

# CERTIFICATION CIRCUIT DU PATIENT DOULEUR ET ROLE DU CLUD

---

15<sup>IÈME</sup> COLLOQUE DE L'ABCPH

TROYES 1-2 OCTOBRE 2015

DR. A.MORILLON CH MONTEREAU

# ACCREDITATION ET CERTIFICATION

---

La HAS a pour mission d'évaluer et d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients dans les établissements de santé et en médecine de ville.

Elle y contribue d'une part en **certifiant les établissements de santé**, et d'autre part en **accréditant les praticiens** de certaines disciplines médicales

# CERTIFICATION des établissements de santé

---

La certification est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés effectuée par des professionnels mandatés par la HAS.

Cette procédure, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, porte sur :

- > le niveau des prestations et soins délivrés aux patients,
- > la dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mise en œuvre par les établissements

# CERTIFICATION : L'HISTORIQUE

---

Une procédure en constante évolution

La première procédure d'accréditation date de juin 1999.

La deuxième procédure de certification (V2-V2007) a débuté en 2005 et a pris fin au dernier semestre 2010.

La V2010 : 3<sup>e</sup> version de la procédure de certification

Aujourd'hui arrive La 4<sup>ième</sup> version V2014

# V2014 : Progresser dans la continuité

---

## 5 Idées Fortes :

- Rendre indissociables certification et démarche qualité
- Privilégier une démarche d'amélioration **continue**
- Centrer la démarche sur les **réalités** du quotidien
- Placer la prise en charge du **patient** au cœur de l'évaluation
- Valoriser le travail des équipes.

# V2014 : 5 axes d'évolution

---

- Stabilisation du manuel de certification : pour en faciliter l'appropriation et porter l'effort sur d'autres sujets
- Personnalisation de la procédure : en fonction des enjeux et des risques propres à chaque établissement de santé
- Mise en place d'un compte qualité : pour rendre continue la certification et éviter l'effet « soufflet »
- Evolution de la visite pour une évaluation de la réalité des prises en charge et des organisations
- Le patient au cœur de la démarche : évaluation en visite de la prise en charge du « patient traceur » tout au long de son parcours

# Les 20 thèmes de la V2014

---

- 1 Management stratégique, gouvernance
- 2 Qualité de vie au travail
- 3 Management de la qualité et des risques
- 4 Gestion du risque infectieux
- 5 Droits des patients
- 6 Parcours du patient
- 7 Prise en charge de la douleur
- 8 Prise en charge et droits des patients en fin de vie
- 9 Dossier patient
- 10 Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge

# Les 20 thèmes de la V2014

---

11 Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

12 Biologie médicale et Imagerie

13 Prise en charge des urgences et des soins non programmés

14 Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire

15 Management de la prise en charge du patient dans les secteurs à risque

16 Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique

17 Gestion des Ressources Humaines

18 Gestion des Ressources financières

19 Gestion du Système d'information

20 Processus logistiques



# V2014

---

## Démarche de la qualité et de la sécurité du patient

- Le temps de la préparation : le compte Qualité
- Le temps de la visite : les nouvelles méthodes de visite
- Le système décisionnel et le rapport de certification

# Le compte qualité

---

- outil de valorisation et de suivi du PAQSS (programme d'amélioration de La qualité et de la sécurité des soins)
- se substitue à l'autoévaluation HAS
- répond à l'obligation d'évaluation réglementaire

# Le compte qualité

## Le Compte Qualité : méthode d'analyse des thématiques

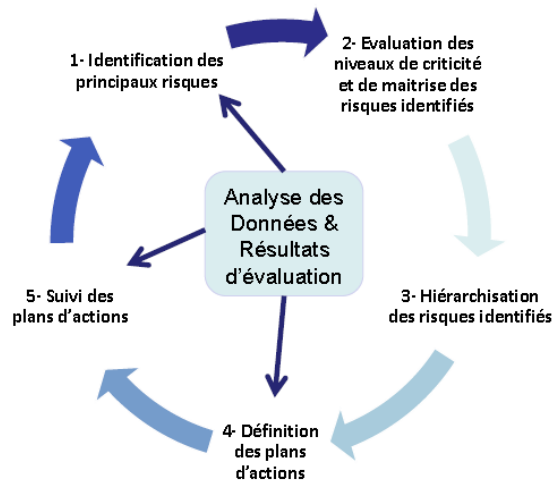
- L'analyse se réalise selon 5 étapes et est fondée sur les résultats des indicateurs et des évaluations

- L'analyse et sa traduction en plan d'action peut être adaptée à l'organisation de l'établissement :

- Par secteur d'activité, par pôle, par service...

mais aussi :

- En découpant la thématique en différents axes.



