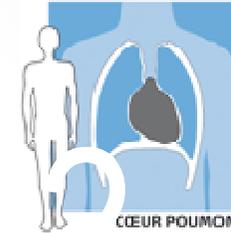
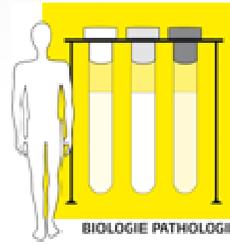




C.M.E. – C.S.I.R.M.T.

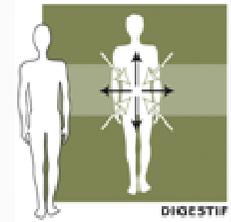


Comité de Validation de l'EPP

Date : 09/10/2014

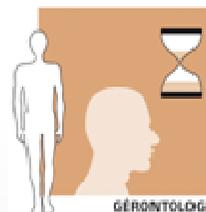
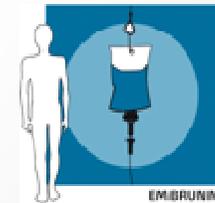
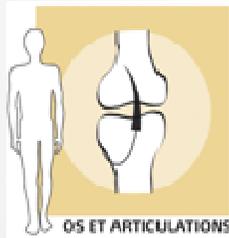
TITRE DU PROGRAMME d'EPP :

Prise en compte de la Douleur en Médecine



Pilote :

Mme Isabelle VAILLANT – Coordinatrice CLUD



1/ Rappel du projet :

- **Motivation**

- EPP transversale déjà réalisée sur le thème de la prise en compte de la douleur post opératoire et réanimation qui s'est montrée globalement très positive.
- Volonté du CLUD de généraliser cette démarche à l'ensemble des unités de médecine du CHRU

- **Référentiel**

- CSP, Articles: R.4311-2; R.4311-5; R.4311-8; Article L.111-5 (loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Circulaire DHS/DG/DAS n° 99-84 du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institution médico-sociales
- Référentiel de Prise en Charge de la Douleur, CHRU Montpellier, Document N°ORGA 3.3/001/0 du 13/01/2006 – Révisé en 2014
- Démarche d'évaluation et de traçabilité de la douleur, CHRU de Montpellier, Document N°PROT 3.3.5/005/0 du 23/04/2012 – Révisé en 2014

- **Objectifs**

- Enjeux pour les patients: Améliorer la qualité du service médical et para médical rendu
- Enjeux pour les profs.: Améliorer la PEC globale de la douleur, de la prévention au TTT
- Enjeux pour l'institution: Répondre aux exigences de la HAS

- **Champ** : Unités de Médecine HTC et Semaine

1/ Rappel du projet :

- Méthodes et modalités :
 - **Enquête de pratiques : questionnaire** distribué à l'ensemble des IDE, Puer., SF, AS, AP de jour et de nuit de l'ensemble des 37 Unités médicales HTC et Semaine
 - portant sur les connaissances et les pratiques
 - 734 questionnaires recueillis
 - traitement des résultats sur SPHINX
 - **Audit clinique sur dossiers** : 20 dossiers par Unité, en priorisant les derniers sortis
 - grille de critères portant sur l'évaluation de la douleur (intégrant les critères IPAQSS), la prescription et l'administration du TTT
 - réalisation par enquêtrices CLUD/DQGR dans chaque Unité, en présence du CDS, des référents douleur, du correspondant EPP et de membres de l'équipe
 - traitement des résultats sur Excel
 - **Réévaluation par audit clinique sur dossiers** : 5 dossiers par Unité, critères restreints à l'évaluation/réévaluation de la douleur

1/ Rappel du projet :

- Calendrier

Etapes	Dates
Engagement de la démarche	Février 2013
Evaluation initiale	Enquête de pratiques de mars à avril 2013 (An.1)
Mise en œuvre et suivi du plan d'actions	Retour enquête de pratiques par unité de août à octobre 2013. Définition des plans d'actions. Mise en œuvre des plans d'action à partir d'octobre
1 ^e Réévaluation	Janvier à mars 2014 (An.2)
Réajustement plan d'actions	Avril à juin 2014
2 ^e Réévaluation	Fin septembre 2014

2/Evaluation initiale : Enquête de pratiques (An.3)

