

# EPP

*Evaluation des Pratiques Professionnelles dans les établissements de santé*

## **Evaluation de la prise en charge des symptômes des malades requérant des soins palliatifs**



### **Protocole d'évaluation**

décembre 2007

Copyright © CCECQA 2007. **Tous droits réservés.**

L'utilisation et la reproduction même partielle des contenus de ce document sont possibles avec l'autorisation du CCECQA et dans la mesure où les références ci-après sont citées : *CCECQA (Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine). Prise en charge des symptômes des malades requérant des soins palliatifs : protocole d'évaluation. Pessac, 2007.* Toute demande d'autorisation d'utilisation ou de reproduction devra être adressée au CCECQA, Hôpital Xavier Arnoz - 33604 Pessac Cedex (France). Ces demandes seront toujours les bienvenues.

## Sommaire

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>4</b>
<b>JUSTIFICATION</b> .....	<b>4</b>
<b>OBJECTIFS D'EVALUATION DES PRATIQUES</b> .....	<b>5</b>
<b>RECOMMANDATIONS UTILISEES / TEXTES DE REFERENCE</b> .....	<b>5</b>
<b>COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL REGIONAL</b> .....	<b>5</b>
<b>PROFESSIONNELS DES ETABLISSEMENTS EXPERIMENTATEURS</b> .....	<b>6</b>
<b>METHODE</b> .....	<b>7</b>
METHODE D'EVALUATION DES PRATIQUES .....	7
ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES CONCERNES.....	7
POPULATION .....	7
TYPE D'ETUDE .....	7
ECHANTILLON.....	8
ORGANISATION DE L'AUTO-EVALUATION.....	8
ANALYSE DES DONNEES.....	9
<b>CONFIDENTIALITE DES DONNEES</b> .....	<b>9</b>
<b>RETOUR D'INFORMATION</b> .....	<b>10</b>
<b>JUSTIFICATION DES CRITERES D'EVALUATION</b> .....	<b>11</b>
<b>REFERENCES</b> .....	<b>13</b>
<i>Annexe 1 : Grilles de recueil</i> .....	<i>14</i>
<i>Annexe 2 : Consignes d'utilisation des grilles de recueil</i> .....	<i>25</i>
<i>Annexe 3 : Plan d'analyse</i> .....	<i>34</i>
<i>Annexe 4 : Fiche de codage des médecins prescripteurs</i> .....	<i>38</i>
<i>Annexe 5 : Fiche de codage des dossiers-patients</i> .....	<i>40</i>

## Introduction

Le CCECQA, dans le cadre du développement de ses activités relatives à « l'amélioration des pratiques professionnelles » développe depuis 2004 des protocoles d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP). Cette activité s'appuie notamment sur 16 groupes de travail constitués autour des disciplines médico-chirurgicales. Chaque groupe est composé d'une dizaine de praticiens investis et leaders dans leur discipline, issus d'établissements de santé publics et privés de la région Aquitaine.

Le principe de ces évaluations, pour une thématique donnée, consiste en l'analyse comparée des pratiques professionnelles observées à celles considérées comme optimales au travers de référentiels ou recommandations professionnelles. L'objectif est d'identifier les pratiques à améliorer et de définir les actions permettant de parvenir à cette amélioration. Des mesures successives doivent permettre de suivre l'évolution de la qualité des pratiques professionnelles considérées.

Chaque protocole comprend, une méthode d'évaluation spécifique et les outils permettant sa réalisation. Leurs cibles sont les professionnels médecins et soignants des établissements de santé de la région aquitaine.

Ce document présente la méthode et les outils permettant de mener une évaluation concernant la thématique de l'évaluation de la prise en charge des symptômes des malades requérant des soins palliatifs.

## Justification

Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluri professionnelle [HAS 2002]. Ils ont pour objectif de prévenir et de soulager les symptômes physiques, dont la douleur, d'anticiper les risques de complications et de prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la dignité de la personne soignée. Les personnes malades dont l'état requiert des soins palliatifs sont les personnes atteintes de maladie grave évolutive ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée ou terminale.

L'organisation sanitaire des soins palliatifs, récente, a comme particularité de s'inscrire dans une ouverture et une dynamique de complémentarité des compétences et des moyens en termes de structures de prises en charges et de professionnels impliqués [circulaire 2002]. Les soins palliatifs sont cependant une pratique qui concerne tous les services, au-delà de dispositifs spécifiques.

Les soins prodigués visent à améliorer le confort et la qualité de la vie et à soulager les symptômes physiques et psychomoteurs. En termes de fréquence et de possibilités de soulagement, la douleur est un des principaux symptômes physiques. Par le fait même de sa persistance, une douleur initialement simple symptôme d'alarme peut devenir un syndrome à part entière (douleur - maladie). Phénomène complexe, elle est ressentie physiquement et psychologiquement, d'intensité variable, d'un sujet à l'autre pour une même stimulation, et différemment d'un jour à l'autre pour un même individu. Les quatre principales composantes de la douleur, sensorielle-discriminative « Souffrir dans sa chair » affective et émotionnelle « Souffrir avec son cœur », cognitive « Souffrir avec sa tête », et comportementale – « Souffrir avec ses gestes », se retrouvent particulièrement intriquées en phase palliative d'une maladie grave.

Concernant les autres symptômes que la douleur, leur fréquence varie selon les études. L'asthénie, l'anorexie, la constipation, les candidoses buccales, la rétention urinaire, l'encombrement proximal et les troubles

neuropsychiques sont les plus fréquents. Ils ont comme caractéristiques d'être associés, voire intriqués, surtout en phase terminale des soins palliatifs. Des recommandations concernant les modalités de prises en charges des principaux symptômes ont été développées [HAS 2004, AFSSAPS 2002, Sédation 1999].

Des outils d'évaluation des symptômes ont été élaborés pour les patients en phase terminale. Une revue de la littérature conduite entre 1983 et 2000 [1] a recensé 64 outils. L'échelle la plus connue est celle de Bruera [2], Edmonton Symptom Assessment System (ESAS). Elle permet d'évaluer 9 symptômes (douleur, fatigue, nausée, dépression, anxiété, somnolence, appétit, bien-être et dyspnée).

Les professionnels de soins palliatifs ont des missions de formation, de conseil et de soutien auprès des équipes soignantes des services [circulaire 2002 et circulaire 30 mai 2000 article D.712-35 pour HAD]. L'aide à l'évaluation des symptômes entre dans leur champ d'activité. Une évaluation rigoureuse des symptômes, une appréciation attentive des besoins du malade et de sa famille, la motivation et l'implication forte de l'ensemble des soignants sont les garants de soins palliatifs de qualité.

## Objectifs d'évaluation des pratiques

- Evaluer l'organisation et la pluridisciplinarité de l'équipe de soins
- Sensibiliser les équipes des services à la prise en charge des symptômes des patients requérant des soins palliatifs
- Evaluer la qualité du repérage et du suivi des symptômes des patients requérant des soins palliatifs

## Recommandations utilisées / textes de référence

- Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D/2002/n° 2002/98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, en application de la loi du 9 juin 1999.
- Circulaire DHOS/O2 n°2004-257 du 9 juin 2004 relative à la diffusion du guide de bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissements.
- Circulaire DHOS/O2 n°2004-290 du 25 juin 2004 relative à la diffusion du guide pour l'élaboration du dossier de demande de lits identifiés en soins palliatifs.
- Anaes. Modalité de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. 2002 [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr)
- SFAP. Référentiel d'accréditation. 2001
- AHRQ. National Consensus Project Steering Committee. Clinical practice guidelines for quality palliative care. Domain 2 Physical aspects of care. <http://www.nationalconsensusproject.org/guideline.pdf>
- Infirmiers Collège Soins. L'IDE et les soins palliatifs. Masson ed. 2005
- Afssaps. Soins Palliatifs : spécificité d'utilisation des médicaments courants hors antalgiques. Recommandations 2002 <http://agmed.sante.gouv.fr/htm/5/rbp/palreco.pdf>
- SFASP. La sédation pour détresse en phase terminale. Recommandations de la SFAP. Symposium 2002.
- SFAP. Recommandation pour l'indication et l'utilisation de la PCA. Février 2006

## Composition du groupe de travail régional Soins Palliatifs

\* Sous groupe symptômes

\* Madame Claudine ANDRIOT (Centre Médical du Château de Bassy, Saint Médard de Mussidan)

\* Docteur Patrick BANDON (MSP Bordeaux Bagatelle)

