


 **REQUA**

## Atelier régional de benchmarking

*Mais comment font-ils ?*

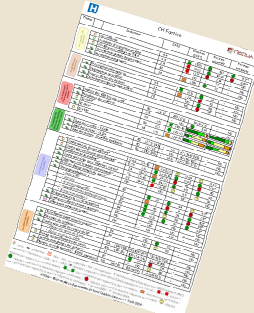
- ➔ Enseignements du tableau de bord Qualité & Risques 2010
- ➔ Evolutions pour 2011
- ➔ Démarche de benchmarking sur les indicateurs


8 décembre 2011

 **REQUA**

## Les enseignements du TdB 2010

- Participation des établissements : 20 établissements (11 en 2008 et 2009)
  - 3 cliniques MCO (/6) et 3 CH à dominante MCO (/8)
  - 3 CRF (/8), 6 CH à dominante SSR-SLD (/9) et 2 SLD (/3)
  - 2 établissements psychiatriques (/3)
  - 1 HAD (/2)
- Taux de renseignement des indicateurs
  - 67% en moyenne
  - 30 à 90% selon ES






REQUA

## Les enseignements du TdB 2010


- Des indicateurs encore peu mesurés
  - Satisfaction du personnel
  - Distribution des repas
  - Prévalence des escarres
  - Prise en charge du cancer
  - Préparation de la sortie du patient
  - Délai avant admission
  - Conformité de l'attente aux Urgences
  - Information avant un acte invasif



REQUA

## Les enseignements du TdB 2010


- Des indicateurs avec des résultats 'moyens'
  - Vaccination anti-grippale (12%)
  - Dispensation nominative (47%)
  - ICATB (30% en C ou D)
  - Analyse des EIGAS (42%), mais nombre de cas connus en très forte hausse (32 en 2009 pour 11 ES et 407 en 2010 pour 20 ES)
  - Evaluation de la douleur (-10% par rapport au niveau national en MCO et SSR)
  - Evaluation du risque d'escarres (-10 à 15% par rapport au niveau national en MCO et SSR)
  - Chirurgie ambulatoire (62% contre 71% au niveau national)



**REQUA**

## Les enseignements du TdB 2010

- Des indicateurs avec de bons résultats d'ensemble
  - Prescription informatisée (74%)
  - ICALIN et ICSHA
  - Délai de remise du dossier patient (79%)
  - Dépistage des troubles nutritionnels (+10% par rapport au niveau national en MCO et SSR)
- Des indicateurs avec des résultats très disparates
  - Délai d'envoi des courriers (0 à 96%)
  - Evaluation de la douleur (0 à 95%)
  - Personne de confiance (5 à 95%)
  - Suivi des actions DQGR et Sécurités sanitaires (13 à 100%)
  - Plaintes et réclamations (0,2 à 180 pour 10000 journées)
  - Retour du questionnaire de sortie (4 à 58%)



**REQUA**

## Les évolutions pour 2011

- Ajout d'indicateurs (3 ou 4) issus du groupe régional RéQua sur le Développement durable
- Modification d'indicateurs en fonction des orientations nationales
  - Satisfaction du patient hospitalisé : I-Satis en MCO (indicateur synthétique)
  - Absentéisme : reprise de la méthode testée dans le projet CLARTE (connue en janvier)
  - Chirurgie ambulatoire : indicateur synthétique seulement (actes traceurs)
- Aide à la mesure
  - Satisfaction du personnel : mise à disposition du Questionnaire testé dans le projet CLARTE (et analyse par RéQua)

**REQUA**

## On peut le faire !!

Clinique de l'Espérance


Thème	Indicateur	2010	Evolution (2009)	Position régionale	Position nationale
La « position » du personnel	Absentéisme	0,1	- ND	● 3,7 <sup>[19]</sup>	● 5,7 **
	Accidents d'exposition au sang	0,0	- ND	● 3,1 <sup>[19]</sup>	● 8,0 ***
	AT-MP avec lombalgie ou TMS	0,0	- ND	● 2,5 <sup>[18]</sup>	● 0,9 **
	Satisfaction globale du personnel	94	- ND	- 81 <sup>[6]</sup>	- ND
	Vaccination anti-grippale	22	- ND	● 12 <sup>[16]</sup>	- ND
La gestion des ressources	Prescription informatisée	100	- ND	● 74 <sup>[17]</sup>	● 45 *
	Dispensation nominative	100	- ND	● 47 <sup>[17]</sup>	● 47 *
	Production de DASRI (kg/10000 journées)	0,2	- ND	● 6,2 <sup>[14]</sup>	- ND
	Distribution repas (température)	100	- ND	● 58 <sup>[6]</sup>	- ND
Les événements indésirables liés au patient	Analyse des EIG liés aux soins	100 (12/12)	- ND	42 (169/407) <sup>[12]</sup>	- ND
	Prévalence des escarres	0,0	- ND	● 5,8 <sup>[5]</sup>	● ≈10-15
	ICALIN*	99 (A)	- ND	■	■
	ICSHA*	694 (A)	- ND	■	■
Le pilotage des démarches qualité et des actions de progrès	ICATB*	19 (A)	- ND	■	■
	Suivi des actions - DQGR	87	- ND	52 (521/995) <sup>[12]</sup>	- ND
	Suivi des actions - CLIN	100	- ND	77 (240/312) <sup>[14]</sup>	- ND
	Suivi des actions Sécurité des soins	100	- ND	56 (524/938) <sup>[11]</sup>	- ND