- Principaux résultats chiffrés
 - Taux de réponse à 71%
 - 10% de professionnels formés depuis 2012 – 20% sur 10 ans
 - 93,6% des professionnels déclarent évaluer la douleur, en majorité lors des soins (76%), à l'entrée (69%), à la mobilisation (60%), et après l'administration d'antalgiques (58%).
 - 80% déclarent utiliser une échelle d'évaluation, et 72% tracent cette évaluation.
 - Parmi ces derniers, 30% utilisent uniquement les transmissions ciblées du dossier DX Care
 - Par ailleurs, 32% déclarent tracer "dès que je peux" et 25% "à la fin de mon service":
 - 79% des professionnels utilisent la même échelle pour réévaluer la douleur
 - Les moyens non médicamenteux sont utilisés par 75% des professionnels : Ecoute et relation d'aide (84%), Positions (79%), Glace et massage à 67%.
 - Le référentiel douleur du CHRU n'est connu qu'à 24.5%. Lorsqu'il est connu, il n'est localisé qu'à 80%.
 - Le protocole "Evaluation et traçabilité de la douleur » n'est connu qu'à 18%, et lorsqu'il est connu, il n'est localisé qu'à 60%.
 - Globalement, 65% des professionnels sont satisfaits de la prise en charge de la douleur dans leur unité (92% pour les SF ; 59% pour les AS / AP).

2/Evaluation initiale : Enquête de pratiques

- Problèmes identifiés

- le faible taux de professionnels formés à la douleur,
- l'utilisation des échelles d'évaluation par les AS/AP,
- les pertes d'information liée à un défaut de traçabilité informatique ou à une traçabilité limitée aux seules transmissions du dossier de soins informatisé,
- le manque de protocoles de prescription d'antalgique dans les unités de soins,
- la méconnaissance du référentiel douleur CHRU et du protocole d'évaluation et de traçabilité de la douleur,
- la non identification des référents douleur des unités,
- les motifs d'insatisfaction des professionnels sur la prise en charge de la douleur dans leur unité.

- Plan d'actions mis en place

Actions (quoi, comment ?)	Modalités (qui, quand ?)	Suivi (comment ?)
Augmenter le nombre de formations « Module de Base douleur »	Formation MDB en E-Learning 2013-2014 En 2014: 6 formations versus 3 en 2013	220 inscrits Emargement
Restructuration du groupe douleur	1 référent médical et 1 référent para médical par pôle Clinique 1 à 2 référents para médicaux par département	Participation des référents aux SP CLUD + réunion de référents douleur Réactualisation annuelle des référents des unités
Révision du référentiel douleur	Groupe de travail pluri professionnel et pluri disciplinaire	Diffusion à l'ensemble de l'encadrement
Diffusion du protocole de la démarche d'évaluation et de traçabilité de la douleur	Protocole incéré sur le portail SharePoint	Diffusion à l'ensemble de l'encadrement

2/Evaluation initiale : 1^{er} Audit clinique

- Principaux résultats chiffrés (44 UH)

- **78%** d'évaluation à l'entrée – 26 unités entre 80 et 100% - 7 unités inférieures à 60%
- **84,8%** d'évaluation quotidienne – 30 unités entre 80 et 100% - 5 unités \leq 60%
- **78,8%** de réévaluation plusieurs fois par jour si douloureux – 17 unités à 100% - 8 unités < 60%
- **65,1%** d'évaluation après administration d'ATG – 14 unités entre 80 et 100% – 12 unités 40 > 60%
2 unités < 40% - 2 unités à 0%
- **64,8%** d'évaluation le jour de la sortie – 18 unités entre 80 et 100% – 1 unité < 60% - 9 unités \leq 40%
3 unités à 0%
- **83,3%** d'utilisation d'échelle d'évaluation – 28 unités entre 80 et 100% – 5 unités < 60% dont 2 unités < 10%
- **70%** de conformité IPAQSS dont 17 unités \geq 80% - 9 unités entre 60 et 80% et 13 unités < 60%

- Problèmes identifiés

- **Évaluation non systématique : à l'entrée, quotidienne et plusieurs fois par jour si douloureux**
- **1/3 des patients ne sont pas évalués après administration d'antalgique**
- **1 patient sur 5 est évalué sans échelle d'évaluation de la douleur**
- **Le niveau d'exigence fixé par la HAS de 80% de traçabilité n'est pas atteint**

2/Evaluation initiale :

1^{er} Audit clinique

- Plan d'actions mis en place

Actions (quoi, comment ?)	Modalités (qui, quand ?)	Suivi (comment ?)
Retour des résultats par unité: définition du plan d'action	Coordonnateur CLUD/ CDS de proximité +/- référent douleur	Indicateurs DIM
Formation et formation action à la démarche d'évaluation + outils	Coordonnateur CLUD à la demande du CDS	Indicateurs DIM + suivi personnalisé
Accompagnement d'équipe : Analyse de pratiques	Coordonnateur CLUD/ CDS de proximité	Indicateurs DIM
Mise en place d'indicateurs douleur adressé aux référents douleur par messagerie	CLUD/DQGR – mensuel	Taux de participation
Suivi des indicateurs fournis par le DIM	Coordonnateur CLUD à chaque publication d'indicateurs	Envoi des résultats analysés par unité