\* Madame Marie-Antoinette BANOS (CH Pau)  
\* Madame Betty BRIOLE CH de Mont de Marsan  
\* Docteur Maïté BECERRO-HALLARD CH de Mont de Marsan  
\* Docteur Pierre BRILLAXIS CH de la Côte Basque  
Docteur Catherine BRUNEAU Maison des Dames du Calvaire  
\* Docteur Benoît BURUCOA Centre Régional d'Accompagnement et de Soins Palliatifs  
\* Docteur Anne COUSTETS (Santé Service Bayonne et Région)  
Docteur Olivier DAHAN Clinique de Bordeaux Nord  
\* Madame Denise DEBORDES CH de Mont de Marsan  
\* Docteur François DE LA FOURNIERE Centre Hospitalier de Pau  
Madame Sandrine DOMECCQ (CCECQA, Pessac)  
\* Docteur Marie-Françoise DELZOR JACQUEMIN Centre Médical du Château de Bassy  
\* Madame Véronique GIRAUD Maison des Dames du Calvaire  
\* Docteur Patrick LEPAULT Maison des Dames du Calvaire  
\* Madame Josiane MASSOU (CH Pau)  
Docteur Catherine POURIN (CCECQA, Pessac)  
\* Docteur Philippe RIGAUD Clinique Annie Enia  
\* Dr Claude TOULOUSE Maison des Dames du Calvaire  
\* Madame Mireille FERREOL Centre Régional d'Accompagnement et de Soins Palliatifs  
Madame Nadine GERVAIS CH de Périgueux  
Madame Delphine GRELOT Institut Bergonié  
Docteur Gérard GUESDON Institut Bergonié  
Monsieur Pierre GURLER Consultation Médico-psychologique  
Docteur Jean-Michel RATE Centre Hospitalier de Dax  
Madame Marie-Pierre TACHOIRES Centre Hospitalier de Dax

## Professionnels des établissements expérimentateurs

- Dr Marie-Françoise DELZOR JACQUEMIN, Mme Céline DUCAZEUX, Mme Claudine ANDRIOT (Centre Médical du Château de Bassy, Saint Médard de Mussidan)
- Dr Anne COUSTETS, M Christophe HODY (Service Santé Bayonne et Région)
- Mme Marie-Antoinette BANOS, Dr François DE LA FOURNIERE, Mme MASSOU Josiane, Mme Emilie CANDAU-TILH, Mme MAZOU (CH de Pau)
- Dr Maïté BECERRO-HALLARD, Mme Geneviève DUPOUY (CH Mont de Marsan),
- Dr Patrick LEPAULT, Dr Catherine BRUNEAU, Dr Claude TOULOUSE, Mme Véronique GIRAUD, Mme Michelle RUSTICHELLI (Maison des Dames du Calvaire, Bordeaux)
- Dr DUVAL, Dr LOUDETTE (Clinique Annie Enia)

## Méthode

### Méthode d'évaluation des pratiques

Il n'a pas été identifié d'outil d'évaluation des pratiques professionnelles déjà existant sur le thème des symptômes en soins palliatifs. La méthode de l'audit organisationnel et de l'audit des pratiques est proposée.

- Une première partie organisationnelle est à remplir collectivement en réunion pluridisciplinaire par chacun des services volontaires à participer à cette EPP,
- La seconde partie est un audit ciblé des dossiers médicaux des patients requérant des soins palliatifs en hospitalisation traditionnelle ou à domicile de plus de 48 heures.

### Établissements et services concernés

Tout établissement de santé prenant en charge des patients requérant des soins palliatifs.

Tous les services prenant en charge des patients requérant des soins palliatifs :

- les services d'hospitalisation (court séjour, SSR, SLD)
- les services ayant des lits identifiés en soins palliatifs
- les services d'hospitalisation à domicile
- Les Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP) intervenant dans les établissements de santé ou à domicile
- Les unités de Soins Palliatifs (U.S.P)
- Les Réseaux de Soins Palliatifs

### Population

Patients concernés : patients requérant des soins palliatifs en hospitalisation traditionnelle ou à domicile (patients atteints de maladie grave ou évolutive ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée ou terminale).

#### *Critères d'inclusion*

Différents moyens sont proposés pour repérer ces patients au sein de l'établissement, par exemple :

1. à partir du statut administratif du service : USP et les lits identifiés,
2. à partir du codage Z 51.5 du PMSI en diagnostic principal ou associé : service utilisant le plus fréquemment ce codage dans l'établissement,
3. à partir de la file active des patients pris en charge par une l'EMSP
4. à partir du mode de prise en charge principal pour l'HAD.

#### *Critères d'exclusion*

Durée de séjour du patient inférieure ou égale à 2 jours dans le service dont l'hospitalisation est évaluée.

### Type d'étude

Analyse rétrospective de dossiers de patients requérant des soins palliatifs couplée à une analyse organisationnelle conduite au sein du ou des services de soins.

## Echantillon

En l'absence de taux de respect de bonne pratique de référence, une attitude empirique reposant sur des paramètres d'acceptabilité et de faisabilité de la durée de la période d'inclusion est proposée. Un nombre de **30 dossiers** de patients requérant des soins palliatifs à étudier est proposé par établissement. Ce nombre pourra être adapté en fonction de l'activité palliative des services et du nombre de décès annuel recensés.

## Organisation de l'auto-évaluation

La démarche EPP est fondée sur une auto-évaluation par les professionnels eux-mêmes.

La démarche est conduite avec l'accord de la direction et du responsable médical du ou des services concernés.

Ce travail est fait en collaboration avec les responsables du DIM de l'établissement.

## Responsable au sein de l'établissement

Un groupe de travail *ad hoc* impliquant les différents types de professionnels et les différents types de services en relation est à mettre en place au sein de l'établissement. Un (ou des) chef(s) de projet est (sont) désigné(s).

## Sélection des dossiers

La méthode rétrospective est proposée. Elle consiste à sélectionner les dossiers à partir de la base de données PMSI (selon critères d'inclusion et d'exclusion) sur les 6 derniers mois (si cette période n'est pas suffisante pour atteindre le nombre de dossiers nécessaire, la sélection pourra se faire sur une période plus longue). En fonction de l'activité de l'établissement en soins palliatifs, la sélection sur la période donnée pourra se faire soit de façon exhaustive, soit par tirage au sort. Dans ce cas, le nombre de dossiers à tirer au sort sera majoré de 10% à 15% afin de pallier le nombre de dossiers non retrouvés.

Il est proposé d'utiliser le codage PMSI Z51.5. Les patients seront tirés au sort parmi les services volontaires. Le tirage au sort sera réalisé chez les patients dont le dernier séjour a été codé Z51.5 par le service. Ces patients auront été hospitalisés au moins 2 jours dans ce service.

Cette approche est à compléter ou à remplacer par la file active des patients pris en charge par l'EMSP intervenant dans l'établissement.

En fonction de l'organisation du service (des moments de concertation de l'équipe prévus), la méthode de sélection peut être prospective.

Par exemple : dans le cas d'une HAD, des réunions bimensuelles sont organisées par secteur géographique. Au cours de ces réunions, deux cas de la file active des patients sont revus par les professionnels les prenant en charge. La zone géographique couverte par le service de HAD est composée de 6 secteurs. Au total, 24 cas sont ainsi étudiés chaque mois (2 réunions par mois x 2 patients x 6 secteurs). L'audit sur « dossier-patient » peut alors être réalisé dans le cadre de cette réunion après que les professionnels aient été formés.

## Responsable du recueil

Le responsable du recueil est le chef de projet au niveau de l'établissement.



### **Recueil des données**

Le recueil sera réalisé par les équipes de soins. Le chef de projet devra assurer la qualité et la complétude du recueil. Il pourra désigner un référent par service qui aura la responsabilité d'une part de la conduite de l'audit organisationnel dans son service et d'autre part la conduite éventuelle de l'audit ciblé des dossiers médicaux. Pour la conduite de l'auto-évaluation des dossiers médicaux, les professionnels peuvent fonctionner en binôme (conseillé) et sont formés au remplissage des grilles de recueil de l'audit ciblé (annexe 2) à partir de cas concrets (exemple sur dossier). Lorsque tous les dossiers sont sélectionnés et retrouvés, le remplissage d'une grille de recueil pour chaque patient est à réaliser.

En amont ou en aval de ce recueil, une grille d'audit organisationnel (annexe 1) est à remplir par les professionnels du ou des services (médecins, para-médicaux ...) participant à cette EPP, même si aucun dossier de patient ne fait l'objet d'une évaluation par audit ciblé du dossier.

### **Supports de collecte**

Deux grilles sont proposées :

1. Une **grille d'audit organisationnel** est à remplir en réunion pluridisciplinaire de service, pour chacun des services réalisant cette EPP. Le chef de projet ou un référent projet par service anime cette réunion. Un consensus doit être obtenu au sein de l'équipe pour statuer la conformité ou la non-conformité des critères dans le service. Cette grille comporte au total 25 critères pour les services de soins et 22 critères EMSP. Chacun d'eux est à évaluer à l'aide d'une échelle à 4 modalités de réponses. Des éléments de preuve sont proposés à l'équipe pour orienter les discussions aux cours des échanges. Enfin la grille comporte une colonne axe d'amélioration permettant de noter les idées, les réflexions, les éléments intéressants à mettre en place ultérieurement, à envisager à chaud. Il ne s'agit pas de la formalisation des actions d'amélioration à mettre en place. Un guide d'aide au remplissage est proposé en annexe.
2. Une **grille d'audit ciblé du dossier médical** est à remplir par les enquêteurs pour chaque patient dont la prise en charge des symptômes est évaluée. Un guide d'aide au remplissage est proposé en annexe.