# Le compte qualité

---

## Méthode d'évaluation

- basée sur l'identification et une analyse de ses risques par thématique par l'établissement de santé
- en fonction de méthodes d'identification des risques qui lui sont propres
- en fonction des principaux résultats d'évaluation dont il dispose : indicateurs, EPP, bilan EI...
- Une nouvelle méthode d'évaluation : le patient traceur

# Le compte qualité

---

Résultats de l'évaluation :

- une hiérarchisation des risques (grâce à une matrice de criticité)
- une déclinaison en plans d'action

# Compte Qualité via SARA

**Compte Qualité**  
Outil de la continuité,  
tous les 24 mois

Etablissement de santé



Outil utilisable en continu

Saisie de résultats

Analyse par thématique



Application dédiée au compte qualité

« Copie » du CO transmise à la HAS



Réception de la « copie » du compte qualité envoyé



Echange avec l'établissement autour du compte qualité

# Le patient traceur

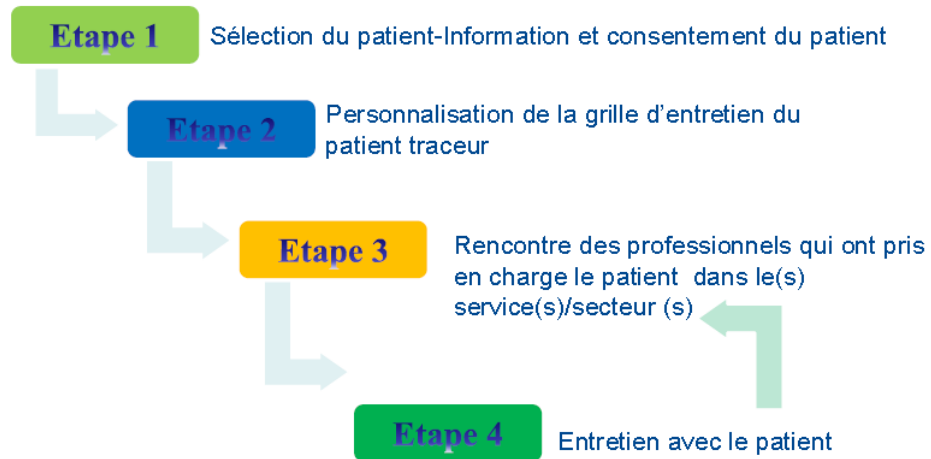
---

## La méthode du patient-traceur

- une méthode d'amélioration de la qualité des soins en équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire.
- permet d'analyser de manière rétrospective la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient tout au long de son parcours dans l'établissement
- ainsi que les interfaces et la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire
- afin d'identifier et de mettre en œuvre des actions d'amélioration.
- Elle prend en compte l'expérience du patient et de ses proches.

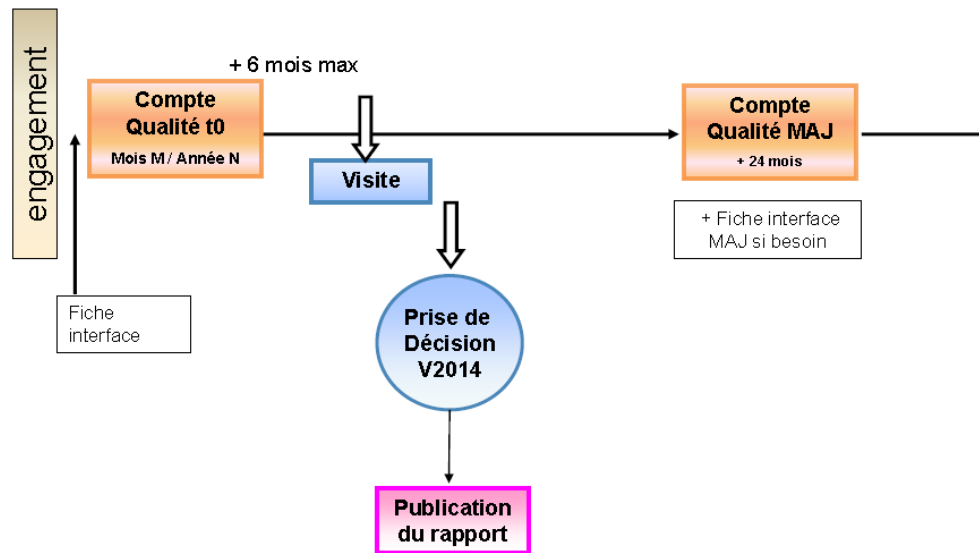
# Investigation par patient traceur

Les 4 étapes





## Le cycle de certification V2014



## Les futurs niveaux de certification

- **3 types de certification avec 5 niveaux :**
  - Certification +/- recommandations
    - Si pas de décision (A) ou si recommandation (B)
  - Sursis à la certification
    - Si réserve (sujet sécurité et droits des patients, C) ou réserve majeure (D)
  - Non certification (E)



# La V2014 au CH Montereau

---

Le calendrier :

- Rédaction du compte qualité septembre-décembre 2015
- Envoi du compte qualité mars 2016
- Visite de certification septembre 2016

# La V2014 au CH Montereau

---

Les parcours patients identifiés :

- Circuit patient aux urgences
- Circuit patient en gériatrie
- Circuit patient en médecines (onco, cardio, USC)

Cartographie des risques pour les secteurs suivants : bloc opératoire, salle de naissance, salle d'endoscopie, urgences.