**REQUA**


## On peut le faire !!

Clinique de l'Espérance

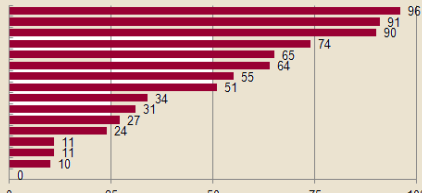
Thème	Indicateur	2010	Evolution (2009)	Position régionale	Position nationale
La prise en charge du patient	Conformité du dossier patient*	90	- ND	● 69	● 72
	Conformité du dossier anesthésique	95	- ND	● 77	● 80
	Evaluation de la douleur*	95	- ND	● 51	● 61
	Conformité délai envoi courriers sortie*	96	- ND	● 38	● 40
	Dépistage des troubles nutritionnels*	99	- ND	● 85	● 79
	Evaluation du risque d'escarre	58	- ND	● 7	● 21
	Prise en charge initiale du cancer	100	- ND	● 86 <sup>[1]</sup>	- ND
	Chirurgie ambulatoire				
	- Cataracte	84	- ND	● 72*	● 79*
	- Varices	80	- ND	● 41*	● 56*
	- Arthroscopie genou	86	- ND	● 73*	● 72*
	- Amygdalectomie/adénoïdectomie	77	- ND	● 61*	● 64*
	- Extraction dentaire	94	- ND	- ND	● 81*
	- 18 actes marqueurs	80	- ND	● 62*	● 71*
	Préparation de la sortie du patient	94	- ND	● 66 <sup>[4]</sup>	- ND
Conformité durée attente urgences	ND	- ND	- ND <sup>[1]</sup>	- ND	
Le respect des droits du patient	Information avant un acte à risque	87	- ND	● 82 <sup>[2]</sup>	- ND
	Personne de confiance	95	- ND	● 56 <sup>[10]</sup>	- ND
	Conformité délai de remise du DP	100	- ND	● 79 <sup>[12]</sup>	- ND
	Retour du questionnaire de sortie	58	- ND	● 24 <sup>[18]</sup>	- ND
	Satisfaction globale des patients	100	- ND	● 92 <sup>[8]</sup>	- ND
	Plaintes et réclamations (/ 10000 journées)	0,2 (n=3)	- ND	5,1 (n=621) <sup>[19]</sup>	- ND

  
**Les retours d'expérience : Mais comment font-ils ?**

- Pour chaque indicateur
  - Deux présentations de 10 minutes
  - Discussion commune : levée des freins et facteurs favorisants
- Délai d'envoi des courriers de sortie
  - CRF Brétégny (Nicolas Pouret, Sonia Dolota)
  - CH Champagnole (Marie-Paule Rousselot-Pailley)
- Evaluation de la douleur
  - CRF Quingey (Dr Meunier)
  - Polyclinique du Parc à Dole (Christophe Gandrey)
- Recueil de la personne de confiance
  - CH Poligny (Hélène Thomet, Sandrine Charmy)
  - Polyclinique de Franche-Comté (Annie Vernerey)

  
**Conformité du délai d'envoi des courriers de sortie**

- Généralisé dans le cadre d'IPAQSS
- Proportion
  - Numérateur : nombre de séjours pour lesquels le contenu est conforme aux exigences et pour lesquels la différence entre la date de sortie de l'établissement et la date inscrite sur le courrier de fin d'hospitalisation (ou compte rendu d'hospitalisation) est inférieure ou égale à 8 jours
  - Dénominateur : nombre de séjours évalués
- Résultats 2010
  - 16 établissements
  - Région : 38 (MCO) - 65 (SSR)
  - France : 40 (MCO) - 67 (SSR)



Region	Number of Establishments
Region 1	96
Region 2	90
Region 3	74
Region 4	65
Region 5	64
Region 6	55
Region 7	51
Region 8	34
Region 9	31
Region 10	27
Region 11	24
Region 12	11
Region 13	10

**RÉQUA**

### Evaluation de la douleur

- Généralisé dans le cadre d'IPAQSS
- Proportion
  - Numérateur : nombre de séjours pour lesquels il existe au moins un résultat de mesure de la douleur (avec une échelle validée) dans le dossier du patient non algique ou au moins deux résultats de mesure de la douleur dans le dossier du patient algique
  - Dénominateur : nombre de séjours évalués
- Résultats 2010
  - 15 établissements
  - Région : 51 (MCO) - 48 (SSR)
  - France : 61 (MCO) - 57 (SSR)

Establishment	Percentage
1	1
2	0
3	0
4	24
5	26
6	40
7	48
8	48
9	66
10	73
11	71
12	93
13	94
14	95
15	95

**RÉQUA**

### Recueil de la personne de confiance

- Proportion
  - Numérateur : nombre de séjours pour lesquels on retrouve la traçabilité du recueil de la personne de confiance (nom, prénom, coordonnées postales et téléphoniques) dans le dossier patient pour le séjour évalué, ou la traçabilité du refus ou de l'impossibilité du patient de désigner une personne de confiance
  - Dénominateur : nombre total de dossiers évalués
- Résultats 2010
  - 10 établissements
  - Région : 56