### **Analyse des données**

Cette étape doit permettre d'examiner les résultats obtenus et de guider la réflexion vers la recherche d'améliorations possibles.

L'établissement évalué réalise sa propre saisie et analyse des données selon le plan d'analyse en annexes.

Cet outil d'évaluation a fait l'objet d'un développement sur la plateforme EPP OnLine, un service web pour les professionnels de santé mise au point par le CCECQA.

L'établissement peut ainsi saisir directement les données recueillies et obtenir les résultats de façon automatisée. EPP OnLine est accessible via le site du CCECQA : [www.ccecqa.asso.fr](http://www.ccecqa.asso.fr) dans la rubrique de la barre de menu « Plateforme EPP ». Les établissements adhérents du CCECQA peuvent y accéder gratuitement, pour les autres, une participation forfaitaire est demandée. Dans tous les cas, il est indispensable, pour obtenir un accès à cette plateforme, d'en faire la demande par mèl à l'adresse suivante : [ahmed.djihoud@ccecqa.asso.fr](mailto:ahmed.djihoud@ccecqa.asso.fr).

Les écarts entre la pratique réelle et la référence sont identifiés et leurs causes analysées. Celles-ci peuvent être d'origine professionnelle, organisationnelle ou institutionnelle.

## Confidentialité des données

Rappelons que l'EPP réalisée dans le cadre de la procédure de certification des établissements est fondée sur une évaluation en équipe de soins.

Il est proposé aux praticiens de les identifier à l'aide d'un code médecin (cf. annexe 4 pour la définition de ce code et assurer l'anonymat) afin de permettre de valoriser ce projet dans le cadre d'une évaluation des pratiques individuelle. Dans le cas d'une analyse des pratiques par médecin, les données propres à chaque médecin sont adressées au seul médecin concerné.

Des règles strictes de confidentialité sont en outre fondées sur un engagement des enquêteurs à respecter scrupuleusement le secret professionnel, sur une information précise des établissements participants, des patients et des enquêteurs.

## Retour d'information

Un retour d'information vers l'ensemble des professionnels impliqués dans cette thématique doit être envisagé par le chef de projet et le groupe de travail

## Justification des critères d'évaluation

La justification présentée repose sur des éléments issus des textes de références cités plus haut.

### A. Existence d'une organisation structurée en pluridisciplinarité

Le fonctionnement du service permet un travail en pluridisciplinarité en termes de compétence et d'organisation. Ces compétences sont internes au service ou à l'établissement ou en lien avec d'autres acteurs dans le cadre d'échanges formalisés. L'organisation du service met en place des réunions régulières associant l'ensemble des intervenants médicaux, para-médicaux et sociaux. Deux types de réunions sont à distinguer : d'une part des réunions permettant de répondre au mieux aux besoins des patients et de leur famille et assurer une meilleure cohérence des soins pour chacun des patients et, d'autre part des réunions institutionnelles ou des problématiques de soins palliatifs peuvent notamment être développées.

Un projet de service formalisé précise la prise en charge des patients en soins palliatifs  
Le service / EMSP utilise des procédures pour la prise en charge de la douleur et des autres symptômes  
Le service fait appel à l'EMSP pour bénéficier d'une expertise sur la prise en charge de la douleur et des autres symptômes  
L'EMSP diffuse des procédures de prise en charge de la douleur et des autres symptômes  
Des réunions régulières pluridisciplinaires (médecins, para-médicaux, ...) de synthèse sur les patients sont organisées  
Le service / l'EMSP fait appel à des personnes ressources en soins palliatifs et douleur  
Le service / l'EMSP est représenté(e) au CLUD par un médecin, une infirmière, autre...

### B. Existence d'un programme de formation pour le personnel concerné

Un programme de formation est engagé par l'établissement pour l'ensemble du personnel concerné. Une sensibilisation ou une formation en soins palliatifs au soulagement des douleurs et des autres symptômes a été mis en place par l'établissement. Périodiquement, les internes et étudiants reçoivent une formation en soins palliatifs sur le maniement des antalgiques, au soulagement des symptômes, au travail en équipe et à la réflexion éthique.

Le service / l'EMSP a reçu une sensibilisation ou une formation en soins palliatifs sur le soulagement des douleurs et des autres symptômes  
Le service / l'EMSP a reçu une sensibilisation sur les prescriptions anticipées personnalisées concernant la douleur et les autres symptômes en situation palliative  
Les textes de références (textes de lois, recommandations, référentiels ...) sont mis à la disposition de l'équipe  
Le service a accès à la documentation (bibliothèque, internet...)  
L'EMSP a un service de documentation  
L'EMSP répond aux demandes de sensibilisation ou de formation du service

### **C. Existence de locaux et de moyens matériels spécifiques à la prise en charge de la douleur et des symptômes**

L'aménagement des locaux et les moyens matériels mis à la disposition de l'équipe sont adaptés à la prise en charge de la douleur et des symptômes. Ils peuvent être communs à plusieurs services.

Le service a demandé ou dispose du matériel spécifique adapté à la prise en charge en soins palliatifs - non disponible au niveau du service mais pouvant toutefois, en fonction des besoins, être mis à la disposition des malades (par exemple : matelas à air dynamique, PCA, pousses seringues...)

### **D. Traçabilité des éléments de continuité de soins (évaluation de la douleur et des symptômes, intervention des différents acteurs...)**

Il existe un support écrit à l'évaluation des douleurs et des symptômes. L'évaluation de la douleur et des symptômes doit se faire systématiquement au début de la prise en charge, et régulièrement dans le cadre d'un suivi. La méthode d'évaluation doit associer une connaissance globale de la personne, l'écoute du patient, un examen clinique médical complet, le choix des critères d'évaluation adapté au contexte pathologique et culturel. L'interrogatoire et l'examen clinique sont indispensables, ils permettent d'orienter le diagnostic étiologique de la douleur et de prioriser le mécanisme des douleurs. Il existe, dans le dossier de soins, des explications médicales concernant les douleurs du patient ainsi que leur(s) mécanisme(s). Des échelles validées sont utilisées.

Il existe un projet de prise en charge globale personnalisé et formalisé pour chaque patient, élaboré en pluridisciplinarité

Le service évalue la douleur à l'arrivée dans le service

L'EMSP évalue systématiquement la douleur des patients lors de ses interventions

Le service / l'EMSP utilise un ou plusieurs outil(s) d'évaluation de la douleur

Le service met en place un suivi régulier de la prise en charge de la douleur

L'EMSP propose un suivi régulier de la prise en charge de la douleur

Le service évalue les autres symptômes que la douleur à l'arrivée dans le service

L'EMSP évalue systématiquement les autres symptômes que la douleur des patients lors de ses interventions

Le service / l'EMSP utilise un ou plusieurs outil d'évaluation des autres symptômes que la douleur

Le service met en place un suivi régulier de la prise en charge des autres symptômes que la douleur

L'EMSP propose un suivi régulier de la prise en charge de la douleur

Le service utilise des prescriptions anticipées personnalisées pour le traitement de la douleur

L'EMSP propose des prescriptions anticipées personnalisées pour le traitement de la douleur et des autres symptômes

Le service utilise des prescriptions anticipées personnalisées pour le traitement des autres symptômes que la douleur

Le service utilise des prescriptions anticipées et personnalisées, en cas de symptômes intense d'apparition brutale (étouffement, hémorragies, etc...).

L'EMSP propose des prescriptions anticipées personnalisées en cas de symptômes intense d'apparition brutale (étouffement, hémorragies, etc...).