L'ensemble de ces circuits patients et cartographie permet d'explorer les 3 secteurs d'hospitalisation : gériatrie, médecine et chirurgie par le biais de la cartographie des risques.

# La V2014 au CH Montereau

---

La lettre de mission du pilote/co-pilote d'une thématique :

- connaître les recommandations de la V2010 à prendre en compte dans la V2014
- analyser la thématique confiée : diagnostiquer et prioriser les risques principaux puis mettre en place un plan d'actions : constituer un groupe pluridisciplinaire ressource et rechercher un consensus
- finaliser le remplissage du compte qualité
- faire le lien avec les EPP en cours autres que les patients-traceurs
- réajuster le plan d'actions dans un souci de faisabilité : échéancier sur 3 ans possible.

# LE CLUD

## Comité de lutte contre la douleur

---

- **instance pilote**, considérée comme élément moteur pour susciter et animer une **véritable «culture de lutte contre la douleur»**
- sous-commission de la Commission Médicale d'Etablissement depuis la réforme de la gouvernance hospitalière
- force d'analyse, de propositions, de validation, de coordination et de communication.

# Mission du clud

---

- Aider à la définition d'une politique de soins cohérente en matière de prise en charge de la douleur
- Promouvoir et mettre en œuvre des actions dans ce domaine.

Il n'a pas pour mission de prendre en charge directement la douleur, laquelle relève des structures de soins et structures spécialisées de traitement de la douleur.

# Compétences du Clud (1)

---

- Contribuer à la détermination des objectifs et l'élaboration du programme d'actions de l'établissement en matière de prise en charge de la douleur.

Ces objectifs et programme d'action sont intégrés à la démarche générale d'amélioration de la qualité de l'établissement, au projet d'établissement, projet médical et projet de soins



# Compétences du Clud (2)

---

**Participer** à la coordination de l'action des professionnels de l'établissement dans différents domaines :

- **rédaction** des protocoles diagnostiques et thérapeutiques visant à lutter contre la douleur (douleur aiguë, chronique ou procédurale),
- diffusion et mise en oeuvre des recommandations de bonne pratique,
- **avis** consultatif au sein de la Commission sur les Médicaments et Dispositifs Médicaux Stériles pour les médicaments et les projets d'acquisition de dispositifs médicaux et matériels nécessaires au traitement de la douleur

# Compétences du Clud (3)

---

Participer à l'élaboration de programme d'**information** et de **formation** continue de l'ensemble des personnels de l'établissement

Mettre en place ou participer aux **audits, évaluations des pratiques professionnelles, enquêtes de satisfaction des patients**

Collaborer avec d'autres CLUD afin de mutualiser les compétences et favoriser les échanges d'informations et d'expérience

# Composition du Clud

---

Un CLUD doit être pluriprofessionnel et pluridisciplinaire.

Sa composition est représentative de l'ensemble des personnels soignants de l'établissement

Il est recommandé que la co-présidence soit assurée par un personnel médical et un personnel paramédical , nommés par la direction générale, le président de la Commission Médicale d'Etablissement et la direction des soins

La participation de ses membres est basée sur le volontariat et la motivation

# Composition du Clud

---

Les référents douleurs : IDE, AS, Kiné

Des référents sont formés au sein de chaque service. Le référent douleur est un personnel spécifiquement chargé de l'amélioration de la prise en charge de la douleur.

Le référent fait partie de l'équipe de soins et exerce son rôle au sein de l'équipe de soins dont il dépend.

Il est nommé sur la base du volontariat

# Douleur et exigences des procédures de certification

---

**La douleur est une pratique exigible prioritaire (pep) et fait l'objet d'indicateurs nationaux : Critère 12.a Prise en charge de la douleur**

## **Prévoir :**

- formalisation de la stratégie de prise en charge de la douleur dans les différents secteurs d'un établissement en concertation avec le Clud
- protocoles analgésiques issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, aux types de patients, à la douleur induite par les soins

# Douleur et exigences des procédures de certification

---

**La douleur est une pratique exigible prioritaire (pep) et fait l'objet d'indicateurs nationaux : Critère 12.a Prise en charge de la douleur**

## **Mettre en œuvre:**

- mise en œuvre de formations/action dans les secteurs d'activité
- mise en place de l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur
- traçabilité de la douleur dans le dossier patient
- soulagement de la douleur pris en compte par les professionnels
- mise à disposition des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants

