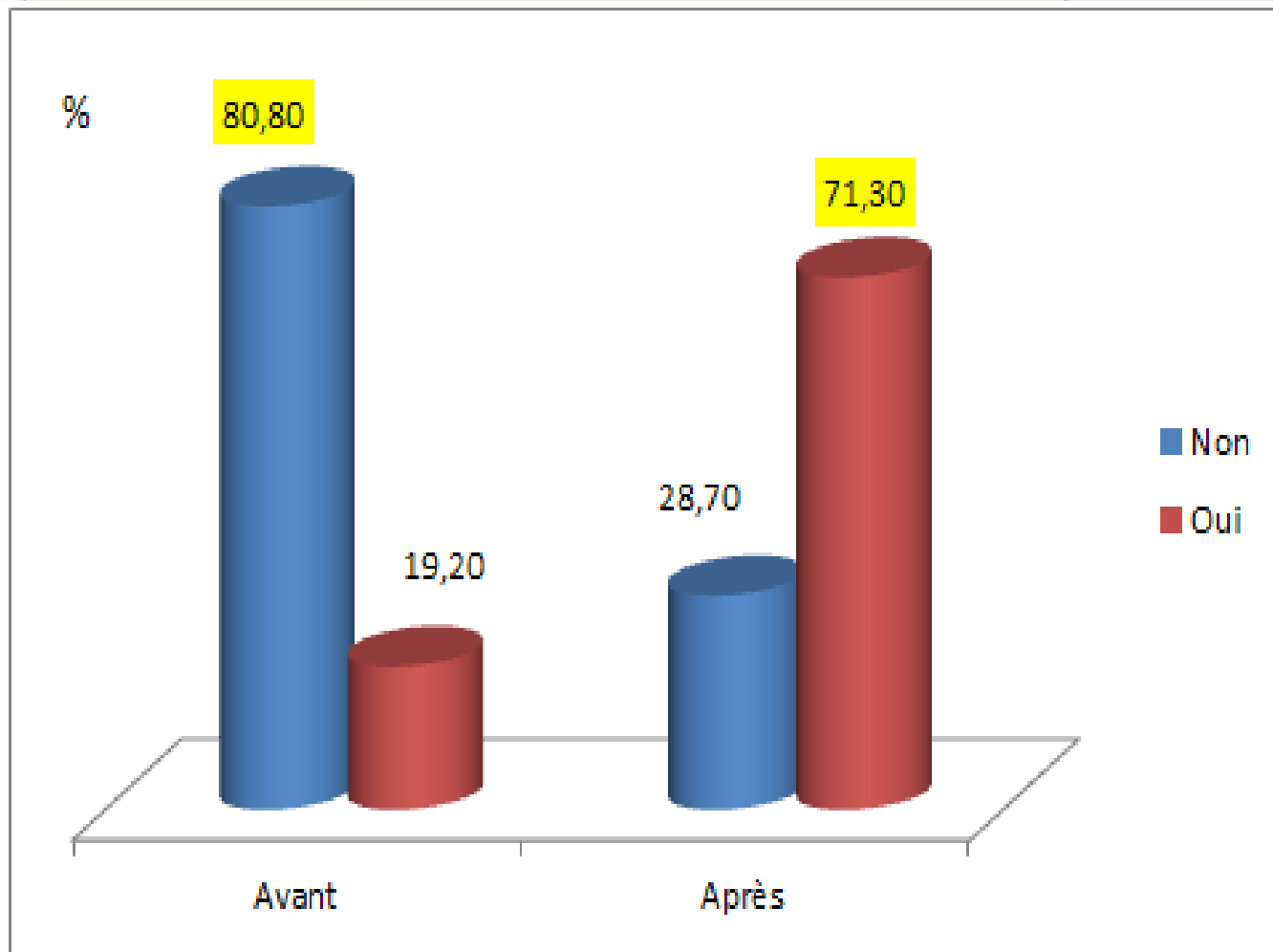
l'audit de réévaluation predominance **feminine 50,7 %** et sexe ratio H/F = 0.97

□ prédominance des patient **ASA I : 72,1%** (audit initial) et **80,1%** (audit de réévaluation)

Caractéristiques de l'anesthésie

- Prédominance des **chirurgies du membre inférieur** : **67.3%** (audit initial) et **67.6%** (réévaluation): fractures de la hanche, réparation ligamentaire, régularisation méniscale les pseudarthroses.....
- La majorité des patients ont bénéficié de **l'anesthésie locorégionale** : **72.1 %** (audit initial) et **75.4 %** (audit de réévaluation)