Le service assure la traçabilité de l'intervention de l'EMSP dans le dossier patient

L'EMSP assure la traçabilité de son intervention dans les dossiers médicaux du service

Des fiches de liaison assurant la continuité des soins (transferts, retour à domicile) comportant des rubriques sur la prise en charge de la douleur et des autres symptômes existent

L'EMSP propose des fiches de liaison assurant la continuité des soins (transferts, retour à domicile) comportant des rubriques sur la prise en charge de la douleur et des autres symptômes existent

## Références

1. Bruera E, Kuehn N, Miller M, Selmsler P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care* 1991;7(2):6-9.
2. K Landrum. Pain and Physical Symptoms - literature review.
3. Mercadante S, Casuccio A, Fulfaro F. The course of symptom frequency and intensity in advanced cancer patients followed at home. *Journal of Pain and Symptom Management* 2000;20(2):104-112.
4. Wilson KG, Graham ID, Viola RA, Chater S, de Faye BJ, Weaver LA, Lachance JA. Structured interview assessment of symptoms and concerns in palliative care. *Can J Psychiatry*. 2004 Jun;49(6):350-8.
5. Portenoy R, Thaler H, Kornblith A, Lepore J, Friedlander-Klar H, Kiyasu E, et al. The Memorial Symptom Assessment Scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *Eur J Cancer* 1994;30A(9):1326-1336.
6. <http://www.chcr.brown.edu/pcoc/Physical.htm> (dernière mise à jour le 30/08/2000, dernière visite le 21/03/06).
7. Melzack R. Pain measurement and assessment. Raven Press ed. New York; 1983.
8. Boureau F, Luu M, Héricord P. Evaluation de l'intensité de la douleur au service d'accueil et des urgences. Intérêt des échelles d'évaluation. *Réan urg* 1993;2(3bis):331-335.
9. Wary B, Serbouti S. Doloplus : validation d'une échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée. *Revue Douleurs* 2001;2:1.
10. Lisspers J, Nygren A, Soderman E. Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD): some psychometric data for a Swedish sample. *Acta Psychiatr Scand* 1997;96(4):281-286.
11. Skrobik Y. Le délirium aux soins palliatifs. *Urgence pratique* 2004;66:5-9.
12. Inouye S, Yck CV, Slessi C, Balkin S, Siegal A, Horwitz R. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med* 1991;113:941-948.
13. Derouesné C, et al. Le Mini-Mental State Examination (MMSE) : un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien. *La Presse Médicale* 1999;28:1141-1148.
14. Julie Hearn, Irene J Higginson, on behalf of the Palliative Care Core Audit Project
15. Advisory Group. Development and validation of a core outcome measure for palliative care: the palliative care outcome scale. *Quality in Health Care* 1999;8:219-27 <http://www.chcr.brown.edu/pcoc/Physical.htm>.  
Téléchargement des questionnaires :
16. Staff <http://www2.edc.org/lastacts/archives/archivesJan00/StaffPOS.asp>
17. Patient <http://www2.edc.org/lastacts/archives/archivesJan00/PatientPOS.asp>
18. Grille de saisie <http://www2.edc.org/lastacts/archives/archivesJan00/POSScore.asp>

**Annexe 1 :**  
**Grilles de recueil**

## Grille d'audit organisationnel - Service de soins

Nom du service : \_\_\_\_\_

Fait le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Participation (nombre- effectif) : |\_\_|\_\_|

Critères à évaluer par l'équipe → 4 : conformité totale, 3 : conformité en grande partie, 2 : peu conforme ou conformité partielle, 1 : non conforme → NA : Non Applicable	Conformité Score de 1 à 4					Proposition d'éléments d'évaluation à discuter et à vérifier par l'équipe	Axes d'amélioration
	4	3	2	1	NA		
1. Un projet de service ( ou établissement) formalisé précise la prise en charge des patients en soins palliatifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si ce document existe, est-il connu de l'équipe ? Par qui et à quel moment a-t-il été rédigé ? Est-il en cohérence avec l'activité et les pratiques du service ? A-t-il été validé par la tutelle ? Si ce document n'existe pas, est-il en cours d'élaboration ?	
2. Le service utilise des procédures pour la prise en charge de la douleur et des autres symptômes (soins, traitement, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	On entend par « procédure » la description d'une activité c'est-à-dire la description de l'organisation de la prise en charge de la douleur et des autres symptômes	
3. Le service fait appel à l'EMSP pour bénéficier d'une expertise sur la prise en charge de la douleur et des autres symptômes - NA pour les USP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'expertise demandée peut être en terme de conseil, de formation, d'aide à la prescription (ex : protocole thérapeutique...), d'aide à la prise en charge de l'entourage	
4. Des réunions régulières pluridisciplinaires (médecins, paramédicaux, ...) de synthèse sur les patients sont organisées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lister les différents moments de concertation des membres de l'équipe et les objectifs de ces réunions. Fréquence et participation à ces réunions, notamment par les médecins	
5. Le service fait appel à des personnes ressources en soins palliatifs et douleur, internes à l'établissement <i>NA pour les USP</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Une « personne ressource » est définie comme une personne interne ou externe au service ou à l'établissement, ayant une formation sur la prise en charge en SP et/ou de la douleur. Elle est <u>identifiée</u> comme telle au sein de l'établissement dont les <u>disponibilités</u> sont connues.	
6. Le service fait appel à des personnes ressources en soins palliatifs et douleur, externes à l'établissement <i>NA pour les USP</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quelles sont ces personnes et leurs actions ? Recenser les interventions auprès des malades, des familles et des équipes.	

## Grille d'audit organisationnel - Service de soins

Critères à évaluer par l'équipe → 4 : conformité totale, 3 : conformité en grande partie, 2 : peu conforme ou conformité partielle, 1 : non conforme → NA : Non Applicable	Conformité Score de 1 à 4					Proposition d'éléments d'évaluation à discuter et à vérifier par l'équipe	Axes d'amélioration
	4	3	2	1	NA		
7. Un Comité de Lutte contre la Douleur est désigné au sein de l'établissement et élabore un projet écrit d'amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  Si OUI : le service est représenté au CLUD par un médecin, une infirmière, autre...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Vérifier si le CLUD est opérationnel, si le projet d'amélioration comporte des actions concrètes à mettre en œuvre et si ce projet est validé par le CCM, la DSSI et le comité d'évaluation  Connaissance de sa composition et de ses missions	
8. L'équipe a reçu une sensibilisation ou une formation en soins palliatifs sur le soulagement des douleurs et des autres symptômes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Nombre et catégorie de personnels du service ayant bénéficié d'une sensibilisation ou d'une formation à la prise en charge de la douleur et des autres symptômes en soins palliatifs Plan de formation Recensement des actions de sensibilisation	
9. L'équipe a reçu une sensibilisation sur les prescriptions anticipées personnalisées concernant la douleur et les autres symptômes en situation palliative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10. Les textes de références (textes de lois, recommandations, référentiels ...) sont mis à la disposition de l'équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Liste des recommandations diffusées dans le service (support, format...)	
11. L'équipe a accès à la documentation (bibliothèque, internet...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Les membres de l'équipe ont accès à des ouvrages, revues professionnelles, articles. Préciser la localisation de cette documentation (bibliothèque et/ou accès internet...) Identifier le recours par l'équipe à ce service	
12. L'EMSP répond aux demandes de sensibilisation ou de formation du service - NA pour les USP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Détail des interventions réalisées : nombre d'interventions, de formations /an réalisées dans le service.	



## Grille d'audit organisationnel - Service de soins

Critères à évaluer par l'équipe → 4 : conformité totale, 3 : conformité en grande partie, 2 : peu conforme ou conformité partielle, 1 : non conforme	Conformité Score de 1 à 4				Proposition d'éléments d'évaluation à discuter et à vérifier par l'équipe	Axes d'amélioration
	4	3	2	1		
13. L'équipe a demandé ou dispose du matériel spécifique adapté à la prise en charge en soins palliatifs - non disponible au niveau du service mais pouvant toutefois, en fonction des besoins, être mis à la disposition des malades (par exemple : matelas à air dynamique, PCA, pousses seringues...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Type de matériel et quantité dont dispose le service, projet d'acquisition	
14. Il existe un projet de prise en charge globale personnalisé et formalisé pour chaque patient, élaboré en pluridisciplinarité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quelle est la définition du projet de prise en charge globale au sein du service ? Est-il actualisé pour chaque patient ? Par qui ? Exemple de définition : le projet de PEC globale personnalisé est composé d'un projet thérapeutique, d'un projet soignant et d'un projet social dont les objectifs sont redéfinis et tracés pour chaque patient par l'équipe à chaque entrée et en cours de prise en charge	
15. L'équipe évalue la douleur à l'arrivée dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Par qui ?	
16. L'équipe utilise un ou plusieurs outil(s) d'évaluation de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Les outils utilisés, connus	
17. L'équipe met en place un suivi régulier de la prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Identifier le protocole de PEC de la douleur : diagnostic (évaluation de la douleur), traitement (protocole thérapeutique), suivi (évaluation de l'efficacité du traitement)	
18. L'équipe évalue les autres symptômes que la douleur à l'arrivée dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Par qui ?	
19. L'équipe utilise un ou plusieurs outils d'évaluation des autres symptômes que la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Les outils utilisés, connus	

## Grille d'audit organisationnel - Service de soins

Critères à évaluer par l'équipe → 4 : conformité totale, 3 : conformité en grande partie, 2 : peu conforme ou conformité partielle, 1 : non conforme → NA : Non Applicable	Conformité Score de 1 à 4					Proposition d'éléments d'évaluation à discuter et à vérifier par l'équipe	Axes d'amélioration
	4	3	2	1	NA		
20. L'équipe met en place un suivi régulier de la prise en charge des autres symptômes que la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Identifier le protocole de PEC des autres symptômes autres que la douleur : diagnostic (évaluation des symptômes), traitement (protocole thérapeutique), suivi (évaluation de l'efficacité du traitement)	
21. L'équipe utilise des prescriptions anticipées personnalisées pour le traitement de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Mise en place de prescription anticipée (PA) et suivi des PA	
22. L'équipe utilise des prescriptions anticipées personnalisées pour le traitement des autres symptômes que la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Recensement des protocoles Des indicateurs peuvent être mis en place comme par exemple le nombre de PA prescrites et modifiées par séjour, le nombre d'applications de PA par les IDE, le nombre de modifications de traitement de fond après utilisation des PA	
23. L'équipe utilise des prescriptions anticipées et personnalisées, en cas de symptômes intenses d'apparition brutale (étouffement, hémorragies, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
24. Le service assure la traçabilité de l'intervention de l'EMSP dans le dossier patient - NA pour les USP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Identifier le support de traçabilité : emplacement dans le dossier médical, dossier de soins, listing informatique...	
25. Des fiches de liaison assurant la continuité des soins (transfert, retour à domicile) et comportant des rubriques sur la prise en charge de la douleur et des autres symptômes existent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Existence, utilisation, contenu de ces fiches Traçabilité de l'envoi (vérification de la date à partir de la copie, de la trace informatique...)	