Establishment	Percentage
1	5
2	12
3	35
4	40
5	41
6	67
7	72
8	95
9	95
10	95

## Centre hospitalier Champagnole

Centre hospitalier de 180 lits composé d'un service d'urgence avec une antenne SMUR, d'un service de médecine, d'une unité de soins de suite et de 30 lits d'USLD et 60 lits d'EHPAD;

En fév. 09... et pour compenser cette fermeture l'ARS nous a autorisé l'ouverture de 15 lits supplémentaires en SSR et 3 lits d'hospitalisation de courte durée (UHCD)

## Centre hospitalier Champagnole

Actuellement, nous avons pour le court séjour :

- 1 service de médecine de 25 lits à orientation pneumologique avec 1 médecin pneumologue
- 1 service de médecine de 14 lits à orientation cardiologique avec 1 médecin cardiologue
- un service d'hospitalisation de courte durée de 3 lits, qui dépend du service des urgences et dont les médecins urgentistes assurent la surveillance, service informatisé avec le logiciel Résurgence, (courrier de sortie fait à partir de ce logiciel en rapatriant les données médicales)

## Centre hospitalier Champagnole

- Un service de SSR polyvalent avec 40 lits dont 1 médecin généraliste à temps plein et un autre à 50 % qui prennent en charge des suites d'interventions chirurgicales mais principalement du SSR gériatrique, avec toujours une dizaine de patients en attente de placement en EPHAD ou maison de retraite. Le recueil des indicateurs qualité n'était pas obligatoire jusqu'à l'année 2010.

## Centre hospitalier Champagnole

- Par rapport aux délais d'envoi, progression de 10 % de nos délais sur 3 ans, soit :

- 
- 

	2008	2009	2010
MCO	64%	73%	74%
SSR	ND	ND	90%



## Centre hospitalier Champagnole

- **Facteurs favorisants identifiés :**
- **Des facteurs liés au management**
  - Une implication très importante du département d'information médicale, dont les missions sont de vérifier et compléter les diagnostics et le codage PMSI ainsi que la qualité de la tenue des dossiers ; le DIM est composé de :
    - Une technicienne d'information médicale (temps plein depuis février 2009)
    - Un médecin DIM à 10%

## Centre hospitalier Champagnole

- des actions de sensibilisations du personnel médical, soignant et administratif (secrétaires médicales) sont renouvelées régulièrement par la TIM et/ou le médecin DIM pour rappeler l'importance de la complexité du dossier, à la fois pour la qualité de la prise en charge et la description des pathologies associées aux prises en charges pendant le séjour.

## Centre hospitalier Champagnole

- Des facteurs liés aux pratiques cliniques
- Le courrier de sortie est dicté par le médecin responsable du patient à la secrétaire du service
- Mise en forme du courrier par la secrétaire
- Validation du courrier par le médecin
- Envoi du courrier par la secrétaire
  - Le délai d'élaboration et d'envoi du courrier
    - En SSR, le courrier est dicté le jour de la sortie du patient (voire la veille), permettant dans la grande majorité des cas un envoi réel soit le jour de sortie, soit le lendemain.
    - En Médecine, le courrier est dicté (dictaphone) dans les jours suivants la sortie du patient, permettant dans la grande majorité des cas un envoi réel dans les 4 à 5 jours après la sortie du patient

## Centre hospitalier Champagnole

- Des facteurs liés à l'évaluation des pratiques
  - L'enquête est réalisée annuellement dans le cadre du recueil IPAQSS ; le recueil des données est effectué par la technicienne d'information médicale (TIM) et le médecin DIM
  - Une évaluation en interne a été réalisée entre le service d'UHCD et les services de médecine sur la qualité de tenue des dossiers de l'UHCD selon les mêmes critères que les indicateurs IPAQSS

## Centre hospitalier Champagnole

- Une vérification qui porte sur :
  - \*le courrier de sortie, le remplissage du dossier de soins, et l'archivage du dossier médical
  - \*les dossiers sur le plan des critères de qualité de la prise en charge ainsi que sur la description des pathologies associées prises en charge.
  - \*les résultats de l'indicateur qui sont présentés aux personnels (médecins, soignants, secrétaires médicales) sous forme de courrier par la TIM et/ou le médecin DIM.

## Centre hospitalier Champagnole

- **Pistes d'amélioration**
- sensibiliser les médecins à anticiper et planifier les sorties, principalement en médecine, pour permettre une préparation anticipée des courriers de fin d'hospitalisation
- Réalisation d'une enquête de satisfaction auprès des médecins de ville (correspondants externes)

## Benchmarking IPAQSS, RéQua 2011



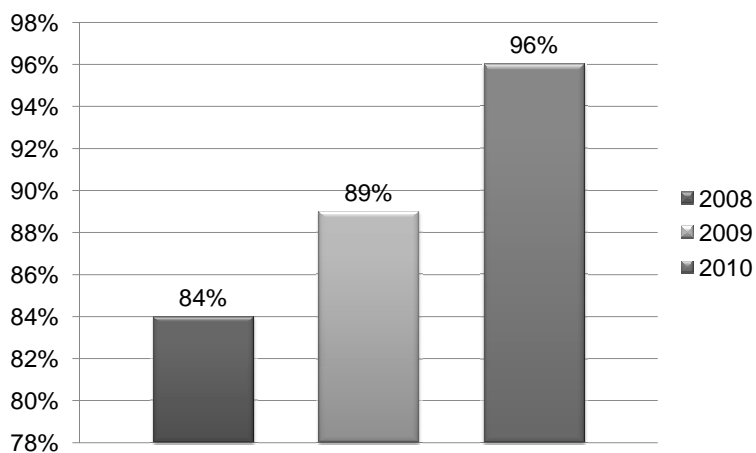
# Organisation de l'envoi du courrier de sortie au CRF