2/Evaluation initiale : 2e Audit clinique

- Principaux résultats chiffrés (44 UH)

	1 ^{er} audit	2 ^{ème} audit
Évaluation à l'entrée	78%	91%
Réévaluation quotidienne	84,8%	88%
Plusieurs fois par jour si douloureux	78,8%	91%
Après administration d'un antalgique	65,1%	79%
Le jour de la sortie	64,8%	83%
IPAQSS	70%	87%

2/Evaluation initiale : 2e Audit clinique

- Problèmes identifiés
 - La non systématisation de :
 - La réévaluation après administration d'un antalgique
 - L'évaluation le jour de la sortie
 - Une minorité d'Unités pour lesquelles la conformité des pratiques demeure très inférieure aux exigences HAS
 - Le questionnement sur la pertinence du choix de l'échelle d'évaluation en fonction de l'âge et des capacités cognitives du patient
 - L'absence d'indicateur sur l'évaluation de la douleur induite par les soins

2/Evaluation initiale : 2e Audit clinique

- Plan d'actions mis en place

Actions (quoi, comment ?)	Modalités (qui, quand ?)	Suivi (comment ?)
Poursuivre le suivi d'indicateurs DIM et CLUD/DQGR	Coordonnateur CLUD	TDB mensuel
Retour des résultats du 2 ^e audit clinique par Unité et réajustement du plan d'actions	Coordonnateur CLUD	TDB mensuel et suivi personnalisé
Poursuivre les analyses de pratiques à la demande des CDS	Coordonnateur CLUD	Suivi personnalisé
Mettre en place une démarche d'EPP sur la douleur induite par les soins	Coordonnateur CLUD Chargé de projets EPP DQGR 2015	Cartographie des soins douloureux Audit clinique

3/ Conclusions

- Améliorations obtenues / Atteinte des objectifs
 - L'objectif HAS de 80% est atteint pour les critères IPAQSS
 - Nette amélioration globale sur l'ensemble des critères audités
 - Systématisation accrue des pratiques d'évaluation/réévaluation de la douleur
- Intérêt et apports du projet
 - Harmonisation des pratiques, systématisation de l'évaluation de la douleur et de sa traçabilité
 - Modification de comportement des professionnels paramédicaux face à l'évaluation et la prise en compte de la douleur des patients.
 - Compréhension de l'intérêt de la traçabilité pour le patient et de l'enjeu pour l'institution pour la plupart des professionnels
 - Systématisation du suivi d'indicateurs comme tableau de bord permettant un suivi personnalisé des Unités
- Perspectives : poursuite / extension
 - communication sur les résultats obtenus : affiche, Webzine
 - développement d'approches qualitatives : conformité des échelles en fonction du patient, cartographie des douleurs induites par les soins (2015)

Liste des participants

- Béatrice FABREGUETTES, para médical - pôle Cliniques Médicales
- Lyes ISSAD, para médical - pôle Cliniques Médicales
- Fabienne VERNAZOBRES, para médical - pôle Cliniques Médicales
- Aude PELAT, para médical - pôle Cliniques Médicales
- Elodie MICHEL, para médical, pôle Cœur Poumons
- Catherine BOURGADE, CDS, pôle EMMBRUN
- Florence ARNAL, CDS pôle EMMBRUN
- Charlotte TEULON, para médical pôle EMMBRUN
- Sophie ALLINERY, para médical pôle EMMBRUN
- Nathalie DURRENBARGER, para médical pôle EMMBRUN
- Dr Christine RICARD, Algologie Pédiatrique – pôle Enfant
- Charlotte BEVIS, para médical - pôle Enfant
- Dr Edith BLANCHET, pôle Gériatrie
- Carine BULLIER, CDS, pôle Gériatrie
- Maria CAMISON, para médical – pôle Gériatrie
- Emilie RAMET, para médical – pôle Gériatrie
- Catherine DESORIAUX, para médical – pôle Gériatrie
- Sophie HOMBERGER, CDS – pôle Naissance et Pathologie de la Femme
- Coralie FOURNERA, CDS - pôle Neurosciences Tête Cou
- Roxane CARRE, CDS - pôle Neurosciences Tête Cou
- Sylvie PUJOL, CDS - pôle Neurosciences Tête Cou
- Virginie GUICHETEAU, para médical – pôle Neurosciences Tête Cou
- Myriam CAYUELA, para médical – pôle Neurosciences Tête Cou
- Aurélie BERTRAND, para médical – pôle Neurosciences Tête Cou
- Christine JONIN, CDS - pôle Os Articulation
- Annabelle BOURGEOIS, para médical - pôle Os Articulation
- Isabelle QUINTIN, , para médical - pôle Os Articulation
- Amandine DIA, para médical - pôle Os Articulation