## Grille d'audit organisationnel - EMSP

Nom de l'EMSP : \_\_\_\_\_

Fait le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Participation (nombre- effectif) : |\_\_|\_\_|

Critères à évaluer par l'équipe → 4 : conformité totale, 3 : conformité en grande partie, 2 : peu conforme ou conformité partielle, 1 : non conforme	Conformité Score* de 1 à 4				Proposition d'éléments d'évaluation à discuter et à vérifier par l'équipe	Axes d'amélioration
	4	3	2	1		
1. Un projet de service (ou établissement) formalisé précise la prise en charge des patients en soins palliatifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si ce document existe, est-il connu de l'équipe ? Par qui et à quel moment a-t-il été rédigé ? Est-il en cohérence avec l'activité et les pratiques du service ? A-t-il été validé par la tutelle ? Si ce document n'existe pas, est-il en cours d'élaboration ?	
2. L'EMSP utilise des procédures pour la prise en charge de la douleur et des autres symptômes (soins, traitement, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	On entend par « procédure » la description d'une activité c'est-à-dire la description de l'organisation de la prise en charge de la douleur et des autres symptômes	
3. L'EMSP diffuse des procédures de prise en charge de la douleur et des autres symptômes (soins, traitement, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'expertise demandée peut être en terme de conseil, de formation, d'aide à la prescription (ex : protocole thérapeutique...), d'aide à la prise en charge de l'entourage	
4. Des réunions régulières pluridisciplinaires (médecins, para-médicaux, ...) de synthèse sur les patients sont organisées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lister les différents moments de concertation des membres de l'équipe et les objectifs de ces réunions. Fréquence et participation à ces réunions, notamment par les médecins	
5. L'EMSP fait appel à des personnes ressources en soins palliatifs et douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Une « personne ressource » est définie comme une personne interne ou externe au service ou à l'établissement, ayant une formation sur la prise en charge en SP et/ou de la douleur. Elle est identifiée comme telle au sein de l'établissement. Quelles sont ces personnes et leurs actions ? Recenser les interventions auprès des malades, des familles et des équipes.	

## Grille d'audit organisationnel - EMSP

Critères à évaluer par l'équipe → 4 : conformité totale, 3 : conformité en grande partie, 2 : peu conforme ou conformité partielle, 1 : non conforme	Conformité Score* de 1 à 4				Proposition d'éléments d'évaluation à discuter et à vérifier par l'équipe	Axes d'amélioration
	4	3	2	1		
<p>6. Un Comité de Lutte contre la Douleur est désigné au sein de l'établissement et élabore un projet écrit d'amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si OUI : L'EMSP est représentée au CLUD par un médecin, une infirmière, autre...</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Vérifier si le CLUD est opérationnel, si le projet d'amélioration comporte des actions concrètes à mettre en œuvre et si ce projet est validé par le CCM, la DSSI et le comité d'évaluation</p> <p>Connaissance de sa composition et de ses missions</p>	
7. L'EMSP a reçu une sensibilisation ou une formation en soins palliatifs sur le soulagement des douleurs et des autres symptômes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Nombre et catégorie de personnels du service ayant bénéficié d'une sensibilisation ou d'une formation à la prise en charge de la douleur et des autres symptômes en soins palliatifs</p> <p>Plan de formation</p>	
8. L'EMSP a reçu une sensibilisation ou une formation sur les prescriptions anticipées personnalisées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recensement des actions de sensibilisation	
9. Les textes de références (textes de lois, recommandations, référentiels...) sont mis à la disposition de l'EMSP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liste des recommandations diffusées dans le service (support, format...)	
10. L'EMSP a un service de documentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Les membres de l'équipe ont accès à des ouvrages, revues professionnelles, articles. Préciser la localisation de cette documentation (bibliothèque et/ou accès internet...)</p> <p>Identifier le recours par l'équipe à ce service</p>	
11. L'EMSP répond aux demandes de sensibilisation ou de formation des services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Détail des interventions réalisées : nombre d'interventions, de formations /an réalisées dans le service.	

## Grille d'audit organisationnel - EMSP

Critères à évaluer par l'équipe → 4 : conformité totale, 3 : conformité en grande partie, 2 : peu conforme ou conformité partielle, 1 : non conforme	Conformité Score* de 1 à 4				Proposition d'éléments d'évaluation à discuter et à vérifier par l'équipe	Axes d'amélioration
	4	3	2	1		
12. Il existe un projet de prise en charge globale personnalisé et formalisé pour chaque patient, élaboré en pluridisciplinarité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quelle est la définition du projet de prise en charge globale au sein du service ? Est-il actualisé pour chaque patient ? Par qui ? Exemple de définition : le projet de PEC globale personnalisé est composé d'un projet thérapeutique, d'un projet soignant et d'un projet social dont les objectifs sont redéfinis pour chaque patient par l'équipe à chaque entrée	
13. L'EMSP évalue systématiquement la douleur des patients lors de ses interventions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Par qui ? Quand ?	
14. L'EMSP utilise un ou plusieurs outil(s) d'évaluation de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Les outils utilisés, connus	
15. L'EMSP PROPOSE un suivi régulier de la prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Identifier le protocole de PEC de la douleur : diagnostic (évaluation de la douleur), traitement (protocole thérapeutique), suivi (évaluation de l'efficacité du traitement)	
16. L'EMSP évalue systématiquement les autres symptômes que la douleur des patients lors de ses interventions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Par qui ? quand ?	
17. L'EMSP utilise un ou plusieurs outils d'évaluation des autres symptômes que la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Les outils utilisés, connus	
18. L'EMSP PROPOSE un suivi régulier de la prise en charge des autres symptômes que la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Identifier le protocole de PEC des autres symptômes autres que la douleur : diagnostic (évaluation des symptômes), traitement (protocole thérapeutique), suivi (évaluation de l'efficacité du traitement)	

## Grille d'audit organisationnel - EMSP

Critères à évaluer par l'équipe → 4 : conformité totale, 3 : conformité en grande partie, 2 : peu conforme ou conformité partielle, 1 : non conforme	Conformité Score* de 1 à 4				Proposition d'éléments d'évaluation à discuter et à vérifier par l'équipe	Axes d'amélioration
	4	3	2	1		
19. L'EMSP PROPOSE des prescriptions anticipées personnalisées pour le traitement de la douleur et des autres symptômes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mise en place de prescription anticipée (PA) et suivi des PA	
20. L'EMSP PROPOSE des prescriptions anticipées et personnalisées, en cas de symptômes intenses d'apparition brutale (étouffement, hémorragies, etc).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recensement des protocoles Des indicateurs peuvent être relevés comme le nombre de PA prescrites et modifiées par séjour, le nombre d'applications de PA par les IDE, le nombre de modifications de traitement de fond après utilisation des PA ?	
21. L'EMSP assure la traçabilité de son intervention dans les dossiers médicaux du service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Identifier le support de traçabilité : emplacement dans le dossier médical, dossier de soins, listing informatique...	
22. L'EMSP PROPOSE des fiches de liaison assurant la continuité des soins (transferts, retour à domicile) et comportant des rubriques sur la prise en charge de la douleur et des autres symptômes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Existence, utilisation, contenu de ces fiches Traçabilité de l'envoi (vérification de la date à partir de la copie, de la trace informatique...)	

