

Avertissement



Caractérisation générale



Planifier

Définition de la politique



Organisation interne



Mettre en œuvre

Mobilisation des équipes



Disponibilité des ressources



Effectivité de la mise en oeuvre



Évaluer

Évaluation du fonctionnement du processus



Agir

Mise en place des actions d'amélioration



Pour en savoir plus





Les présents guides sont des outils de visite à destination des experts-visiteurs de la HAS visant à leur apporter une connaissance de la thématique à partir de laquelle ils pourront conduire leur investigation.

- Ils permettent une remise en perspective des attentes du Manuel de certification selon l'approche processus et donnent des éléments de compréhension pour maîtriser la qualité et la sécurité liées à la thématique.
- Ils précisent notamment des points d'observation permettant d'affiner le regard sur la mise en œuvre réelle au regard des organisations et dispositions prévues par l'établissement.

Ces guides présentent parfois des modalités de mise en œuvre qui vont au-delà des exigences de la certification. Elles visent à indiquer comment optimiser la maîtrise du processus. À ce titre, les établissements sont libres de les appliquer. Ils peuvent avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il leur appartient d'en faire état et de démontrer que les dispositions prises sont satisfaisantes pour maîtriser et/ou améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Les experts-visiteurs fondent leur investigation sur ces guides sans pour autant investiguer chacune des lignes de façon exhaustive ou littérale. Ils tiennent compte des situations spécifiques rencontrées pendant leur visite afin de prioriser l'investigation sur les points essentiels en fonction du temps dont ils disposent.

Ces guides seront évolutifs et prendront en compte notamment les retours d'expérience.

Éléments d'appréciation **surlignés en vert** : exigence directement rattachée à la thématique traitée

Éléments d'appréciation **surlignés en jaune** : exigence mettant en avant des liens avec les autres guides thématiques

Les encadrés ne préjugent pas du caractère obligatoire mais sont illustratifs.

Caractérisation générale



L'objectif de cette thématique est d'évaluer le niveau de maturité de l'établissement sur la mise en œuvre de sa politique de prise en charge de la douleur en fonction des besoins et des risques identifiés et des exigences de la loi du 4 mars 2002.

Elle évalue, au regard des objectifs fixés, la mise en œuvre des actions d'amélioration (EPP/DPC, revue de pertinence des soins, audit clinique...) et les résultats obtenus (indicateurs).

Elle s'assure de la mise à disposition des moyens (ressources affectées, formation des professionnels, mise à disposition des outils d'évaluation adaptés...) et des actions de surveillance pour s'assurer du respect de la mise en œuvre des protocoles, de la traçabilité de l'évaluation, de l'utilisation des différents outils...





Identification des besoins, analyse des risques



Identification des objectifs d'amélioration



Identification des mesures de traitement des risques

Identification des besoins, analyse des risques



L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques avec les professionnels concernés.

Les sources de données utilisées par l'établissement pour réaliser son analyse des risques sont par exemple :

- l'examen de la réglementation ;
- les résultats de l'évaluation des risques dans les secteurs d'activité, les audits de dossiers, les audits de pratique, les audits internes et externes (exemple : bilan de la dernière procédure de certification) ;
- les résultats d'analyse des indicateurs ;
- le bilan des événements indésirables, l'analyse des plaintes et des réclamations des patients ;
- l'écoute des patients, des membres des instances, des professionnels ;
- etc.

Les besoins en prise en charge de la douleur sont recensés :

- au sein des secteurs d'activité ;
- au regard des différentes pathologies et modalités de prise en charge ;
- en prenant en compte l'ensemble des étapes de la prise en charge et du parcours au regard des différentes populations ;
- etc.

Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie (8d E1- EA2).





Politique et objectifs (12a E1- EA1)

Il existe une politique **de prise en charge de la douleur**, intégrée aux orientations stratégiques de l'établissement.

- Elle est définie en lien avec l'analyse des besoins et l'analyse des risques.
- Elle est élaborée avec les acteurs concernés, notamment le CLUD (ou équivalent).
- Elle est validée par les différentes instances et révisée au moins annuellement.
- Elle fixe des objectifs d'amélioration précis et mesurables déclinés, pour ceux qui le nécessitent, par secteur d'activité.

