

Évaluation de la douleur post césarienne rôle du SAPO et des IADE

Journée extérieure de l'ILAR
METZ: 14 juin 2014
Dr Fr. Aubert et L.Fritz

1

Historique local

avant 2008 2 équipes, chacune ayant une culture de lutte contre la douleur

2008-2010 2 équipes fusionnées, nous apprenons à nous connaître

2011-2014 1 équipe, 1 déménagement(2013)

2

Buts, contraintes... identiques!!

- la PEC est conforme aux recommandations professionnelles (anesthésiste-réa, gynéco-obstétricien et sage-femme)
- la parturiente non douloureuse peut s'occuper de son enfant (ou de ses enfants!)
- et peut allaiter.

3

Recommandations....

- 1997 conf.de consensus 1997
- 2006 H. Keïta-Meyer mise à jour....
- 2008 actualisation....avec les notions d'hyperalgésie et de douleurs post opératoires chroniques mais prennent pas en compte l'obstétrique ..
- 2011 Pf D . Chassard mise à jour
- 2012 Pf D . Benhamou mise à jour
- 2014 Dr E . Morau mise à jour

4

En résumé....

Levé de « non indication »

AINS en post partum de JO –J2,
Ibuprofène autorisé même si allaitement,
Néfopan possible

Rôle

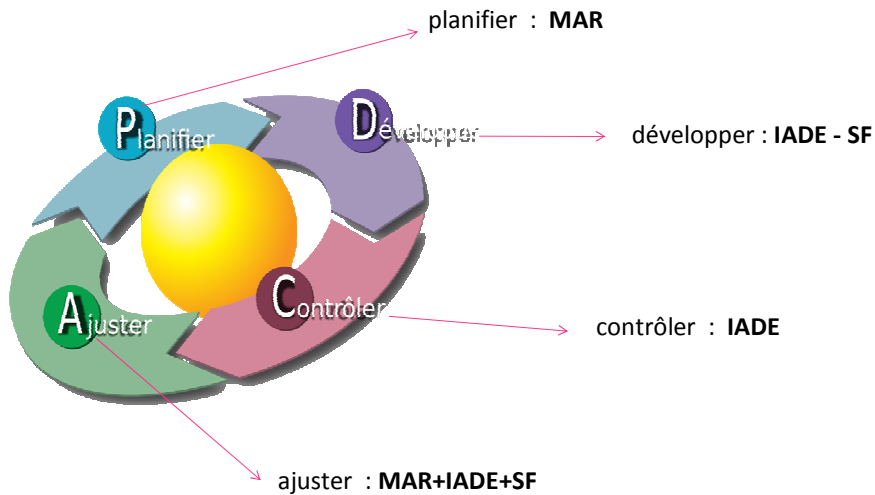
de la morphine en péridurale et intrathécale (hyperalgésie)
des AL en infiltration: kT sous aponévrotique, taps block

5

Méthodes et Outils

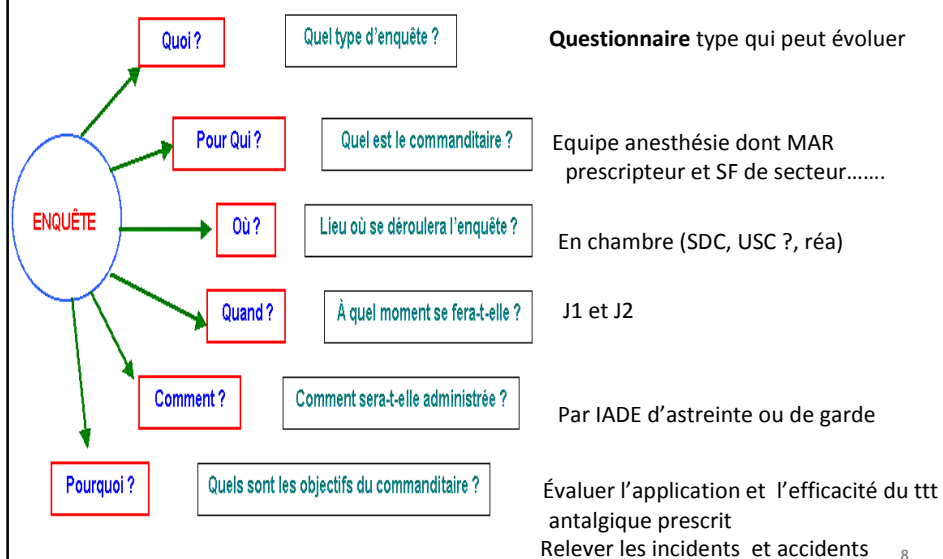
6

PDCA:



7

QQOQCP



8

Organisation actuelle du SAPO
et
PEC par l'IADE du SAPO
de
toutes les femmes laparotomisées
et césariées
dans le secteur gynéco-obstétrique.