## Grille d'audit « Dossier-patient »

Des consignes de remplissage accompagnent cette grille

Caractéristiques du patient			
Etablissement : .....	Service évalué : .....		
Numéro du questionnaire :  _ _ _ _ _	Date de l'évaluation : ___ / ___ / ___		
Identification du(es) médecin(s) (code) responsable(s) du patient  _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _  ⇒ <i>FACULTATIF</i>			
Dossier du séjour évalué retrouvé :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Date de début d'hospitalisation : ___ / ___ / ___	Date de fin d'hospitalisation : ___ / ___ / ___	<input type="checkbox"/> NA	
Patient requérant des soins palliatifs :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
⇒ Si NON : Arrêt du remplissage de la grille			
Patient connu antérieurement du service :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
Éléments relatifs à la traçabilité de la douleur			
	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>NA</i>
1. La traçabilité de la présence ou de l'absence de douleur est retrouvée le jour de l'admission du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Il existe, dans le dossier des informations décrivant la douleur du patient (type, intensité, localisation, évolution dans le temps...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Une échelle d'évaluation de la douleur a été utilisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si Oui, préciser le nom de l'échelle : _____			
4. Le repérage de la présence ou de l'absence de douleur a fait l'objet d'un suivi journalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éléments relatifs à la traçabilité des autres symptômes que la douleur			
	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>NA</i>
5. La traçabilité de la présence ou de l'absence de symptômes est retrouvée le jour de l'admission du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Il existe, dans le dossier des informations décrivant les symptômes du patient (type, intensité, localisation, évolution dans le temps ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Une échelle d'évaluation des symptômes a été utilisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si Oui, préciser le nom de l'échelle : _____			
8. Le repérage de la présence ou de l'absence de symptômes a fait l'objet d'un suivi régulier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prescription anticipée personnalisée			
	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>NA</i>
9. Il existe une prescription médicale anticipée dans le dossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si OUI au critère 9			
10. Cette prescription est nominative, datée et signée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Chaque administration de la prescription anticipée est tracée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Grille d'audit « Dossier-patient »

### Éléments relatifs à l'intervention du référent douleur/soins palliatifs interne

Si le service évalué est une USP, ces éléments ne sont pas pertinents à recueillir, cocher cette case :  NA  
 Dans ce cas, aller au paragraphe « fin d'hospitalisation »

	Oui	Non	NA
12. Le référent douleur/soins palliatifs est intervenu pour ce séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si OUI au critère 12			
13. La demande d'intervention du référent douleur/soins palliatifs est dans le dossier médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Il existe une trace de l'intervention du référent douleur/soins palliatifs dans le dossier du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Il existe une trace des propositions du référent douleur/soins palliatifs dans le dossier du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si OUI au critère 15			
16. Les propositions faites par le référent douleur/soins palliatifs ont été mises en place dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Éléments relatifs à l'intervention de l'Equipe mobile de soins palliatifs

Si le service évalué est une USP, ces éléments ne sont pas pertinents à recueillir, cocher cette case :  NA  
 Dans ce cas, aller au paragraphe « fin d'hospitalisation »

	Oui	Non	NA
17. L'EMSP est intervenue pour ce séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si OUI au critère 17			
18. La demande d'intervention de l'EMSP (prescription médicale ou demande avec accord du médecin) est dans le dossier médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Il existe une trace de l'intervention de l'EMSP dans le dossier du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Il existe une trace des propositions de l'EMSP dans le dossier du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si OUI au critère 20			
21. Les propositions faites par l'EMSP ont été mises en place dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Éléments relatifs au courrier de sortie - fin d'hospitalisation

Si recueil prospectif, arrêter le remplissage de la grille  
 Préciser cette information en cochant ici  recueil prospectif

	Oui	Non	NA
22. Un courrier de fin d'hospitalisation ou compte-rendu d'hospitalisation est présent dans le dossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si OUI au critère 22			
23. La prise en charge de la douleur et des autres symptômes est précisée dans le courrier de sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24. La date d'émission du courrier est précisée Si Oui, précisez la date : ___ / ___ / ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25. L'intervention de l'EMSP est mentionnée dans ce document	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Annexe 2 :**  
**Consignes d'utilisation des grilles de recueil**

## Grille d'audit « Audit organisationnel »

Deux grilles sont proposées aux services volontaires :

- La grille « Service » est à compléter pour les structures accueillant des patients requérant des soins palliatifs : les services d'hospitalisation (court séjour, SSR, SLD), les services ayant des lits identifiés en soins palliatifs, les services d'hospitalisation à domicile, les unités de Soins Palliatifs (USP).
- La grille « EMSP » (Equipe Mobile de Soins Palliatifs) est spécifique aux interventions des EMSP et est à compléter pour les structures ayant une EMSP intervenant dans les établissements de santé ou à domicile

Une grille est à remplir par chacun des services volontaires participant à l'EPP. Ainsi, si dans un établissement, l'EMSP, trois services d'hospitalisation traditionnelle ou à domicile (avec ou sans lits identifiés, USP) sont volontaires pour réaliser cette EPP, autant de grilles d'audit organisationnel seront à remplir.

Le remplissage de la grille doit se faire lors d'une réunion pluridisciplinaire au sein de chacun des services volontaires. Le chef de projet ou un référent projet par service anime cette réunion de travail et complète la grille.

Le renseignement de chaque critère organisationnel doit reposer sur des éléments de preuve, le recueil nécessite donc de relever ces éléments (recherche des supports informationnels, les protocoles, renseignements auprès de la direction ou des affaires médicales...) et ils doivent être disponibles pour la réunion. Un temps de recensement de ces éléments doit être prévu.

Au cours de la réunion, pour chaque critère, un **score compris entre 1 et 4 doit être donné consensuellement par les professionnels du service.**

La cotation des critères est la suivante :

- 4 : conformité totale (si le service satisfait totalement aux exigences du critère)
- 3 : conformité en grande partie (si le service satisfait en grande partie aux exigences du critère)
- 2 : peu conforme ou conformité partielle (si le service ne satisfait que partiellement aux exigences du critère)
- 1 : non conforme (si le service ne satisfait pas aux exigences du critère).

Des éléments d'aide à la cotation sont listés dans la colonne « propositions éléments d'évaluation à discuter et à vérifier par l'équipe. Ces éléments ne sont pas à fournir et sont donnés à titre d'exemple.

La **colonne « Axes d'amélioration »** permet aux professionnels du service d'identifier les orientations d'amélioration envisagées au vu de la cotation des critères de la grille. Cela constitue une étape préalable à la mise en place des actions d'amélioration.

## Grille d'audit « Dossier-patient »

Pour chaque dossier-patient sélectionné (file active ou tirage au sort), une grille sera remplie.

Dans le cas où un patient a eu plusieurs séjours (en mono ou multi-services) correspondant aux critères d'inclusion (hospitalisation sur les 6 ou 12 derniers mois, durée de séjour strictement supérieure à 2 jours), une seule grille sera remplie pour le **dernier séjour**.

Avant le début du remplissage des grilles, il est nécessaire de recenser les différentes sources d'informations au sein de l'établissement permettant de recueillir les éléments demandés : le dossier patient, le dossier médical, le dossier de soins, version papier ou informatisé, listings existants...

### **Etablissement**

Noter en clair le nom de l'établissement

### **Service**

Noter en clair le nom du service.

### **Numéro du questionnaire**

Indiquer un numéro pour la grille de recueil, incrémenté de 1 à n en s'assurant d'éviter les doublons.

Remarque : ce numéro permet de retourner au dossier (informatisé ou format papier) pendant la période de recueil si besoin. La correspondance entre le numéro de la grille et le dossier (nom ou numéro patient) peut être répertoriée sur une feuille conservée au sein du service et détruite à la fin de l'étude. Un modèle est proposé en annexe 4. NE pas mettre le nom des patients sur les grilles.

### **Date d'évaluation**

La date d'évaluation correspond au jour de l'évaluation du dossier dans le cadre de l'audit ciblé des dossiers-patient. Son format est le suivant : jj/mm/aa.

### **Code du médecin responsable (facultatif)**

Indiquer le médecin responsable du patient lors de son séjour si le médecin est identifiable sur le dossier patient et si le médecin a donné son accord. Il peut s'agir du médecin libéral dans le cas d'une HAD par exemple.

Remarque : cette identification sur la grille de recueil peut être faite à l'aide d'un code de façon à assurer l'anonymat du médecin ; la correspondance entre le code et le nom du prescripteur sera faite avant le début du recueil sur une liste, conservée au sein du service. Un modèle est proposé en annexe.

### **Dossier retrouvé**

Répondre OUI si le dossier du séjour sélectionné pour l'évaluation a été retrouvé complet.

Répondre NON dans le cas contraire.

### **Date de début d'hospitalisation**

La date de début correspond au premier jour d'hospitalisation dans le service du séjour évalué ou le premier jour pris en charge par l'équipe. Son format est le suivant : jj/mm/aa.

### **Date de fin d'hospitalisation**

La date de sortie correspond au dernier jour d'hospitalisation dans le service du séjour évalué (ou fin de la prise en charge par l'équipe). Son format est le suivant : jj/mm/aa.

Répondre NA (Non Applicable) si le patient n'est pas sorti au moment de l'évaluation.

### **Patient requérant des soins palliatifs**

Répondre OUI si, d'après les éléments du dossier, le patient requière des soins palliatifs. Pour cela, les éléments de la définition des soins palliatifs sont à rechercher dans le dossier du patient : personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée ou terminale.