# Douleur et exigences des procédures de certification

---

**La douleur est une pratique exigible prioritaire (pep) et fait l'objet d'indicateurs nationaux : Critère 12.a Prise en charge de la douleur**

**Evaluer et améliorer :**

- les responsables de secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et l'utilisation des outils par les professionnels
- évaluation de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge
- mise en place d'actions d'amélioration
- participation à des partages d'expérience sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions

# La prise en charge de la douleur

22

Maquette commentée du compte qualité – Janvier 2014

## 1. Identification des principaux risques et des dispositifs de maîtrise en place

Id de données liées	Id du risque	Libellé du risque	Fréquence	Gravité	Criticité	Dispositif de maîtrise en place	Niveau de maîtrise	Commentaires ES
	R1							
	R2							
	Rn							

Identification de la donnée mobilisée parmi celles listées dans la rubrique 2

Dénomination générique des risques, listés dans l'ordre de priorité établi par l'établissement. Cette dénomination sera reportée dans le plan d'action correspondant.

La HAS utilise une échelle de 1 à 5 pour déterminer la fréquence et la gravité. L'établissement peut utiliser une échelle différente et utiliser la colonne « Commentaires » pour expliquer comment il établit la priorisation de ses risques.

Niveau de maîtrise évalué par l'ES

Ces explications, notes ou commentaires ne seront listés par la HAS qu'après transmission du compte qualité.



## Un exemple d'échelle de gravité

G1. Mineure	Conséquences mineures sans préjudice (ex : retard simple)
G2. Significative	Incident avec préjudice temporaire (ex : retard avec désorganisation de la prise en charge)
G3. Majeure	Incident avec impact (ex : report, prolongation anormale de l'hospitalisation, transfert non prévu en réanimation, perte de fonction transitoire)
G4. Critique	Conséquences graves (ex : ré-intervention, préjudice ayant un retentissement sur la vie quotidienne, incapacité partielle permanente)
G5. Catastrophique	Conséquences très graves (ex : invalidité permanente, séquelles graves, décès)

## Un exemple d'échelle de vraisemblance

V1. Très improbable	Ou « jamais vu »
V2. Très peu probable	Ou « vu une fois dans ma carrière »
V3. Peu probable	Ou « vu dans d'autres établissements »
V4. Possible / Probable	Ou « survient dans l'établissement »
V5. Très probable à certain	Ou « vécu dans mon secteur d'activité »

# Evaluation de la maîtrise de la thématique

Niveau	Description synthétique
Niveau 1	On sait faire face, bonne maîtrise : plans avec exercices et formations, veille, contrôle, amélioration continue
Niveau 2	On a tout prévu : plans d'action en place avec indicateurs
Niveau 3	On a organisé : organisation en place sans évaluation
Niveau 4	On est en alerte : quelques actions mais insuffisantes - veille mais sans actions
Niveau 5	On découvre le risque : aucune action en place - études en cours - actions inefficaces ...

## 2. Résultats d'évaluation et indicateurs

Ajouter autant de lignes que de données ou résultats disponibles

### 2.1. Critère(s) du manuel de certification rattachés à la thématique

Date de la dernière décision de certification : JJ/MM/AAAA

Libellé du critère du manuel v2010	Niveau de décision (pas de décision, recommandation, réserve ou réserve majeure)	Id de la donnée
8g (Maîtrise du risque infectieux)		D1
8h (Bon usage des antibiotiques)		D2
7d (Hygiène des locaux)		D3

### 2.2. Indicateurs de qualité et de sécurité des soins nationaux en lien avec la thématique

Indicateur TBIN

Préciser de quel type d'indicateur il s'agit : TBIN, IPAQ SS transversaux ou IPAQSS de spécialité

Date	Libellé de l'indicateur	Prise en charge	Classe	Valeur	Fourchette	Id de la donnée

### 2.3. Autres indicateurs nationaux et régionaux en lien avec la thématique

Date	Opérateur en charge	Libellé de l'indicateur	Prise en charge	Classe	Valeur	Commentaires ES	Id de la donnée

### 2.4. Autres résultats d'évaluation en lien avec la thématique

Date	Libellé de l'évaluation	Prise en charge	Résultat	Commentaires ES	Id de la donnée

## 3. Analyse des résultats

--

# La prise en charge de la douleur

24

Maquette commentée du compte qualité – Janvier 2014

## 4. Plans d'action<sup>3</sup>

Id du risque	Objectif(s)	Action(s) d'amélioration	Pilote	Début prévu	Echéance prévue	Modalités / Indicateurs de suivi	État d'avancement
R1							
R2							
Rn							

<sup>3</sup> Cf partie 4



---

MERCI DE VOTRE ATTENTION