Communication

- La politique est **diffusée** à l'échelle de l'établissement.
- Il existe une stratégie de communication régulière et positive des objectifs et des résultats des indicateurs et des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers (2e E1- EA2), ainsi que des succès obtenus.



La mise en œuvre de cette politique est déclinée en un programme d'amélioration (8a E1- EA1).

Les actions sont issues d'initiatives institutionnelles déclinées pour celles qui le nécessitent en actions spécifiques au niveau des secteurs d'activité (8a E1- EA1).

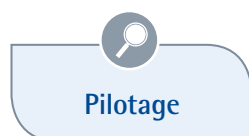
Ce programme (8a E1- EA1) précise, pour chaque action, les modalités de suivi (8a E3- EA1) :

- responsabilités pour chacune des actions ;
- planification des actions dans des délais fixés ;
- suivi des actions, clôture et communication des résultats.

L'établissement met en place un système de priorisation des actions.

Le programme est présenté annuellement aux instances de l'établissement (8a E1- EA4), dont la CRUQPC. Il est articulé au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) de l'établissement (8a E1- EA2).





Pilotage



Rôles et responsabilités



Ressources



Interfaces

Pilotage



Une organisation est définie pour piloter et mettre en œuvre la politique à l'échelle de l'établissement (CLUD ou équivalent).

Ses missions, sa composition et son mode de fonctionnement sont définis. Elle s'assure de la coordination, du suivi du plan d'action, du recueil des indicateurs, de l'analyse des résultats et de leur communication.

Rôles et responsabilités



Les rôles et responsabilités (ou les missions) sont définis pour chacun des acteurs de la prise en charge de la douleur.

Les personnes concernées sont par exemple :

- membres du CLUD ;
- référents douleur ;
- pharmacien(s) ;
- médecins anesthésistes ;
- réanimateurs ;
- psychiatre/psychologue ;
- coordination de la qualité et de la gestion des risques ;
- responsable(s) des secteurs d'activité ;
- professionnels.





Ressources humaines

Les ressources nécessaires (compétences et effectifs tels que les référents douleur, pilote du processus, psychologue...) sont identifiées en fonction des besoins, des risques et de la réglementation (3a E1- EA1).

- Elles sont en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement.
- Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour l'ensemble des professionnels concernés (3a E2- EA3).
- Les actions de formation sont intégrées dans le plan de formation global de l'établissement.

Exemples de formation :

- sensibilisation sur la politique de prise en charge de la douleur à l'échelle de l'établissement ;
- formation à l'utilisation des outils d'évaluation ;
- formation aux protocoles de prise en charge spécifiques ;
- formation à l'utilisation des PCA ;
- etc.

- Des modalités de recrutement et d'intégration des nouveaux arrivants/des intérimaires sont définies (3b E1- EA1).

Ressources documentaires

Procédures/protocoles

Les besoins en procédures et en protocoles analgésiques sont identifiés (5c E1- EA1).

Ils sont formalisés, adaptés à la taille de l'établissement, validés par le CLUD (ou équivalent) et intégrés au dispositif de gestion documentaire (5c E1- EA1).

Les protocoles sont **issus des recommandations de bonne pratique et adaptés** (12a E1- EA2) :

- au type de chirurgie pratiqué ;
- à la pathologie donnée ;
- aux types de patients ;
- aux différentes prises en charge ;
- à la douleur induite par les soins ;
- etc.

Les professionnels concernés participent à leur élaboration et les documents sont mis à leur disposition.

Exemples :

- protocoles de prise en charge de la douleur aiguë ; douleurs postopératoires (bloc opératoire, salle de surveillance post interventionnelle...) ;
- prévention de la douleur induite par les soins ;
- utilisation des morphiniques ;
- prise en charge de la douleur en pédiatrie ;
- prise en charge de la douleur chez les patients non communicants ;
- etc.