Répondre Non si, d'après les éléments du dossier le patient ne requière pas des soins palliatifs :

Personne non atteinte d'une maladie grave ou évolutive ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée ou terminale.

Dans le cas d'une réponse négative, stopper le remplissage de la grille en cours.

### **Patient connu du service**

Répondre OUI si le patient était connu du service antérieurement au séjour évalué.

Répondre NON dans le cas contraire.

Répondre NSP si le dossier antérieur n'est pas retrouvé.

### **Critères relatifs à la traçabilité de la douleur physique**

#### **Critère 1. La traçabilité de la présence ou de l'absence de douleur est retrouvée le jour de l'admission du patient**

Répondre OUI si une trace d'une évaluation de la douleur réalisée au début de la prise en charge du séjour évalué est retrouvée dans le dossier à la date du jour de l'admission du patient. Cette évaluation peut avoir été réalisée à l'aide d'une échelle ou non (commentaires ou score d'intensité de la douleur à l'aide d'une échelle, absence de douleur). La présence seule du mot douleur est suffisante à ce critère.

Répondre NON si aucune trace n'est retrouvée ou si les éléments du dossier ne permettent pas de dater l'information.

#### **Critère 2. Il existe, dans le dossier des informations décrivant la douleur du patient (type, intensité, localisation, évolution dans le temps...)**

Répondre OUI si une trace d'une évaluation de la douleur est retrouvée pour le séjour évalué. Il peut s'agir d'un commentaire sur la douleur du patient (ex : souffrance physique +++), le résultat d'une évaluation standardisée (avec une échelle validée) (ex : 8/10), un qualificatif sur l'état général (ex : douleur extrême), un commentaire sur la localisation de la douleur (ex : douleurs abdominales +++)... Par exemple, ces éléments peuvent se trouver dans le dossier « douleur » dans lequel est retrouvé une trace de la périodicité (évaluations quotidiennes), le nom de l'outil utilisé (EVA), la localisation (indication sur un schéma anatomique). La présence seule du mot douleur n'est pas suffisante à ce critère.

Répondre NON si aucune information décrivant la douleur du patient n'est retrouvée dans le dossier.

#### **Critère 3. Une échelle d'évaluation de la douleur a été utilisée**

On désigne par « échelle d'évaluation de la douleur » un outil validé permettant de mesurer l'intensité de la douleur et dont l'utilisation permet de déduire un score d'intensité douloureuse comparable dans le temps. Il existe des échelles d'auto-évaluation et des échelles d'hétéro-évaluation lorsque le patient ne peut coopérer.

Les échelles le plus fréquemment utilisées :

- Echelle Visuelle Analogique (EVA) ou Echelle Numérique (EN) : avec un résultat côté de 0 à 10 (ou 100)
- Echelle Verbale Simple (EVS) : elle consiste à fournir au patient au minimum 4 à 5 qualificatifs de la douleur standardisés dans l'établissement.

- Echelle d'Hétéro-évaluation (Doloplus, ECPA : chez la personne âgée).

Répondre OUI si une échelle a été utilisée au moins une fois au cours du séjour évalué du patient.

Répondre NON si aucune échelle d'évaluation n'a été utilisée au cours du séjour évalué du patient.

Dans le cas d'une réponse positive, préciser le nom de l'échelle. Si plusieurs échelles ont été utilisées, indiquer la plus fréquemment utilisée.

#### **Critère 4. Le repérage de la présence ou de l'absence de douleur a fait l'objet d'un suivi journalier**

Répondre OUI s'il existe dans le dossier un relevé journalier (tous les jours ou plus) d'une évaluation de la douleur (commentaires réguliers ou score d'intensité douloureuse à l'aide d'une échelle, absence de douleur).

Répondre NON si aucune trace d'une évaluation journalière de la douleur n'est retrouvée dans le dossier même en l'absence de douleur.

Répondre NA : si la durée trop courte du séjour évalué n'est pas compatible avec un suivi.

#### **Critères relatifs à la traçabilité des autres symptômes**

*On entend par symptômes autres que la douleur les signes physiques ou fonctionnels suivants : l'asthénie, l'anorexie, la constipation, les candidoses buccales, la rétention urinaire, l'encombrement proximal et les troubles neuropsychiques, la fatigue, la nausée, la dépression, l'anxiété, la somnolence, l'appétit, le bien-être, la dyspnée, les escarres.*

*Ces symptômes peuvent être liés ou non aux effets secondaires des thérapeutiques. Cette liste n'est pas exhaustive.*

#### **Critère 5. La traçabilité de la présence ou de l'absence de symptômes autres que la douleur est retrouvée le jour de l'admission du patient**

Répondre OUI si une trace d'une évaluation de certains symptômes autres que la douleur réalisée au début de la prise en charge du séjour évalué est retrouvée dans le dossier à la date du jour de l'admission du patient. Cette évaluation peut avoir été réalisée à l'aide d'une échelle ou non (commentaires ou score d'intensité d'un symptôme à l'aide d'une échelle, absence de symptôme). La présence seule du mot « symptôme » ou du signe physique ou fonctionnel correspondant à ce dernier est suffisante à ce critère.

Répondre NON si aucune trace n'est retrouvée ou si les éléments du dossier ne permettent pas de dater l'information.

#### **Critère 6. Il existe, dans le dossier des informations décrivant les symptômes du patient (type, intensité, localisation, évolution dans le temps ...)**

Répondre OUI si une trace d'une évaluation de certains symptômes autres que la douleur est retrouvée pour le séjour évalué. Il peut s'agir d'un commentaire sur tel ou tel symptôme (ex : dyspnéique+++ , constipation), le résultat d'une évaluation standardisée (avec une échelle validée) (ex : constipation : 8/10)... Ces éléments peuvent se trouver dans les transmissions ciblées.

Répondre NON si aucune information décrivant les symptômes du patient n'est retrouvée dans le dossier.

#### **Critère 7. Une échelle d'évaluation des symptômes a été utilisée**

De nombreuses échelles d'évaluation des symptômes existent dont les plus connues sont :

- L'échelle de Bruera, Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) : évaluation de 9 symptômes (douleur, fatigue, nausée, dépression, anxiété, somnolence, appétit, bien-être et dyspnée) par une échelle visuelle analogique cotée de 0 à 10 pour chaque symptôme.
- L'échelle de Portenoy, the Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) : évaluation de 32 symptômes en terme de fréquence, d'intensité et d'impact sur le moral ; cotation de 1 à 4 pour la fréquence et l'intensité et de 0 à 4 pour l'impact sur le moral.
- Des échelles spécifiques comme pour le suivi des escarres sont également disponibles (échelle de Braden).

Répondre OUI si une échelle a été utilisée au moins une fois au cours du séjour évalué du patient.

Répondre NON si aucune échelle d'évaluation n'a été utilisée au cours du séjour évalué du patient.

Dans le cas d'une réponse positive, préciser le nom de l'échelle. Si plusieurs échelles ont été utilisées, indiquer la plus fréquemment utilisée.

#### **Critère 8. Le repérage de la présence ou de l'absence de symptômes a fait l'objet d'un suivi régulier**

Répondre OUI s'il existe dans le dossier un relevé périodique d'une évaluation de certains symptômes autres que la douleur ou l'absence de symptômes (commentaires réguliers ou score d'intensité à l'aide d'une échelle).

Répondre NON si aucune trace d'une évaluation régulière des symptômes n'est retrouvée dans le dossier.

Répondre NA : si la durée trop courte du séjour évalué n'est pas compatible avec un suivi.

### **Critères relatifs à la prescription anticipée personnalisée**

#### **Critère 9. Il existe une prescription médicale anticipée dans le dossier**

On définit une « prescription anticipée personnalisée » comme une prescription médicale, personnalisée, rédigée par avance, et réadaptable à tout moment sous condition, si besoin. Par exemple « si anxiété, tranxène 10mg iv ».

La mise en place d'une PCA ne correspond pas à une prescription médicale anticipée.

Répondre OUI si une prescription médicale anticipée (ou copie ou trace informatique) est retrouvée dans le dossier.

Répondre NON si aucune trace de la prescription anticipée n'a été retrouvée

Si réponse OUI au critère 9, renseigner les critères 10 et 11.

Sinon, passer au critère 12.

#### **Critère 10. Cette prescription est nominative, datée et signée**

Chaque prescription anticipée doit être nominative, datée et signée.

Répondre OUI si chaque prescription anticipée retrouvée était nominative, datée et signée

Répondre NON si les trois éléments réglementaires (nom, date et signature) n'étaient pas retrouvés sur chaque prescription.

#### **Critère 11. Chaque administration de la prescription anticipée est tracée**

Répondre OUI si une trace de chaque administration de la prescription anticipée est retrouvée dans le dossier (ex : tranxène 10mg iv à 19h selon prescription anticipée...)

Répondre NON si aucune trace de cette administration n'est retrouvée dans le dossier.

Répondre NA si la prescription n'a pas été réalisée.