9

	Organisation actuelle du SAPO
Qui ? *	IADE d'astreinte ou de garde le samedi le dimanche et les jours fériés.
Que ?	la qualité de l'analgésie post opératoire à J1 et J2 « en partenariat » avec la SF ou <u>de l'IDE</u> de secteur .
Où ?*	Dans la chambre de la jeune accouchée ou <u>de la femme laparotomisées*</u>
Quand ?*	Dans la journée, en dehors des soins, si possible le matin,
Comment ?	Par interrogatoire dirigé permettant de remplir un questionnaire type
Pourquoi ?*	Améliorer la PEC de la douleur pour la patiente <u>individuellement</u> (alerte) et <u>globalement</u> :- réunions régulières de l'équipe , évolution de la prise en charge thérapeutique (dont KT sous aponévrotique » et du « questionnaire »)

10

CLUD(S)

	« l'IADE du SAPO » et la PEC parturiente
Qui ?	Les jeunes accouchées ayant « bénéficiées d'une césarienne quel que soit le mode d'anesthésie et l'indication de la césarienne. <u>Et les femmes laparotomisées*</u>
Que ?	la qualité de l'analgésie post opératoire à J1 et J2
Où ?	Sur des feuilles de recueil questionnaire « évolutif » PEC parturiente
Quand ?	à J1 et J2
Comment ?	Au cours d'un entretien individuel entre l'IADE et la patiente
Pourquoi ?	Améliorer la PEC de la douleur post opératoire Partager des infos avec SF de secteur Appeler IHN ou MAR de garde si PB (douleur ou autres), Réponse à de multiples questions...sur l'anesthésie et

- Organisation actuelle du SAPO

- Indicateur de fonctionnement:

% de femmes césarisées vues deux fois à J1 et J2

les césariennes sont également réparties sur toute la semaine...

. Organisation SAPO : Patientes césarisées vues 2 fois (J1 et J2)

	Nb Accouchem. < 22SA	Nb césariennes	Nb césariennes vues 2 fois	% césariennes vues 2 fois
2011 6 mois	1286	155	63	40,64%
2012	2214	271	153	56,45%
2013	2645	382	280	73,29%
2014 5 mois	1148	173	116	68%

13

•Organisation actuelle du SAPO

- Pourquoi le SAPO , qu'évalue-t-on?

Les supports évoluent

→ Le questionnaire support des IADE

→ La feuille de prescription post opératoire pour césarienne

Rôle des réunions régulières de l'équipe : " **A**"

14

Feuille de recueil des données

(IADE-SAPO)

ETIQUETTE

DATE : _____ HEURE : _____

CHAMBRE : _____ CHIR : _____

TYPE D'INTERVENTION :

Rachi ☐ Péri ☐ Acufuseur ☐
 AG ☐ CA ☐ Infiltration ☐
 Péritonisation ☐

Si MORPHINE post-op. : IV ☐ Péridurale ☐ Heure : _____

1) - J1 DATE ET HEURE : _____ IADE : _____

Astreinte ☐
 Garde ☐
 Autre ☐
 Non vue : ☐ Motif : _____
 EN : au repos : _____ au lever : _____

La Douleur est elle acceptable selon vous au lever ?
 Oui ☐ non ☐

CAT : _____

Si PCA ou PCEA :
 nombre de demandes faites par le patient : _____
 nombre de demandes validées par la pompe : _____

2) - J2 DATE ET HEURE : _____ IADE : _____

Astreinte ☐
 Garde ☐
 Autre ☐
 Non vue : ☐ Motif : _____
 EN : au repos : _____ au lever : _____
 La Douleur est elle acceptable selon vous au lever ?
 Oui ☐ non ☐

CAT : _____

Si PCA ou PCEA :
 nombre de demandes faites par le patient : _____
 nombre de demandes validées par la pompe : _____

3) CONCLUSIONS

Satisfaction globale de la patiente :
 oui ☐ non ☐

Accord patient pour évaluation à distance
 Oui ☐ Téléphone : _____
 non ☐

SI ACCUFUSEUR EN PLACE

- Quantité mise dans le biberon : _____
- Horaire de la pose :
 > 5 ml/h ☐ 10 ml/h ☐
 > Retiré < 12h ☐
 entre 12h et 24h ☐
 entre 24h et 36h ☐
 > Patiente gênée par le dispositif :
 oui ☐ non ☐