N Pouret (RAQ, administrateur DPI)

S Dolota (secrétaire médicale)

CRF Bretegnier/qualité – 08.12.2011

## Résultats de l'indicateur au CRF



## Facteurs favorisant : organisation



### Structure et type d'établissement :

- La taille de l'établissement facilite le transfert d'information et la recherche de consensus : 5 secrétaires médicales (env 3ETP), 7 médecins salariés
- Etablissement CRF: DMS moyenne comprise entre 35 et 40 jours, sorties programmées
- Sorties majoritairement programmées sur un jour fixe : Vendredi

## Facteurs favorisant : organisation



### Management:

- Implication de la direction : soutient les démarches qualité, politique de mise en place d'indicateurs et TdB
- Implication médicale : au travers du médecin DIM participant au recueil IPAQSS
- Implication de l'ensemble des personnels : communication sur les résultats et TdB intermédiaires affichés dans les services (benchmark interne)
- Réalisation des lettres de sortie et CRH dans les fiches de poste des secrétaires médicales
- Formation systématique de tous nouveaux personnels au DPI (y compris remplaçants)
- Entraide entre secrétaire dans la gestion des absences

## Facteurs favorisant : organisation



### Pratiques :

- Processus mis à jour en 2004, rédaction de 2 outils d'information :
  - systématisation de la lettre de sortie au jour de la sortie, remise au patient ou envoyée et/ou faxée au médecin traitant.
  - CRH complet envoyé entre 1 à 3 jours après la sortie (fonction de la filière)
- Supports : lettre de sortie standardisée comprenant :
  - Nom du médecin traitant
  - Date de début et fin d'hospitalisation
  - Motif d'hospitalisation
  - Traitement à la sortie
  - Synthèse médicale du séjour
  - Suites à donner (surveillances, rdv...)

Éléments récupérés automatiquement du DPI, les 4 derniers étant repris par la secrétaire (abréviations, mise en forme...)

## Facteurs favorisant : organisation



The screenshot shows a medical software interface with a menu bar at the top containing options like 'Patient', 'Environnement', 'Autonomie', 'Macro Cible', 'Soins/Surveillances', 'Planning', 'Cible', 'Transmissions', 'AGGER', 'SUIPS', 'Admin.', 'Env.-Fam.', and 'R.H.S.'. Below the menu bar, there is a section for 'ENVIRONNEMENT' with a 'Type d'environnement' dropdown and a 'Sélection' dropdown. A tree view on the left lists various roles and names, including 'Médecin Traitant' (ANKER Nicolas), 'Correspondant' (Dr GODFRIN Grégory), 'Personnel Service' (Dr COULON JOBARD Claire, Dr SPARAPAN-CAMELOT Sonia), and 'Personnel Etablissement' (Mme ARTHUR Sandrine, Mlle DILUCA Sandrine, Mme FARRON Loelilio, Mme GHERARDI Dominique, Mlle GILOW Mariele, Mlle LEGUILLON Laure, Mlle MARTIN Françoise). A central panel displays 'Environnement Actif' for 'Dr SPARAPAN-CAMELOT Sonia REEDUCATION FONCTIONNELLE'. A dropdown menu is open, showing options like 'Charger une image', 'Charger une photo du patient', 'Charger une page HTML', 'Charger un fichier PDF', 'Recevoir un courrier depuis un fichier WORD', 'Créer un document Excel à partir d'un fichier', 'Créer un compte rendu Opérateur', 'Créer un compte rendu de spécialité', and 'Créer un courrier'. The 'Créer un courrier' option is selected, and a list of document types is shown, including 'HC - CERTIFICAT MEDICAL', 'HC - DEMANDE BOTOX', 'HC - DEMANDE HDJ', 'HC - ERC - CRS-R', 'HC - LETTRE ENTETE', 'HC - LETTRE ENTREE', 'HC - LETTRE REFUS ADMISSION', and 'HC - LETTRE SORTIE'. A light blue callout bubble points to the 'Créer un courrier' option with the text 'Création de la lettre de sortie dans le DPI'.

## Facteurs favorisant : organisation



Historique

Motif d'entrée: NCV revalidation motrice sur pb

Date de Sortie Prescrite: 09/12/2011 à 18 H 00

Type de S: Vaccination

Annuler et Recréer le CRH

Modifier le CRH

Imprimer le CRH

Valider le CRH

Evaluations

Etat Psy

CRH

Synthèses/Suivis/Projets/Evaluations/

Thésaurus

RHS

Voir les courbes de surveillance

Echelle de sécurité

Voir Protocoles Word

Non Utilisé

Planning Sélection

Commandes pharmacie

Valider la prise en compte des prescript

Calcul IG52

Sortir

Sélection de la création ou modification du CRH, dans le dossier

Mode de Prise en Charge

Mode de Prise en charge

Patho

Evènement

Evènement

Tabac

Alcool

P (kg) 65

T (cm) 165

Tail. Est. IMC 23.875

Anthropométrie (cm), Pér. Abdo.