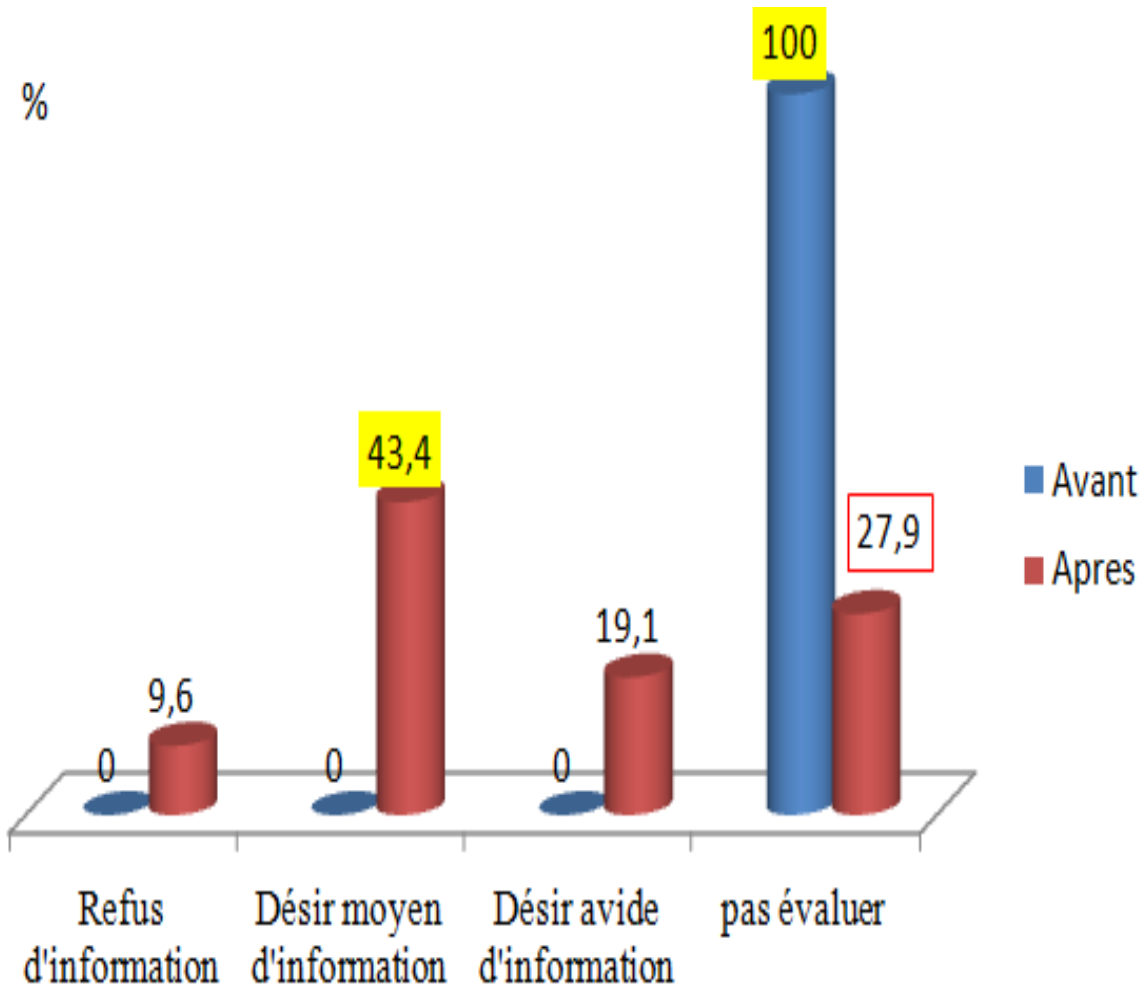
Information des patients



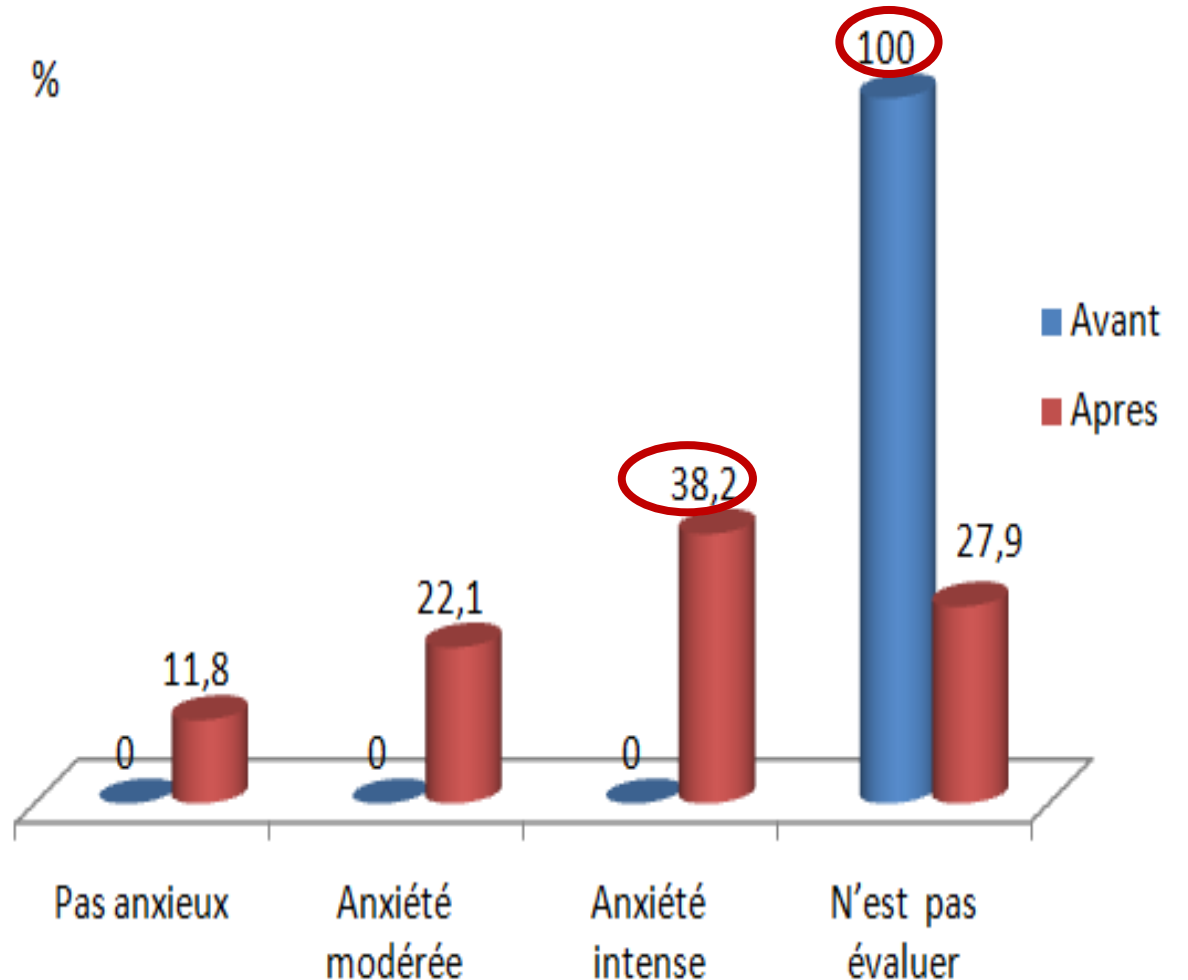
$\chi^2 = 61.941$, $P = 10^{-8}$ La différence statistique significative (DS)

Répartition des patients en fonction de l'information

Evaluation de besoin d'information et de l'anxiété préopératoire



répartition des patients selon le besoin d'information
 $X_2 = 126,661 \cdot p = 10^{-3}$ (DS)



répartition des patients en fonction de l'évaluation de l'anxiété préopératoire
 $X_2 = 126,661^a, p = 10^{-3}$ (DS).