L'établissement a identifié également :

- les besoins en traitement médicamenteux et en utilisation de méthodes non pharmacologiques ;
- les besoins de structuration de filière de soins de la douleur, en particulier les douleurs chroniques.

Documents d'information et outils d'aide pour les professionnels

Des supports d'information (consignes, affiches, plaquettes) à destination des professionnels sont prévus.

Exemples :

- tableaux des antalgiques et recommandations ;
- livret thérapeutique, guide des substitutions, bonnes pratiques d'administration des médicaments (guide HAS) ;
- programme d'éducation thérapeutique à la douleur ;
- etc.

Documents d'information des patients

Les besoins en supports d'information des patients (livret d'accueil, plaquettes d'information du patient, affiches d'information ...) sont identifiés et des programmes d'éducation thérapeutique sont élaborés.

Ressources en matériel et équipements

Les besoins en moyens d'évaluation de la douleur, notamment pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation), sont identifiés (12a E2- EA5).

Interfaces



L'établissement assure la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour de la prise en charge de la douleur.

Exemples :

- interfaces entre secteurs de soins (urgences, réanimation, bloc...) ;
- interfaces avec les secteurs médico-techniques (pharmacie...) ;
- interfaces entre processus (processus achats, processus formation, processus communication, processus d'accueil du patient aux urgences, etc.) ;
- etc.





Le management des secteurs d'activité (médical, soignant et médico-technique) s'est saisi des enjeux liés à la politique de prise en charge de la douleur.

- Il communique auprès de son équipe sur la politique, sa mise en œuvre (plan d'action associé) et son évolution.
- Il impulse une démarche d'amélioration au sein de son secteur, en lien avec les orientations de l'établissement :
 - chaque secteur a identifié ses propres besoins et ses risques spécifiques ;
 - il a identifié ses plans d'action et objectifs opérationnels et les met en œuvre (8a E1- EA1) ;
 - ses objectifs sont en lien avec ses moyens.
- Il s'assure de la conformité des pratiques aux dispositions prévues (respect des procédures, protocoles, consignes et autres mesures 12a E3- EA1).

Exemples de vérification de conformité des pratiques :

- l'information du patient ;
- l'évaluation effective de l'intensité de la douleur et sa traçabilité même si le patient est non douloureux (indicateur IPAQSS) ;
- l'appropriation et la bonne utilisation des outils par les professionnels ;
- la conformité du traitement analgésique ;
- la participation des professionnels aux démarches d'amélioration ;
- etc.

Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration définies au sein de leur secteur.

- Elles connaissent les objectifs en matière de prise en charge de la douleur définis au sein de leur secteur et les mesures à mettre en place pour les atteindre.
- Elles participent :
 - à l'élaboration des protocoles ;
 - à la déclaration, l'analyse et le traitement des EI, EIG (8f E1- EA3), des vigilances sanitaires et réglementaires ;
 - aux démarches EPP (28a E1- EA1, 28a E2- EA2), aux RMM (28a E1- EA2), aux programmes de DPC, à la procédure d'accréditation des médecins/des équipes médicales ;
 - au traitement des plaintes et réclamations ;
 - etc.
- Elles ont accès aux résultats :
 - des indicateurs de leur secteur d'activité et à ceux de l'établissement (2e E1- EA2) ;
 - des évaluations sur la thématique concernée et notamment celles concernant la satisfaction des usagers (9b E1- EA2).
- Des temps collectifs sont prévus pour échanger sur les résultats.





Disponibilité des compétences



Disponibilité des documents



Disponibilité des ressources matérielles

Disponibilité des compétences



- Les compétences et effectifs des professionnels sont disponibles dans chacun des secteurs (3a E2- EA1) :
 - ils répondent aux besoins, notamment à l'activité et aux spécificités des populations prises en charge ;
 - ils permettent d'assurer la continuité de la prise en charge des patients, y compris la nuit, les week-ends et les jours fériés (18a E2-EA1) ;
 - les professionnels réalisent les actes relevant uniquement de leur champ de compétences.
- Des compétences spécifiques sont mobilisables facilement et rapidement en cas de besoin pour apporter un soutien et de l'aide aux équipes (équipe mobile, référent douleur, psychiatre...) (3a E3- EA1).
- Les professionnels en poste, les remplaçants/intérimaires et les nouveaux arrivants sont formés (12a E2-EA1).
- L'utilisation d'outils d'amélioration de la communication entre professionnels est encouragée (ex. : outil SAED, publication à venir).