Per. Crân.

BU 6 C A N P S Urines

Selles +

## Facteurs favorisant : pratiques



### ☐ Coordination des acteurs :

1. Travail en filière, préparation de la sortie lors des réunions pluridisciplinaire, validation anticipée d'au moins 2 jours sur la sortie
2. Lorsque sortie est validée, le médecin complète les infos dans le DPI au vue de la préparation des documents d'amont
3. La secrétaire médicale ouvre le modèle et récupère les infos, la veille ou le jour de sortie

## Facteurs favorisant : pratiques



### Coordination des acteurs, suite :

4. Le document (lettre) est remis au patient lors de sa sortie avec les autres doc nécessaires à sa prise en charge (ordonnance...)
5. Parallèlement le médecin dicte ou saisie directement dans le DPI les infos nécessaires au CRH, entre la veille de la sortie et 2 à 3 jours après, ces infos sont récupérées par la secrétaire et intégrées au CRH, la date s'incrémente lors de la frappe du document final
6. Le CRH est validé dans la journée par le médecin ou un confrère en cas d'absence puis mis au départ courrier= délai moyen de réception CRH par le médecin entre 4 à 5 jours

## Facteurs favorisant : évaluation des pratiques et organisation



La tenue du DPI est suivie trimestriellement par une vingtaine d'indicateurs internes, regroupés sur un TDB spécifique affiché dans chaque service, depuis Septembre 2008.

➡ En Avril 2010, cette mesure a intégré 5 indicateurs IPAQSS, jugés prioritaires suite à la première mesure pour l'établissement. Si DEC baisse il sera surveillé lors des prochaines mesures.

Ces TdB sont présentés et analysés en réunion d'encadrement mensuel (l'ensemble des cadres, médecins et directeurs) : définition des axes d'amélioration.

Ils sont également présentés en CRUQPC : un point qualité-GDR est mis à l'ordre du jour de chaque CRUQPC depuis 2010.



## Facteurs favorisant : évaluation des pratiques et organisation



☐ Des focus sur les résultats sont publiés et commentés avec la lettre mensuelle d'information accompagnant la feuille de paye des personnels : contre signés du Directeur, ils permettent de souligner l'implication et/ou d'interpeller sur l'effort à faire

☐ La satisfaction des médecins de ville a été mesurée par une enquête en 2007, elle intégrait le délai de réception et la qualité des infos d'amont. Les résultats étaient bons concernant les délais d'arrivée et la qualité des documents de sortie du CRF.

➡ Action reconduite sur 2012

## Facteurs favorisant : TdB tenue DPI



TABLEAU DE BORD : UTILISATION DU DOSSIER PATIENT INFORMATIQUE SOINS SECTEUR HC  
Janvier 2011 / Mai 2011

### PAQSS sur DOSSIER MEDICAL

Indicateurs	Janvier 2011					Mai 2011				
	Andromède	Orion	Cassiopée	Aquila	Total HC	Andromède	Orion	Cassiopée	Aquila	Total HC
Traça échelle escarre	95%	50%	90%	85%	63%	100%	☹	100%	☹	98%
Traça variation poids pré admission	70%	55%	65%	NM	63%	92%	☹	75%	☹	88%
Traça état psycho	95%	45%	90%	100%	81%	100%	☹	83%	☹	93%
Traça réunion pluri disciplinaire	95%	100%	9%	69%	66%	100%	☹	100%	☹	100%
Présence documents d'amont	90%	85%	80%	NM	75%	92%	☹	100%	☹	91%

### DOSSIER KINESITHERAPIE

Indicateurs	Janvier 2011					Mai 2011				
	Andromède	Orion	Cassiopée	Aquila	Total HC	Andromède	Orion	Cassiopée	Aquila	Total HC
Présence de bilan d'entrée en doc joint	55%	80%	85%	NM	60%	75%	☹	83%	☹	65%