Incidence de la douleur préopératoire

répartition des patients selon l'existence d'une douleur préopératoire

douleur préopératoire	Avant n(%)	Après n(%)
Oui	72(69,2)	98(72,1)
Non	32(30,8)	38(27,9)
Total	104(100)	136(100)

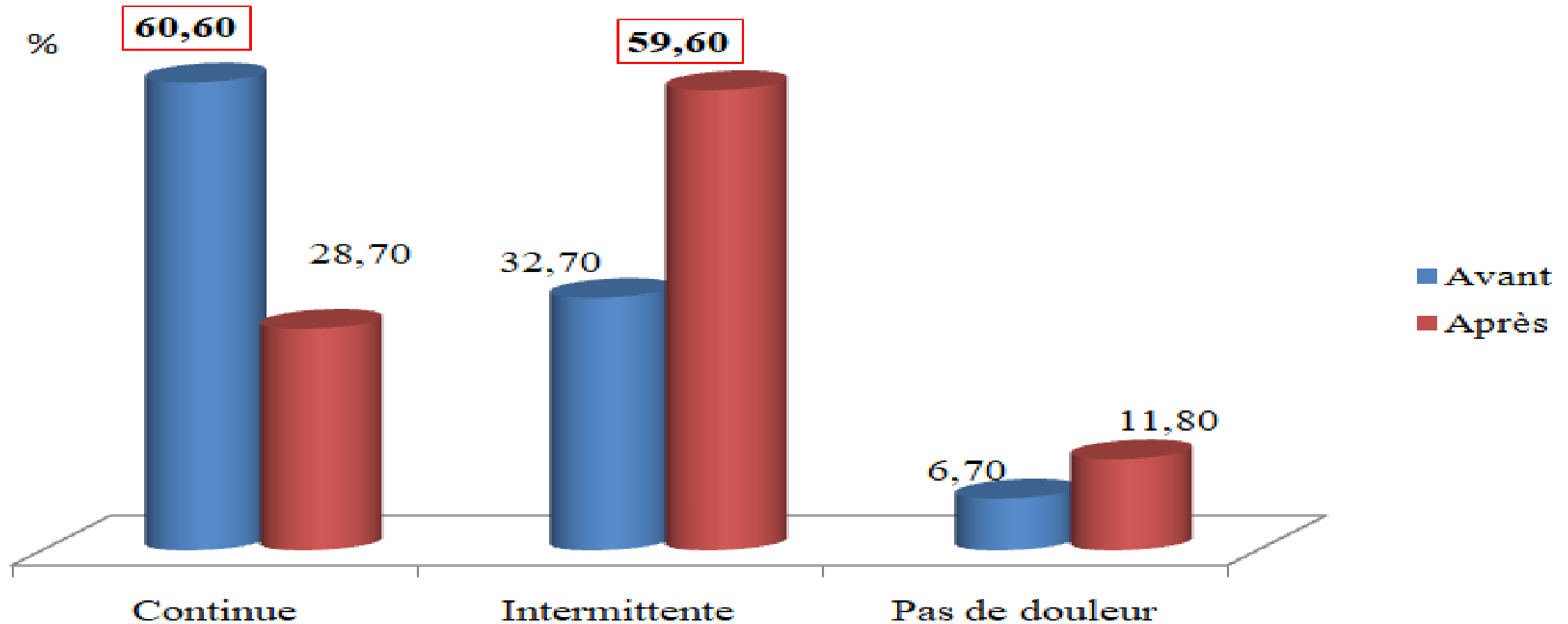
$X_2=0.1118, p=0.738 : p > 0.05$ La différence statistique non significative (NS).