Disponibilité des documents



Dans les services concernés, les procédures et autres documents utiles sont disponibles, accessibles et à jour (5c E2- EA1, 5c E2- EA2, 5c E2- EA-3).

Des documents d'information sont mis à disposition des patients (12a E2- EA2).





Des moyens d'évaluation sont adaptés en fonction des patients, notamment pour la prise en charge de la douleur chez les non-communicants (échelles d'hétéro-évaluation) (12a E2- EA5).

Exemples d'échelles :

- échelle visuelle analogique (EVA) ;
- échelle numérique (EN) ;
- échelle verbale simple (EVS) ;
- échelle DN4 ;
- DOLOPLUS (personne âgée, patient non communicant, problème de compréhension) ;
- échelle DEGR « enfant » ;
- etc.





Patients

- Les conditions favorisent l'expression du patient à signaler sa douleur ;
- Il est informé des différentes possibilités d'être soulagé.
- Le recueil de sa douleur (physique et psychique) est réalisé dès son arrivée (urgences et services de soins) par auto-évaluation ou hétéro-évaluation dès lors que ses facultés cognitives sont immatures ou altérées.
- Les conditions de recueil de sa douleur sont adaptées.
- Il est régulièrement réévalué.

Exemples

Dès le retour du bloc opératoire :

- à chaque prise de constantes vitales et/ou éléments de surveillance post opératoire ;
- à chaque geste ou acte potentiellement douloureux ;
- dans l'heure qui suit l'administration d'un traitement antalgique complémentaire ;
- au minimum une fois par équipe jusqu'à la sortie.

- Le patient est soulagé (12a E2- EA4).
- Les situations provoquant sa douleur sont identifiées et une stratégie d'anticipation est adoptée.
- Les moyens d'évaluation (questionnement, observation, outil) de la douleur sont adaptés au patient (12a E2- EA5).
- Un programme ou des actions d'éducation thérapeutique lui sont proposés (12a E2- EA2).
- Une continuité de l'analgésie est assurée par la transmission de l'évaluation et du traitement en cours lors de la sortie.

Traçabilité

- La traçabilité des données est réalisée notamment pour ce qui concerne :
 - les évaluations de la douleur dans le dossier du patient (12a E2- EA3) :
 - au moins un résultat de mesure de la douleur dans le dossier du patient non algique, ou
 - au moins deux résultats de mesure de la douleur dans le dossier du patient algique avec les modifications de traitement lorsque applicable ;
 - les actions d'éducation thérapeutique du patient à la prise en charge de sa douleur.

CRUQPC

Sa participation à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique de prise en charge de la douleur est effective. Elle est informée des résultats des évaluations de la satisfaction des usagers (9b E2- EA2).





À l'échelle de l'établissement, la structure de pilotage (ou pilote) assure le suivi de la qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur (12a E3- EA3).

Cette évaluation globale est réalisée :

- sur la base du recueil et de l'analyse de l'ensemble des données et évaluations issues des secteurs d'activité ;
- et/ou sur la base d'évaluations réalisées à l'échelle de l'établissement.

Exemples de données et évaluations :

- rédaction de protocoles ;
- formation ;
- EPP, audit clinique ciblé ;
- audits, résultats de la certification ;
- traçabilité de la douleur ;
- présence des membres du CLUD aux réunions ;
- partenariats ;
- éléments de communication et d'information en interne et pour les patients ;
- questionnaire de satisfaction des patients ;
- etc.

Tableau de bord des indicateurs

Le suivi régulier de la progression des indicateurs permet à l'établissement de mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux.