Indicateur en baisse ↘

Indicateur en hausse ☺

Indicateur stable =

Indicateur non mesuré NM

Score le plus faible de l'établissement

Score le plus élevé de l'établissement

Items	août-10	janv-11	mai-11	oct-11	Oct 2011 CRF	Mesure précédente
<b>Renseignements patients</b>						
Poids (IPAQSS)	85% 🟡	85% 🟡	100% 🟢	100% 🟢	97%	100%
IMC (IPAQSS)	74% 🟡	80% 🟡	100% 🟢	100% 🟢	100%	95%
Tension	100% 🟢	100% 🟢	100% 🟢	92% 🟡	98%	98%
Température	96% 🟡	95% 🟡	100% 🟢	100% 🟢	100%	100%
Pouls	41% 🟡	80% 🟡	100% 🟢	100% 🟢	98%	98%
évaluation douleur (IPAQSS)	44% 🟡	55% 🟡	83% 🟡	83% 🟡	89%	88%
autonomie à 48h validée	89% 🟡	95% 🟡	100% 🟢	100% 🟢	94%	98%
Macro cible	100% 🟢	100% 🟢	100% 🟢	100% 🟢	100%	93%
<b>Médicaments</b>						
Nbre de medic validés/24h	59% 🟡	59% 🟡	100% 🟢	100% 🟢	100%	100%
<b>Soins et surveillances</b>						
soins propres validés	82% 🟡	90% 🟡	98% 🟡	100% 🟢	98%	95%
soins prescrits validés	67% 🟡	33% 🟡	92% 🟡	100% 🟢	93%	88%
surveillance validées	71% 🟡	46% 🟡	89% 🟡	96% 🟡	93%	92%
<b>Utilisation des cibles</b>						
présence de cibles	63% 🟡	90% 🟡	50% 🟡	83% 🟡	66%	67%
cibles renseignées depuis 1 mois	85% 🟡	71% 🟡	50% 🟡	100% 🟢	82%	78%
<b>Indicateurs IPAQSS dossier médical</b>						
Tragabilité risque secarre	33% 🟡	50% 🟡	100% 🟢	75% 🟡	86%	98%
Tragabilité variation poids pré admission	41% 🟡	55% 🟡	73% 🟡	87% 🟡	70%	86%
Tragabilité état psycho	44% 🟡	65% 🟡	83% 🟡	75% 🟡	89%	93%
Tragabilité réunion pluridisciplinaire	89% 🟡	100% 🟢	100% 🟢	100% 🟢	95%	100%
Présence doc. d'amont	85% 🟡	100% 🟢	100% 🟢	100% 🟢	75%	100%
<span style="color: green;">🟢</span> score le plus faible de l'établissement <span style="color: green;">🟢</span> score le plus élevé de l'établissement <span style="color: orange;">🟡</span> score du service en progression à la dernière mesure <span style="color: orange;">🟡</span> score du service en diminution à la dernière mesure						



TdB suivi du DPI, intègre des mesures sur base IPAQSS, révisé au vue des résultats. Génère des actions d'amélioration validées en encadrement

[www.fondation-arcenciel.fr](http://www.fondation-arcenciel.fr)



Siège Social  
46 avenue Wilson  
25200 Montbéliard

Reconnue d'utilité publique depuis 1981

CRF Bretegnier  
14 bis rue du Dr Gaulier  
70400 HERICOURT

# Évaluation de la douleur au CRF de Quingey

Dr Meunier  
Médecin référent douleur  
Président du CLUD

## Présentation de l'établissement

- ▶ CRF de Quingey:
  - CRF:
    - 75 lits d'hospitalisation complète
    - 5 lits d'hospitalisation de jour
  - USLD: 30 lits
  - EHPAD:
    - 86 lits (98 en 2012)
    - Dont 4 d'hébergement temporaire
  - SSIAD: 50 places

## Le CLUD

- ▶ Existe depuis 12 septembre 2006
- ▶ Inclus personnel:
  - CRF
  - USLD
  - EHPAD (soutien logistique)
  - Médecins, pharmacien, IDE, aides-soignantes, kinésithérapeute
- ▶ Rôles multiples:
  - Détermine priorités
  - Validation de protocoles
  - Nouvelles thérapeutiques disponibles
  - Échanges (retour d'expérience...)

## Évolution des résultats

Évaluation de la prise en charge de la douleur		
2008	2009	2010
53%	63%	94%

- ▶ Recueil de l'indicateur IPAQSS
- ▶ Qualiticienne et médecin FF DIM

## Facteurs liés à la structure de l'établissement

- ▶ Double orientation du CRF:
  - Appareil locomoteur: orthopédie, traumatologie, lombalgies, amputés...
  - => Patients très fréquemment douloureux
  - Neurologie: AVC, SEP, Parkinson...
  - => Douleur moins fréquente mais complexe
- ▶ Établissement de « petite » taille

## Facteurs liés au management

- ▶ Implication forte du CLUD
  - Animé par un médecin, aidé par une infirmière ressource douleur, en relation avec la qualicienne de l'établissement
- ▶ Implication forte des médecins, de la direction des soins et des cadres
- ▶ Gestion des emplois permettant:
  - Désignation d'une infirmière ressource douleur(20% ETP)
  - Désignation d'infirmières et kinésithérapeute référents dans chaque unité

## Facteurs liés au management

- ▶ Développement des formations sur la thématique de la douleur
  - Soit en interne: IRD, cadre kinésithérapeute
  - Soit en externe (GRIEPS, Air Liquide Santé, etc.)
  - Portant sur les différents éléments de la prise en charge (évaluation, traitements...)
  - Participation aux « Journées Franc-Comtoise de la douleur » annuelle, participation ponctuelle à différents congrès (SFETD, Fondation Garches...)
  - IRD et médecin référent douleur titulaire d'un DU « Prise en charge de la douleur »

## Facteurs liés aux pratiques cliniques

- ▶ Mise en place de protocoles demandant:
  - Évaluations systématiques IDE (échelle validée) :
    - À l'entrée, avec la prise des constantes habituelles
    - Une semaine après
  - Évaluations systématiques MK (échelle validée) :
    - Lors du bilan d'entrée
    - Une semaine après chez les patients relevant de pathologie de l'appareil locomoteur
    - 3 semaines après chez les patients relevant de pathologie neurologique

## Facteurs liés aux pratiques cliniques

- ▶ Aucune échelle n'est imposée mais les protocoles spécifient que l'échelle utilisée doit être précisée (soins: EN, rééduc: EVA).
- ▶ Existence de support adaptés à la traçabilité:
  - Fiche de température dans les services de soins
  - Fiche kiné incluant la traçabilité de la douleur
- ▶ Développement de protocole dans des situations spécifiques (MEOPA, Cold Pack...)