répartition selon l'ancienneté de la douleur préopératoire

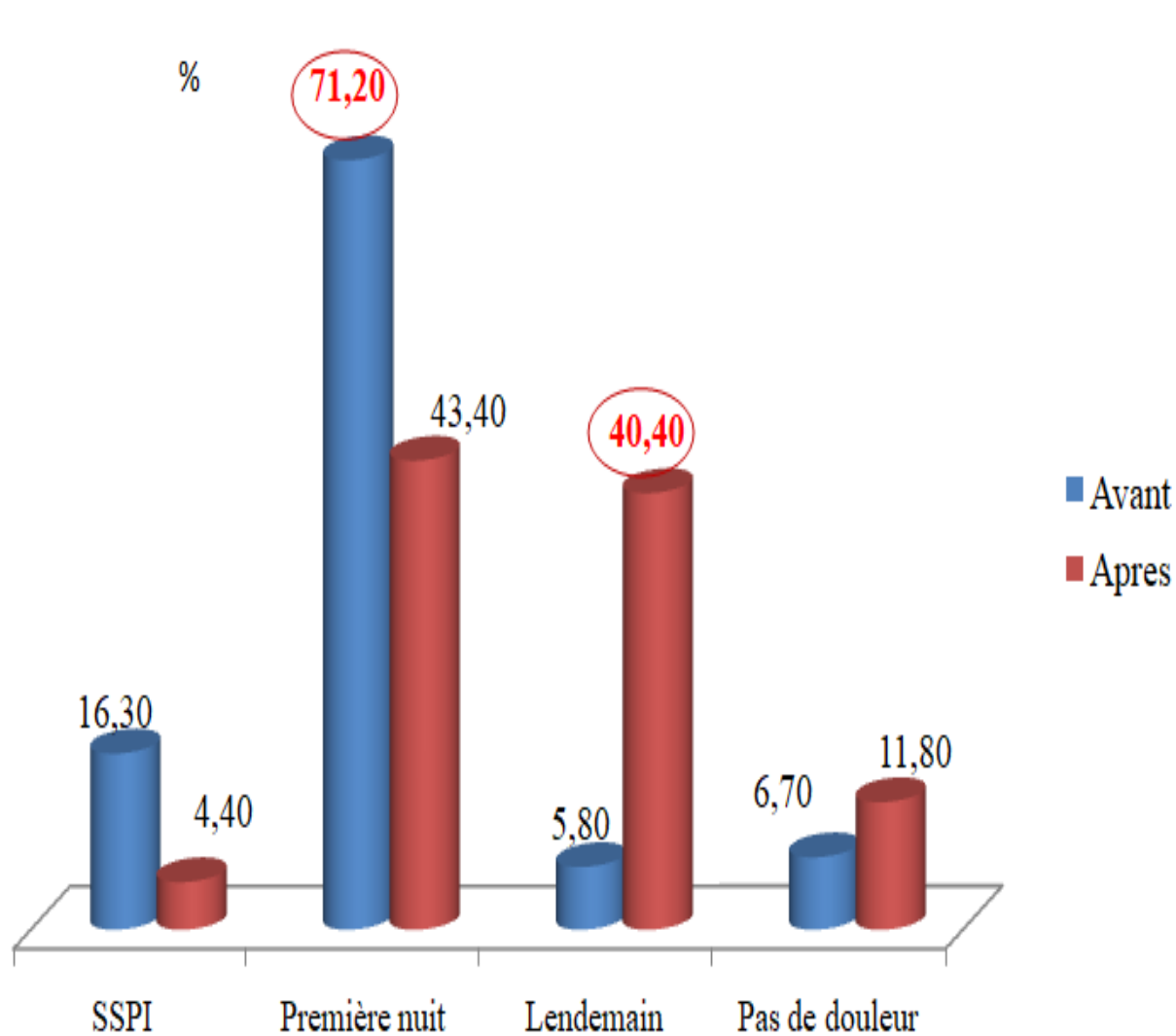
< 1 jour	14 (13,5)	28 (20,6)
< 1 semaine	36(34,6)	35(25,7)
< 1 mois	6 (5,8)	18 (13,2)
< 1 an	7 (6,7)	12 (8,8)
> 1 an	9 (8,7)	5 (3,7)
Pas de douleur	32 (30,8)	38 (27,9)
Total	104 (100)	136 (100)

$X_2=1.264, p=0.260 : p > 0.05$ La différence statistique non significative (DNS)