Version 5 : janvier 2014

15

Feuille de prescription : MAR

- Programme postopératoire pour césarienne

version3

Prescription par : _____						
Etiquette	Date : _____	JO	J1	J2	J3	J4
Garder 24h à compter de l'heure de naissance	Bionolyte 1000ml/24h <input type="checkbox"/>					
En cours, début de perf en salle de césar Pas de Synto si PABAL en salle de césarienne	SGlu5%500ml +10ui synto/6h <input type="checkbox"/>					
Paracétamol pendant toute l'hospitalisation	Paracétamol IV 1g/6h pdt 24 heures <input type="checkbox"/>					
	Paracétamol P.O 1g/6h dès ablation de la perfusion <input type="checkbox"/>					
AINS autorisé pendant l'allaitement	Kétoprofène IV 50mg/6h pdt 24 heures <input type="checkbox"/>					
	Ibuprofène 400 mg/8h <input type="checkbox"/>					
	1 gel x 3 à l'arrêt du Kétoprofène					
Si nécessaire pdt prise d'AINS	Inexium 40 mg 1fois/24h <input type="checkbox"/>					
Si AG, ou ALR sans morphine ; sur support institutionnel	Morphine PCA <input type="checkbox"/>					
Kt sous aponévrotique mise en charge en SSPI	Painfusor pdt: h <input type="checkbox"/>					
	Naro 0,2% <input type="checkbox"/> Chiro 0,125% <input type="checkbox"/>					
	5ml/h <input type="checkbox"/>					
Si risque modéré cf feuille jaune plastifiée ; noter date et heure de première injection	Fragmine 5000 sc/j <input type="checkbox"/>					
	Première injection à h <input type="checkbox"/>					
	Pdt j <input type="checkbox"/>					
	B.A.T : 4sem <input type="checkbox"/> 6sem <input type="checkbox"/>					
Autres prescriptions :	-Lever 6 h après le retour en service <input type="checkbox"/>					
	-Oter sonde urinaire 6h après le retour en service <input type="checkbox"/>					16

- Les indicateurs « d'activité » et de satisfaction évoluent :

Différents indicateurs ont vécu !!!! :

EVA > 3 *Indicateur mal calibré pour l'IADE du SAPO car*

- 0 à 3 appels par mois tracés sur dossier ou feuille de recueil ?
- mais passages journaliers des MAR et ou des IHN (EPP suivante) dans les secteurs de suite de couche.....
- appel MAR par IADE parfois non tracé sur feuille de recueil du SAPO.

D'autres sont impossibles à apprécier....

Barrière linguistique :

- De plus en plus fréquente
- Impossibilité à J1-J2 d'évaluer gêne et satisfaction....(d'où résultats faussés en particulier depuis un an)!
- Intérêt d'utiliser des outils pour les patients non communicants ?

17

Indicateur 2013-2014:

gêne liée à l'accufuseur

18

Accufuseur: mise en place et efficacité

	2011	2012	2013	2014
	6 mois			5 mois
Nb césar+laparo	193	350	427	182
Nb césar.+Laparo vues 2 fois	77	211	317	124
Satisfaction	96,10%	97,63%	100%	91,93
Nb acufuser	32	126	303	133
% acufuseur	16,58%	36%	70,96%	73,07%

- progressive nb et % d'accufuseur posé (d'imposé → demandé....)
- Le % de satisfaction étant élevé ce critère a été complété par un critère:
 - gêne liée au dispositif(accufuseur) ?
 - et pourquoi ?

19

Accufuseur: gêne liée à celui ci

	MAI 2013	JUIN	JUIL;	AOÛT	SEPT.	OCT.	NOV.	DEC.	JAN. 2014	FEV	MARS	AVRIL	MAI
C+L	37	28	36	46	34	55	47	49	43	15	45	39	40
ACUF	21	25	27	32	26	46	37	37	31	12	30	29	31
VUE 2X	24	18	25	28	24	40	30	42	34	10	26	24	30
Gêné	10	6	0	3	3	12	3	8	9	5	6	7	4
% gêné	77%	37%	0%	15%	16%	32%	13%	25%	26%	50%	23%	29%	13%

L'analyse des causes d'insatisfaction retrouve :

- Non prise d'AINS (prescrits ou non)
- Fuite autour de l'orifice de sortie : motif d'ablation du kt avant les 36 heures prescrites
- Chute du kt / par défaut de fixation, défaut du pst ou geste maladroit et absence de pochette de transport.
- Changement de matériel..., de volume et de débit d'administration

L'analésie persiste environ 6 heures après la chute ou l'ablation du KT.

20

Accufuseur: gêne liée à celui ci

05/13	77%	
06/13	37%	** réunion SAPO: explications
07/13	0%	
08/13	15%	
09/13	16%	
10/13	32%	** réunion SAPO: changement matériel
11/13	13%	
12/13	25%	**réunion SAPO: relevé sur feuille de recueil
01/14	26%	
02/14	50%	
03/14	23%	** réunion SAPO: 200ml// 5ml/h naro 0,2%
04/14	29%	
05/14	13%	

21

Accufuseur: gêne liée à celui ci

- L'accufuseur fait saigné?

22

conclusion

- Intérêt du SAPO:
 - Lien dans l'équipe « tous concernés » (MAR,CADRE,IADE.)
Support adapté (feuille de prescription –remplaçants)
 - Lien avec les équipes
IBODE et Opérateurs
Sages – Femmes de salle et de suite de couche
 - Lien avec les femmes
évaluation de la douleur par IADE en toute « neutralité »
échanges à distance sur l'intervention, l'analgésie.. et ouverture
 - Partage au sein du CLUD(S)