Le contenu du tableau de bord comprend, quand ils sont disponibles :

- les indicateurs nationaux ;
- les indicateurs régionaux ;
- les indicateurs locaux.

Les résultats inférieurs aux seuils ou aux objectifs fixés sont examinés avec une attention particulière au sein des instances, des réunions de direction de l'établissement et des secteurs d'activité (2e E2- EA1).

Les résultats sont synthétisés dans le tableau de bord de l'établissement en lien avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.

Un bilan de la mise en œuvre du programme d'amélioration du processus est réalisé a minima une fois par an par la structure de pilotage (CLUD ou équivalent).

- L'efficacité des actions mises en œuvre est mise en évidence par la diminution du niveau de risque et l'amélioration de la réponse aux besoins.
- Le cas échéant, l'analyse permet d'identifier :
 - les points à risque nécessitant une surveillance particulière ;
 - les dysfonctionnements répétitifs communs à tous les secteurs d'activité ;
 - les mesures complémentaires à prendre pour la révision du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
- Les délais de mise en œuvre des actions d'amélioration sont respectés ou, le cas échéant, argumentés.





Amélioration continue



Communication sur les résultats

Amélioration continue



L'établissement réexamine les risques significatifs non totalement éliminés ou les besoins non totalement satisfaits afin de déterminer des mesures complémentaires de traitement ou de réduction de risque (12a E3-EA2, 12a E3-EA3).

- La politique de prise en charge de la douleur de l'établissement est ajustée en fonction des résultats des indicateurs (2e E3-EA1) et du suivi du plan d'action associé.
- Le programme d'amélioration associé est réajusté annuellement en fonction des résultats des évaluations (8a E3-EA3) :
 - de nouveaux objectifs d'amélioration mesurables sont fixés au regard des résultats des indicateurs et des objectifs atteints (7e E3-EA2) ;
 - des actions d'amélioration sont programmées et mises en œuvre de manière coordonnée et structurée.
- Ces actions d'amélioration sont intégrées au programme global qualité et gestion des risques (PAQSS).

L'établissement participe à des partages d'expérience sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions (12a E3-EA4).

Exemples :

- Réseaux de soins, congrès, échanges de protocoles ;
- etc.

Communication sur les résultats



Il existe un système de diffusion en interne des résultats des évaluations, et des actions conduites.

Les résultats des indicateurs nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés (2e E2-EA2).





Liste des éléments d'appréciation



Indicateurs

Liste des éléments d'appréciation



Liste des EA des critères directement rattachés à la thématique du guide

→ 12a E1- EA1 → 12a E1- EA2	→ 12a E2- EA1 → 12a E2- EA2 → 12a E2- EA3 → 12a E2- EA4 → 12a E2- EA5	→ 12a E3- EA1 → 12a E3- EA2 → 12a E3- EA3 → 12a E3- EA4
--------------------------------	---	--

Liste des EA cités dans le guide mais hors critères dédiés à cette thématique

→ 2e E1- EA2 → 2e E1- EA2 → 2e E2- EA1 → 2e E2- EA2 → 2e E3- EA1 → 3a E1- EA1 → 3a E2- EA1 → 3a E2- EA3 → 3a E3- EA1 → 3b E1- EA1 → 5c E1- EA1 → 5c E2- EA1, → 5c E2- EA2, → 5c E2- EA-3	→ 7e E3- EA2 → 8a E1- EA1 → 8a E1- EA1 → 8a E1- EA1 → 8a E1- EA1 → 8a E1- EA2 → 8a E1- EA4 → 8a E3- EA1 → 8a E3- EA3 → 8d E1- EA2 → 8f E1- EA3 → 9b E1- EA2 → 9b E2- EA2	→ 28a E2-EA2 → 28a E1-EA1 → 28a E1-EA2
---	--	--

Indicateurs



→ [Cliquer ici pour consulter « la fiche des principaux indicateurs correspondant à la thématique »](#) (en cours de rédaction).



Toutes les publications sur la certification
sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

2 avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. : +33 (0) 1 55 93 70 00 - Fax : +33 (0) 1 55 93 74 00