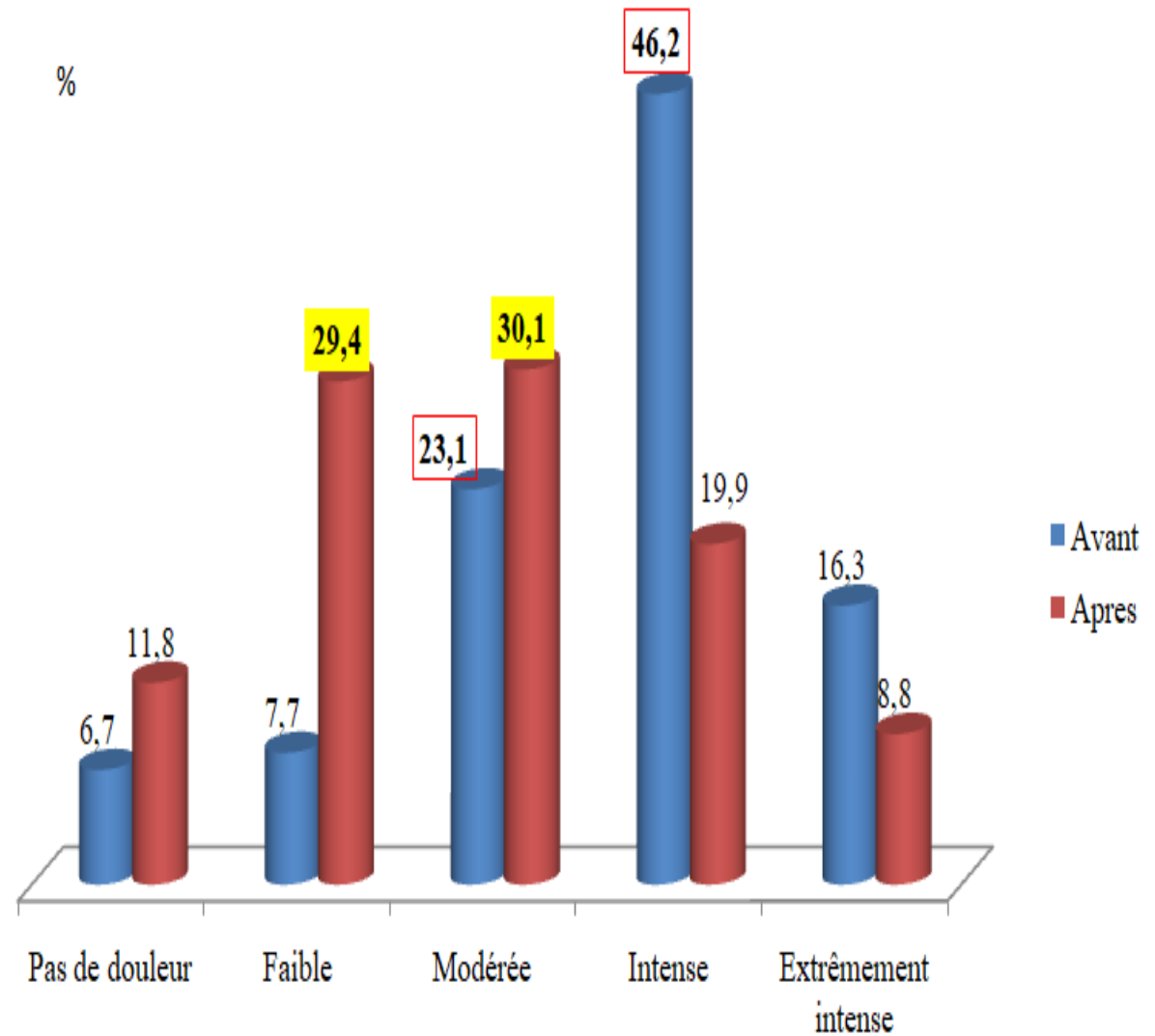
Incidence de la douleur postopératoire



répartition des patients selon le caractère de la DPO :
 $\chi^2_{2=19.409}$, $p = 0.00001$: $p = 10^{-4}$ (DS)

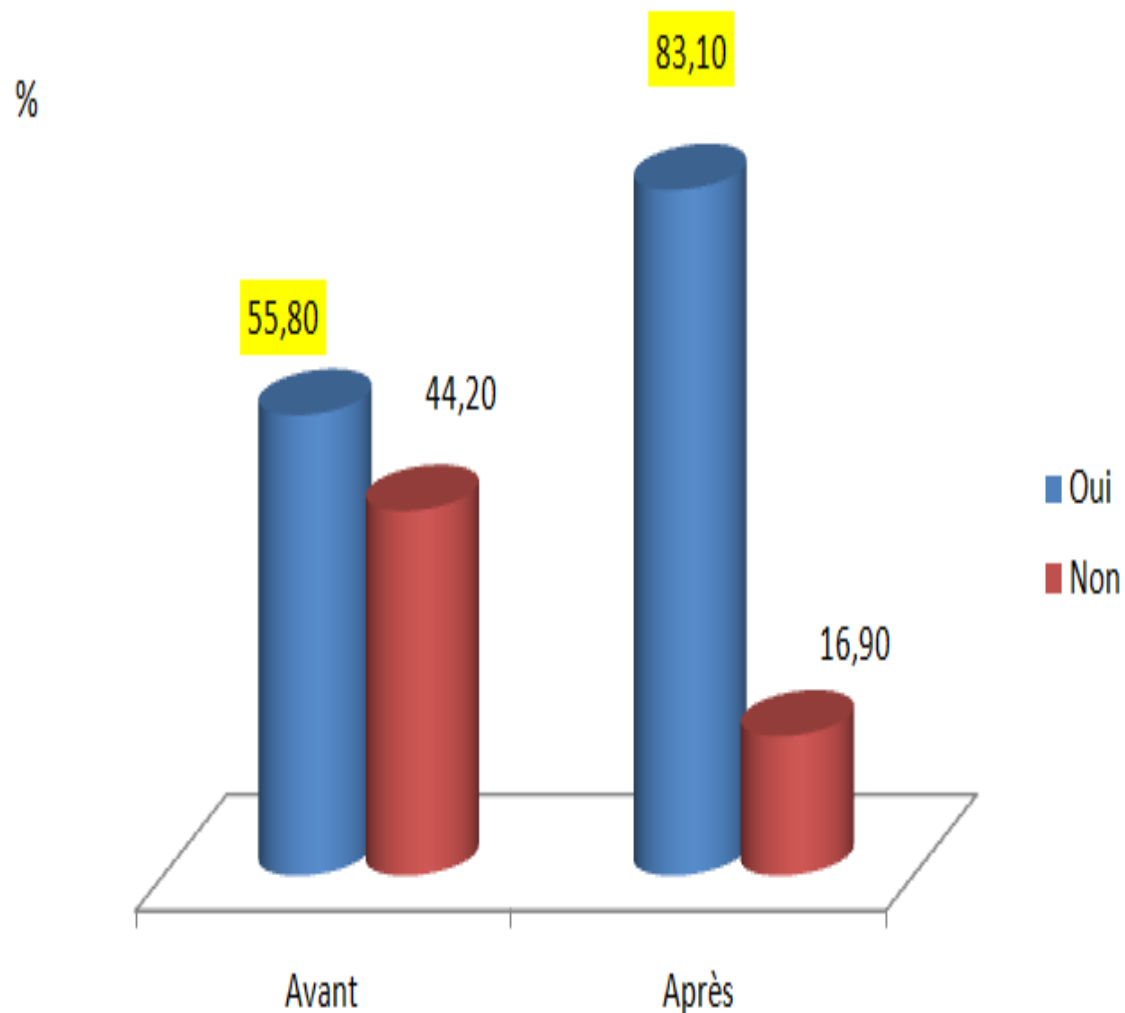


répartition des patients en fonction du moment de la douleur la plus intense : $X^2 = 30,86$. $p = 10^{-3}$: $p < 0.05$ (DS).



répartition des patients en fonction de la description de la DPO la plus intense : $X^2 = 23,203$. $p = 10^{-5}$: $p < 0.05$ (DS)