## Facteurs liés à l'évaluation des pratiques

- ▶ Indicateur mesuré dans le cadre de l'IPAQSS
- ▶ Les résultats sont:
  - Discutés en CLUD pour définir des actions d'amélioration
  - Présentés aux instances (CME, CRUQPC, CSIRMT...)
- ▶ D'autres mesures sont réalisées, pour améliorer les pratiques et mesurer l'impact des formations:
  - Échelles utilisées pour l'évaluation
  - Traçabilité des évaluations à l'entrée et à 7 jours

## Facteurs liés à l'évaluation des pratiques

- ▶ Mesure de la satisfaction des patients:
  - Enquête de satisfaction des patients en 2007
  - Audit soignant
  - Ajout d'un item « Prise en charge de la douleur » dans le questionnaire de sortie: analyses régulières présentées en CRUQPC

## Les points à améliorer

- ▶ Prise en charge de la douleur à l'USLD
- ▶ Diffusion plus large des indicateurs
  - À l'ensemble des professionnels de l'établissement
  - Aux usagers et aux patients
- ▶ Étude sur le suivi de la douleur (cible, réévaluation après changement traitement...)





## Indicateur « Traçabilité de la personne de confiance »

### Atelier RéQua Benchmarking

Sandrine CHARMY – Cadre de santé SSR  
Hélène THOMET - Responsable Qualité Gestion des risques

08 décembre 2011

## Résultats de l'indicateur

1er semestre 2010	2ème semestre 2010	1er semestre 2011
47%	95%	92%
40 dossiers IPAQSS	40 dossiers aléatoires	119 tous les dossiers

Résultat conforme si retrouve la désignation d'une personne de confiance ou la mention « ne souhaite pas » ou « incapacité de désigner »

Recueil réalisé par secrétaire médicale/TIM

Dossier patient informatisé (PSI) → Traçabilité du recueil sur fiche papier

## Facteurs favorisants

- Facteurs liés à la structure et au type d'établissement
- Facteurs liés au management
- Facteurs liés aux pratiques cliniques
- Facteurs liés à l'évaluation des pratiques

## Facteurs liés à la structure et au type d'établissement

- Un seul secteur sanitaire : SSR
- 20 lits
- Nombre IDE : 5
- Harmonisation des pratiques de recueil de la personne de confiance facilitée

## Facteurs liés au management

- Implication forte des **cadres de santé**
- Implication forte du département d'information médicale : **TIM**
- Développement de **formation** « droits du patient », notion personne de confiance (*4 sessions d'une demi-journée par le juriste du RéQua en 2011, 43 professionnels dont 6 IDE, 14 AS*)
- Sensibilisation du personnel par l'**EMSP** du CH de Lons, lors de la discussion de cas cliniques : importance du recueil de la personne de confiance, en lien avec les directives anticipées du patient en situation palliative

## Facteurs liés aux pratiques cliniques

- **Un support adapté :**
  - Nouvelle fiche de recueil en avril 2010
  - Feuille de couleur jaune : facilement identifiable
  - 3 types d'information :
    - Désignation de la personne de confiance (identité, coordonnées)
    - Refus de désigner une personne de confiance
    - Incapacité de désigner une personne de confiance

## Facteurs liés aux pratiques cliniques

- Un nouveau circuit de recueil (avril 2010) :

Secrétaire médicale	Préparation d'un classeur : Livret d'accueil + fiche PdConf.	Avant l'admission du patient (après-midi uniquement)
IDE	Remise du livret d'accueil + fiche PdConf. Explication du rôle de la PdConf. et de l'importance de cette désignation	A l'admission, dans la chambre du patient
IDE Patient apte à désigner	Temps de réflexion, fiche laissée dans la chambre Récupération de la fiche (facilement repérable par sa couleur jaune) Conservation de la fiche dans le classeur du patient	Soir de l'admission ou lendemain
IDE	Si patient en incapacité de désigner, coche la case correspondante	A l'admission

## Facteurs liés aux pratiques cliniques

- Information à tous les personnes concernés lors des transmissions (avril 2010)
- Information du patient : par l'IDE lors de l'admission
- Pas de contrôle systématique de la présence de cette fiche dans le classeur ; lors de vérification ponctuelle, si fiche absente, donnée au patient
- Non utilisation du champ prévu dans le dossier informatisée (PSI)
- Niveau d'appropriation de l'indicateur et difficultés liées au recueil est élevé chez les soignants (notamment cas de situation de soins palliatifs)

## Facteurs liés à l'évaluation des pratiques

- L'audit soins palliatifs, début 2010, montre un défaut de traçabilité de la PdConf. → nouvelle fiche, nouveau circuit
- Recueil spécifique en 2010 :
  - 1<sup>er</sup> semestre : dossiers tirés au sort par IPAQSS
  - 2<sup>ème</sup> semestre : 40 dossiers aléatoires
  - → efficacité du nouveau processus
- Présentation des résultats :
  - Comité qualité : indicateur présent dans le TdB
  - CRU