Traitement supplémentaire contre la douleur

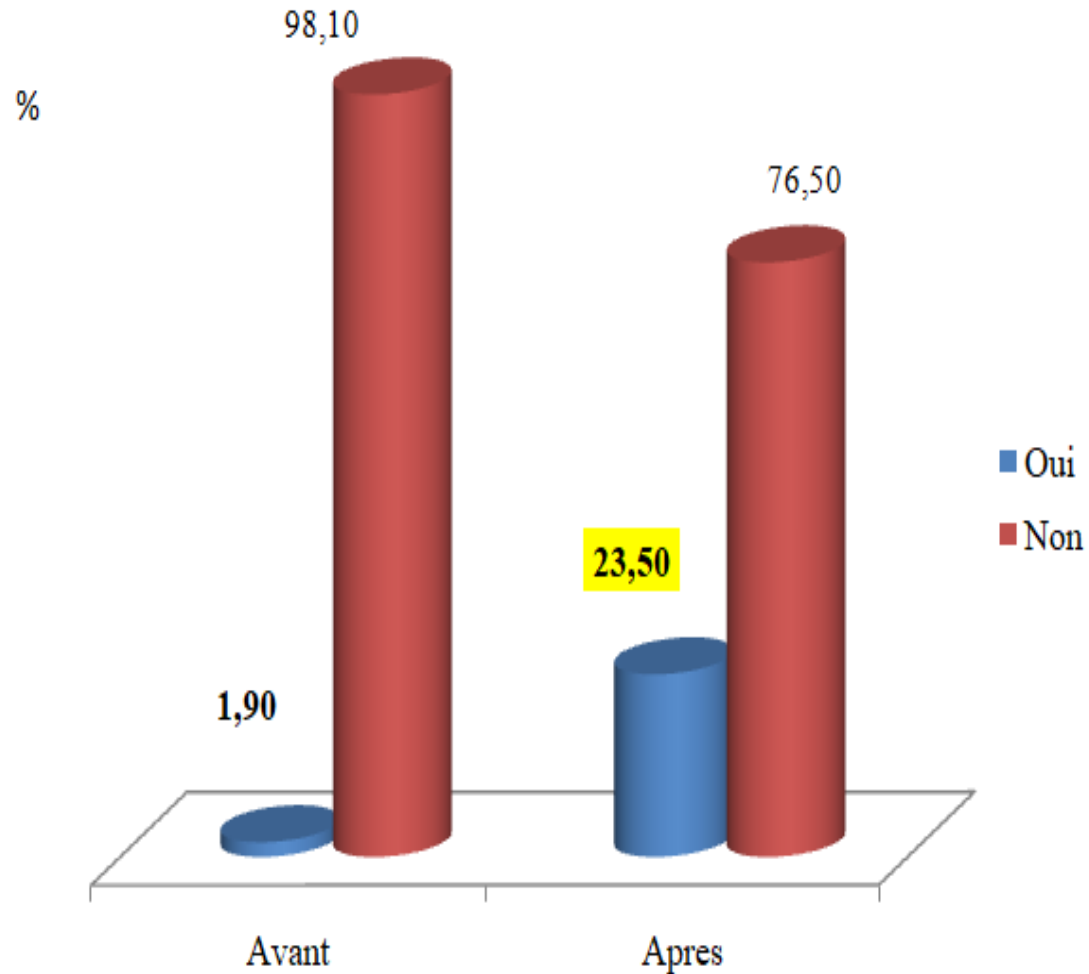


répartition des patients selon la demande d'un traitement supplémentaire $X_{2=20.158}$. $p=10^{-5}$: (DS).

répartition des patients selon le délai d'administration d'un traitement supplémentaire contre la DPO : $X_{2=76.780}$. $p=10^{-3}$: $p<0.05$ (DS)

Délai d'administration des médicaments	Avant n (%)	Après n (%)
Moins de 5 minutes	13(12,5)	36 (26,5)
15 minutes ou moins	8(7,7)	65(47,8)
15 à 30 minutes	19 (18,3)	04(2,9)
30 à 60 minutes	5(4,8)	04(2,9)
Plus d'une heure	6(5,8)	00(0,0)
Traitement non administré	7(6,7)	04(2,9)
Non demandé	46 (44,2)	23 (16,9)
Total	104(100,0)	136(100,0)

Effets secondaires de traitement antalgique

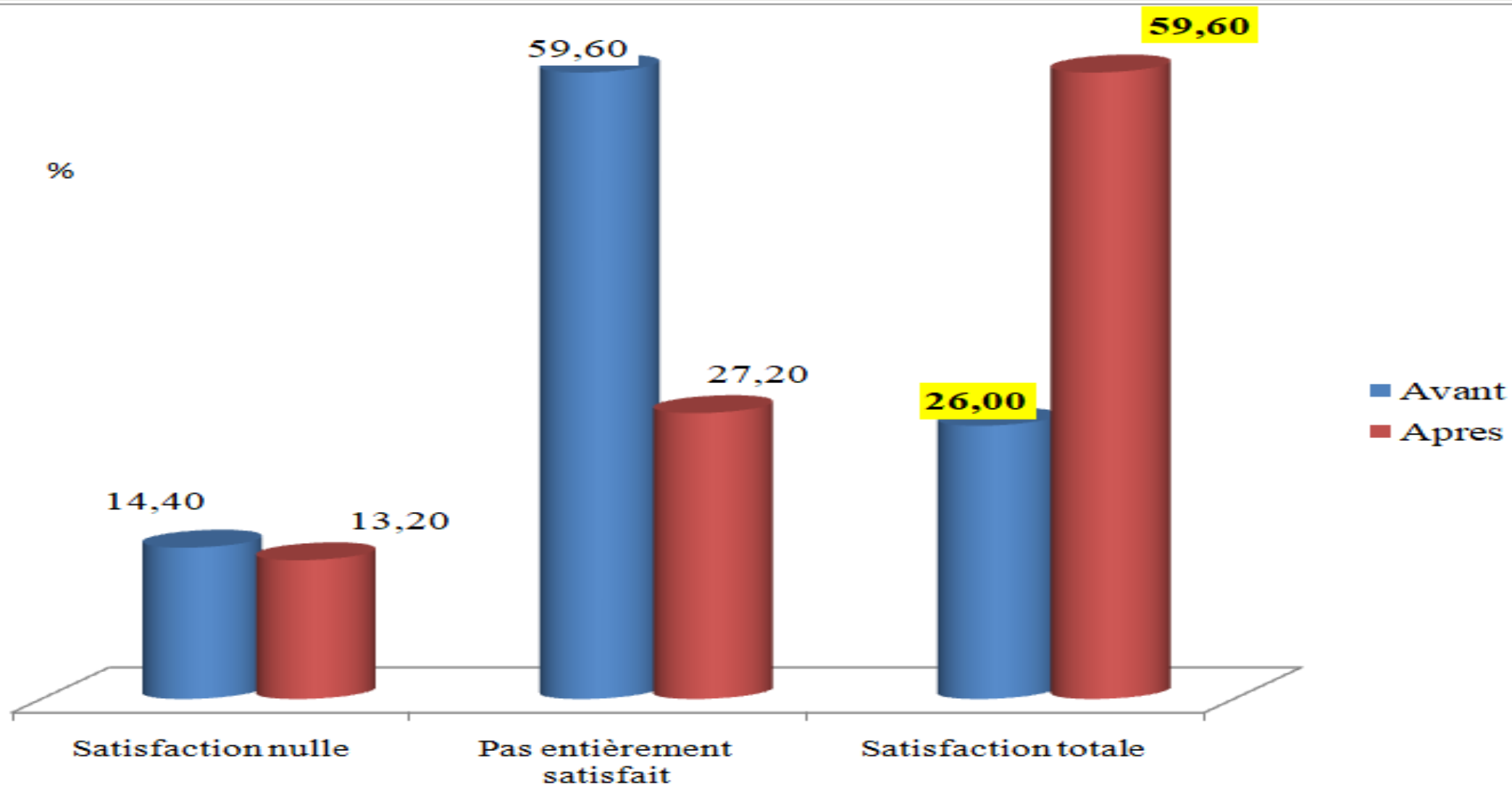


répartition des patients selon l'incidence des effets secondaires : $X_2 = 22,625$, $p = 10^{-5}$ (DS)

répartition des patients en fonction de type des effets secondaires.

Type des effets secondaires	Avant n (%)	Après n (%)	X_2	p
Nausée/vomissement	3 (2,9)	22 (16,2)	11,158	0,001
Constipation	00(0,0)	01(0,7)	0,768	0,381
Démangeaisons	00(0,0)	10(7,4%)	7,980	0,005
Difficultés pour uriner	00(0,0)	08(5,9)	6,329	0,012
Somnolence	00(0,0)	04(2,9)	3,110	0,077
Agitation	00(0,0)	2(1,5)	1,522	0,214
Fièvre	00(0,0)	1(0,7)	0,768	0,381

Satisfaction des patients sur la PEC de DPO



Répartition des patients selon la satisfaction de la prise en charge de la DPO. $X^2_{2=14,496}$, $p=10^{-3}$: (DS).

répartition des patients en fonction des causes de l'insatisfaction des patients $\chi^2 = 154,533$. $p = 10^{-3}$ (DS).

Cause de l'insatisfaction	Avant n (%)	Après n (%)
Effet secondaires	00(0,0)	13 (9,6)
Non-respect du protocole	00(0,0)	02 (1,4)
Persistance de la douleur	24 (23,1)	12(8,8)
Retard dans l'administration du traitement	00(0,0)	25 (18,4)
Traitement analgésique inefficace	53 (51,0)	04(2,9)
Pas de réponse	27(26,0)	80(58,8)
Total	104(100%)	136(100%)

répartition des patients en fonction des suggestions pour améliorer la PEC de la DPO. $\chi^2 = 154,533$. $p = 10^{-3}$: (DS).

Les suggestions	Avant n (%)	Après n (%)
Ajuster le traitement	1(1,0)	07(5,1)
Améliorer les protocoles	17(16,3)	00(0,0)
Associer d'autres analgésiques	27(26)	00(0,0)
Changer le protocole	2(2,0)	04(2,9)
Renforcer le traitement	25(24)	05(3,7)
Respecter les heures d'administration des antalgiques	00(0,0)	27(19,9)
Traiter la douleur persistante	05(4,8)	00(0,0)
Traiter les effets secondaires	00(0,0)	13(9,6)
Pas de suggestions	27(26,0)	80(58,8)
Total	104(100)	136(100)

DISCUSSIONS

- Audit initial : une **prédominance du sexe masculin** = le genre masculin est beaucoup plus actif
- Audit de réévaluation : **une prédominance du sexe féminin:**
Stenvall en 2006 : le sexe féminin était un facteur prédictif d'une DPO plus intense

FACTEURS PRÉDICTIFS DE LA SÉVÉRITÉ DE LA DPO

	Préopératoire	Peropératoire	Postopératoire
Facteurs physiologiques	<p>Douleur</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Préexistante ✓ Consommation d'antalgiques ✓ Morphiniques <p>Sexe féminin</p> <p>Chirurgie</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Chirurgie au même site 	<p>Chirurgie</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Longue durée ✓ Délabrante ✓ Lésions neurologiques ✓ Complications ✓ Reprise 	<p>DPO</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Forte intensité ✓ Neuropathique
Facteurs psychosociaux	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Anxiété ✓ Vécu catastrophique ✓ Absence de soutien social 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Anxiété ✓ Dépression

❑ La chirurgie traumatolo-orthopédique est **une chirurgie douloureuse**, classée selon les recommandations de la **SFAR 1997** de **modérée (chirurgie de la hanche) à forte (chirurgie articulaire)**. cette DPO persiste pendant les 48 à 72 premières heures postopératoires

Intensité et durée de la douleur postopératoire en fonction du type de chirurgie ; Consensus SFAR 1997