## Pistes de travail

- Remise au patient et à la personne désignée d'un **document d'information** sur les missions de la PdConf. (complément aux informations présentes dans le LA)
- Vérification auprès des personnels des informations données au patient : **distinction personne à prévenir / personne de confiance**
- Poursuite des **formations et sensibilisations** sur la nécessité du recueil et la différence PàPrév. PdConf.
- Intégration de ce recueil dans la **check-liste** des actions à accomplir par les IDE lors de l'admission
- Intégration de la fiche dans **PSI** par scan
- **Diffusion des résultats** de l'indicateur aux professionnels
- Extension du recueil au **secteur EHPAD**

## Traçabilité de la personne de confiance

Atelier régional de benchmarking, Requa  
8 décembre 2011



## Evolution de l'indicateur à la PFC

2008	2009	2010
Non mesuré	69 %	72 %

## Facteurs favorisant liés à la structure et au type d'établissement

- **La proportion des patients ayant une activité chirurgicale programmée est importante :**
  - Les patients dont l'hospitalisation est programmée effectuent avant leur hospitalisation une pré-admission au cours de laquelle l'information sur la personne de confiance est donnée.
- **Turn-over faible du personnel :**
  - Le personnel soignant et administratif impliqué dans le recueil est stable.
  - L'établissement ne fait pas appel à des intérimaires au niveau du service des admissions.

## Facteurs liés au management

- Implication de la direction des soins et de la direction qualité.
- Implication de la direction générale par exemple à travers la validation du nouveau processus qui entraîne un surcoût non négligeable (fiche d'information et formulaire distribués à 15000 patients par an).
- Implication médicale limitée, évoquée lors du Comité Ethique.

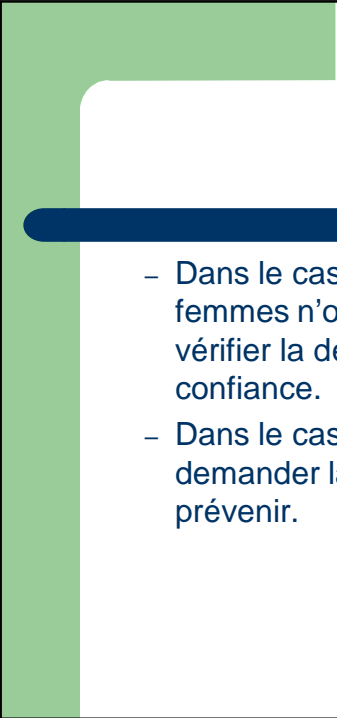

- Intégration dans la fiche de poste des IDE dans le cadre du protocole de renseignements du dossier de soins.

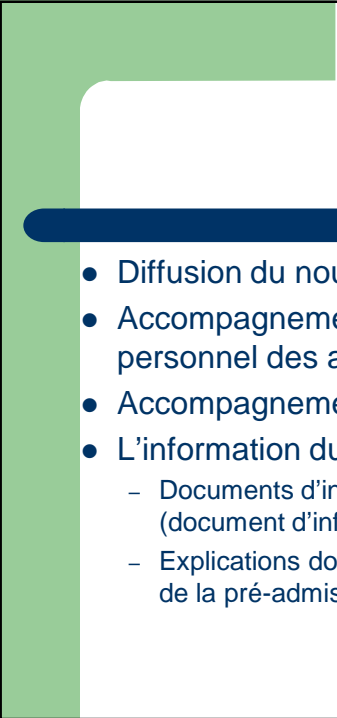

Pas intégré dans la fiche de poste des personnels d'admission.

## **Facteurs liés aux pratiques cliniques**

- La mise en place :
  - Un support d'information et le formulaire de désignation de la personne de confiance distribués au patient par le personnel des admissions au moment de la pré-admission + information orale.
  - Le patient remet le questionnaire rempli à l'infirmière du service le jour de l'entrée.
  - Si le formulaire n'est pas rempli, l'infirmière demande au patient s'il veut désigner une personne de confiance et le note dans le dossier de soins.



- 
- 
- Dans le cas des patientes de maternité, les sages femmes n'ont pas encore pour habitude de vérifier la désignation de la personne de confiance.
  - Dans le cas des urgences, la priorité est de demander la désignation d'une personne à prévenir.

- 
- 
- Diffusion du nouveau processus par des notes de service.
  - Accompagnement sur site notamment auprès du personnel des admissions.
  - Accompagnement par les surveillantes dans les services.
  - L'information du patient :
    - Documents d'information issus du groupe régional Requa (document d'information et formulaire)
    - Explications données par le personnel des admissions au moment de la pré-admission.

- Le niveau d'appropriation au recueil de la personne de confiance est élevé notamment chez le personnel soignant en chirurgie et aux admissions.
- Ce sujet a fait l'objet de nombreux échanges au sein des services et/ou avec la direction de la qualité et/ou la direction des soins.

## Ce qui peut encore être développé

- S'assurer de la traçabilité des refus ou des impossibilités de désignation de la personne de confiance lorsque c'est le cas.
- A la maternité, mettre en place la récupération du formulaire de désignation par la sage femme lors de la consultation du 8<sup>ème</sup> mois.
- Renouveler les formations aux droits du patient notamment pour les situations de fin de vie où l'avis de la personne de confiance est recherché.