	Durée inférieure à 48 heures	Durée supérieure à 48 heures
Douleur forte	<ul style="list-style-type: none"> * Cholécysectomie (laparotomie) * Adénomectomie prostatique (voie haute) * Hystérectomie (voie abdominale) Césarienne 	<ul style="list-style-type: none"> * Chirurgie abdominale sus- et sous-mésocolique * Oesophagectomie * Thoracotomie * Chirurgie rénale * Chirurgie articulaire (sauf hanche) * Rachis (fixation) * Hémostectomie * Chirurgie vasculaire * Amygdalectomie
Douleur modérée	<ul style="list-style-type: none"> * Appendicectomie * Hernie inguinale * Vidéo-chirurgie thoracique * Hystérectomie vaginale * Chirurgie gynécologique mineure * Coelioscopie gynécologique * Mastectomie * Hernie discale * Thyroïdectomie Neurochirurgie 	<ul style="list-style-type: none"> * Chirurgie cardiaque * Hanche * Chirurgie ORL (larynx, pharynx)
Douleur faible	<ul style="list-style-type: none"> * Cholécysectomie coelioscopique IVG/curetage * Chirurgie ophtalmologique * Prostate (résection transurétrale) * Chirurgie urologique mineure 	<ul style="list-style-type: none"> * Circoncision

<48h

Notre hypothèse de travail a été l'amélioration de la PEC de la DPO au niveau du service de chirurgie orthopédique traumatologique du CHU BATNA , par l'intégration d'un **schéma organisationnel** utilisant la méthodologie de **l'assurance-qualité**.

❑ Dans le cadre de démarche assurance qualité on a **introduit l'information orale et écrite des patients** dans le service de chirurgie orthopédique qui était devenue systématique dès l'admission.

❑ **Selon Sanimedia (2010)** :Le patient a le droit d'être **informé de manière claire et appropriée** sur: son état de santé / les examens et traitements envisageables / les conséquences et les risques éventuels qu'ils impliquent / le pronostic / les aspects financiers du traitement.

En cas d'urgence, l'information pourra alors être remise à plus tard.

❑ **A PS 2016 et SFAR 2008** : ont recommandé d'informer le patient oralement en pré-, puis postop en s'aidant également d'un support écrit. Une trace de cette information doit rester dans le dossier

Le livret d'information :

☐ LES INFORMATIONS MÉDICO-LÉGALES:

- des informations obligatoires sont centrées sur les risques

☐ LES INFORMATIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

- modalités de la prise en charge voire les différentes alternatives

✓ ANESTHÉSIE: anesthésie générale et locorégionale

✓ DOULEUR : les types de la douleur , les modalités d'évaluation de l'intensité douloureuse , le traitement de la douleur

☐ LES INSTRUCTIONS PRÉOPÉRATOIRES

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

المستشفى الجامعي بن فليس التهامي باتنة

قسم الإنعاش والتخدير

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

TOUHAM-BENFLIS BATNA

LE SERVICE D'ANESTHESIE -REANIMATION.

إرشادات للمرضى حول التخدير

L'INFORMATION DES PATIENTS SUR L'ANESTHESIE



من إعداد الدكتورة قرزة -وردة
أستاذة مساعدة في الإنعاش والتخدير

Rédigé par : Dr. GUERZA. Ouarda
Maître assistante en anesthésie réanimation

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE TOUHAM-BENFLIS BATNA
LE SERVICE D'ANESTHESIE REANIMATION

L'INFORMATION DU PATIENT SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR AIGUE POSTOPERATOIRE



Rédigé par : Dr. GUERZA O
Maître assistant en anesthésie réanimation

❑ Etant donné que les auteurs recommandent les actions suivantes : « **transmettre une brochure en pré-admission et des instructions en post-admission**, cela augmente les compétences des patients durant la période postopératoire. Fournir une vidéo informative avec une brochure explicative en pré-admission est plus efficace que la brochure uniquement

❑ **Par contre une étude australienne** définit le moment opportun pour fournir l'éducation thérapeutique. « **l'éducation devrait se dérouler avant même l'admission du patient** »

❑ Etant donné **qu'informer sans faire peur** c'est communiquer des données d'une part sans induire de peur, et d'autre part en essayant de diminuer l'anxiété préexistantes. donc Il faut **éviter les mots à charge émotionnelle négative, les négations et les minimisations** .

❑ étude Turque **Sayin en 2012**:a démontré que **des informations** sur les antalgiques jouent un rôle significatif dans le **soulagement de la douleur**, particulièrement dans les six premières heures postopératoires

L'incidence de la douleur

□ **NOTRE ETUDE: réduction le score de la douleur**

□ **Une étude canadienne** : a démontré qu'un protocole d'analgésie

stricte permettait de réduire de façon importante l'incidence de DPO

sévères : 25 et 75 % des cas.

L'incidence des effets secondaires

- ❑ 1.9% (audit initial) , **23,5%**(**Audit de réévaluation :16,2 % NVPO , 7,4 % démangeaisons**
- ❑ Etant donné que La création d'un SAPO n'est pas sans amener des inquiétudes, quant à la sécurité des patients. **Les techniques modernes d'analgésie sont susceptibles d'entraîner de nombreux effets indésirables**, dont le plus redouté est sans doute la dépression respiratoire.
- ❑ Dans **une étude néo-zélandais**, aucune mortalité ou morbidité majeure associées à l'usage des techniques analgésiques modernes n'est observée

Satisfaction des patients sur la façon de la PEC de la DPO

- ❑ Était jugée **bonne** dans **26%** (l'audit initial), et **59,6%** (audit de réévaluation)
- ❑ **SFAR** : la satisfaction est un critère insuffisamment spécifique. L'évaluation doit associer l'intensité douloureuse et les effets indésirables
- ❑ **Chen, chen et lin** a démontré au travers d'une étude quasi-expérimentale, que le groupe-test ayant **reçu une éducation thérapeutique préopératoire était plus satisfait .**

CONCLUSION

❑ Développer la démarche qualité douleurs permet une meilleure maîtrise

de la DPO .

❑ Une analyse répétée dans le temps est nécessaire car le processus

d'amélioration de la qualité est un processus continu et lent.