### **Critères relatifs à l'intervention du référent douleur/soins palliatifs de l'établissement**

Si le service évalué est une Unité de Soins Palliatifs (USP), ces critères ne sont pas pertinents à recueillir. Dans ce cas, cocher la case Non Applicable et passer aux critères relatifs à la fin d'hospitalisation

#### **Critère 12. Le référent douleur/soins palliatifs est intervenu pour ce séjour**

Répondre OUI si une trace de l'intervention de ces professionnels est retrouvée pour ce séjour.

Répondre NON si aucune trace n'est retrouvée.

Si réponse OUI au critère 12, renseigner les critères 13 à 15

Sinon, passer au critère 17

#### **Critère 13 : La demande d'intervention du référent douleur/soins palliatifs est dans le dossier médical**

Répondre OUI si la demande d'intervention du référent douleur/ soins palliatifs est retrouvée dans le dossier médical

Répondre NON si la prescription médicale n'est pas retrouvée

#### **Critère 14. Il existe une trace de l'intervention du référent douleur/soins palliatifs dans le dossier du patient**

Répondre OUI si une trace de l'intervention du référent douleur/ soins palliatifs est retrouvée dans le dossier (ex : nom des intervenants, dates, heures...)

Répondre NON si aucune trace n'est retrouvée dans le dossier.

#### **Critère 15 Il existe une trace des propositions du référent douleur/soins palliatifs dans le dossier du patient**

Répondre OUI si les propositions du référent douleur/ soins palliatifs (ex conseil médicamenteux, conseil thérapeutique, conseil de soins, prise en charge de l'entourage...) sont retrouvées dans le dossier du patient du service. Cette trace peut être une copie d'un document rédigé par le référent.

Répondre NON si aucune trace n'est retrouvée dans le dossier du service.

Répondre NA en l'absence de propositions faites par le référent douleur/soins palliatifs.

Si réponse OUI au critère 15, renseigner le critère 16.

Sinon, passer au critère 17.

#### **Critère 16. Les propositions faites par le référent douleur/soins palliatifs ont été mises en place**

Répondre OUI si une trace de la mise en application des propositions du référent douleur/ soins palliatifs est retrouvée dans le dossier (ex : instauration d'une thérapeutique, consultation complémentaire...). Vérifier la corrélation entre les propositions et les actions réalisées (ex : adéquation entre proposition de prescription et prescription réelle, écrite).

Répondre NON si aucune trace de ces éléments n'est retrouvée dans le dossier.

## Critères relatifs à l'intervention de l'EMSP

Si le service évalué est une Unité de Soins Palliatifs (USP), ces critères ne sont pas pertinents à recueillir. Dans ce cas, cocher la case Non Applicable et passer aux critères relatifs à la fin d'hospitalisation

### **Critère 17. L'EMSP est intervenue pour ce séjour**

Répondre OUI si une trace de l'intervention de l'EMSP est retrouvée pour ce séjour.

Répondre NON si aucune trace n'est retrouvée.

Si réponse OUI au critère 17, renseigner les critères 18 à 21

Sinon, passer au critère 22

### **Critère 18 : La demande d'intervention de l'EMSP (prescription médicale ou demande avec accord du médecin) est dans le dossier médical**

Répondre OUI si la demande d'intervention de l'EMSP est retrouvée dans le dossier médical ; la demande peut être faite soit sur prescription médicale, soit avec l'accord du médecin.

Répondre NON si aucune trace de la demande n'est pas retrouvée

Répondre NA si le médecin de l'EMSP est à l'origine de cette hospitalisation

### **Critère 19. Il existe une trace de l'intervention du référent douleur et/ou de l'EMSP dans le dossier du patient**

Répondre OUI si une trace de l'intervention de l'EMSP est retrouvée dans le dossier (ex : nom des intervenants, dates, heures...)

Répondre NON si aucune trace n'est retrouvée dans le dossier.

### **Critère 20 Il existe une trace des propositions du référent douleur et/ou de l'EMSP dans le dossier du patient**

Répondre OUI si les propositions de l'EMSP (ex conseil médicamenteux, conseil thérapeutique, conseil de soins, prise en charge de l'entourage...) sont retrouvées dans le dossier du patient du service. Cette trace peut être une copie d'un document rédigé par l'EMSP ou une transcription écrite par l'EMSP dans le dossier du service.

Répondre NON si aucune trace n'est retrouvée dans le dossier du service.

Répondre NA en l'absence de propositions faites par l'EMSP.

Si réponse OUI au critère 20, renseigner le critère 21.

Sinon, passer au critère 22.

### **Critère 21. Les propositions faites par l'EMSP ont été mises en place**

Répondre OUI si une trace de la mise en application des propositions de l'EMSP est retrouvée dans le dossier (ex : instauration d'une thérapeutique, consultation complémentaire...). Vérifier la corrélation entre les propositions et les actions réalisées (ex : adéquation entre proposition de prescription et prescription réelle, écrite).

Répondre NON si aucune trace de ces éléments n'est retrouvée dans le dossier.



### Critères relatifs au courrier de sortie

Si le mode de recueil choisi est **prospectif** (le patient dont le dossier évalué n'est pas sorti), arrêter le remplissage de la grille.

Le courrier de sortie peut être un compte rendu d'hospitalisation, un courrier de synthèse ou une fiche de liaison.

**Critère 22. Un courrier de fin d'hospitalisation ou compte-rendu d'hospitalisation est présent dans le dossier**

Répondre OUI si une copie du courrier ou document de fin d'hospitalisation est retrouvée dans le dossier.

Répondre NON si aucune copie du courrier ou document de fin d'hospitalisation n'est retrouvée dans le dossier.

Si réponse OUI au critère 22, renseigner les critères 23, 24 et 25.

Sinon, arrêter le remplissage de la grille.

**Critère 23. La prise en charge de la douleur et des autres symptômes est précisée dans le courrier de sortie**

Répondre OUI si une trace d'informations sur la douleur et les autres symptômes est retrouvée dans le contenu de ce document : prise en charge, suivi. Le seul rappel du motif d'hospitalisation pour douleur peut également être pris en compte.

Répondre NON si aucune trace d'informations sur la douleur et les autres symptômes n'est retrouvée dans le contenu de ce document

**Critère 24. La date d'émission du courrier est précisée**

Répondre OUI si la date d'émission du courrier de fin d'hospitalisation ou compte-rendu est précisée. Si oui alors précisez cette date pour qu'un délai soit secondairement calculé à partir de la date de sortie du patient.

Répondre NON si la date d'émission n'apparaît pas sur le document.

**Critère 25. L'intervention de l'EMSP est mentionnée dans ce document**

Répondre OUI si une mention de l'intervention de l'EMSP est retrouvée dans le contenu de ce document.

Répondre NON si aucune trace de l'intervention de l'EMSP n'est pas retrouvée dans le document de fin d'hospitalisation.

Répondre NA si l'EMSP n'est pas intervenue pour le patient.

**Annexe 3 :**  
**Plan d'analyse**

Il s'agit d'une analyse descriptive des données qui peut être réalisée avec le logiciel Excel.

## Concernant les critères de l'audit organisationnel

- **Représentation graphique en radar**

Une représentation graphique en radar est proposée pour comparer l'organisation actuelle sur l'ensemble des services (profil moyen) à une organisation optimale de référence (profil optimal)<sup>1</sup>. L'objectif est ainsi de connaître l'organisation actuelle afin de repérer les points forts et les points faibles.

Les points forts se répartissent parmi quatre dimensions à étudier pour chaque organisation relative à la prise en charge de la douleur et des autres symptômes de patients requérant des Soins Palliatifs. Pour chacune des dimensions étudiées, des critères les illustrent et une cotation à 4 niveaux est proposée. Ces 4 niveaux sont regroupés en point fort et point faible. Pour chaque service, deux règles de décision peuvent être appliquées, correspondant à des niveaux d'exigence différents, pour déterminer si un critère constitue ou non un point fort à partir de la cotation donnée par le service. Les regroupements suivants peuvent être appliqués :

Cotation donnée par le service/EMSP	Conformité vs Non conformité	Conformité totale vs Non conformité
4 : conformité totale	Point fort	Point fort
3 : conformité en grande partie		
2 : peu conforme ou partiellement	Point faible	Point faible
1 : non conforme		

Le nombre optimal de points forts par dimension varie selon la cible des professionnels :

Dimensions étudiées	EMSP	Service d'hospit.	HAD	USP
Organisation structurée en pluridisciplinarité	6 points forts	6 points forts	6 points forts	4 points forts
Programme de formation	5 points forts	5 points forts	5 points forts	4 points forts
Disponibilité de matériels spécifiques	NA	1 point fort	1 point fort	1 point fort
Éléments de continuité des soins	11 points forts	12 points forts	12 points forts	11 points forts
<b>Nombre optimal de points forts</b>	<b>22 points forts</b>	<b>25 points forts</b>	<b>25 points forts</b>	<b>20 points forts</b>

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs – HAD : Hospitalisation à Domicile – USP : Unité de Soins Palliatifs

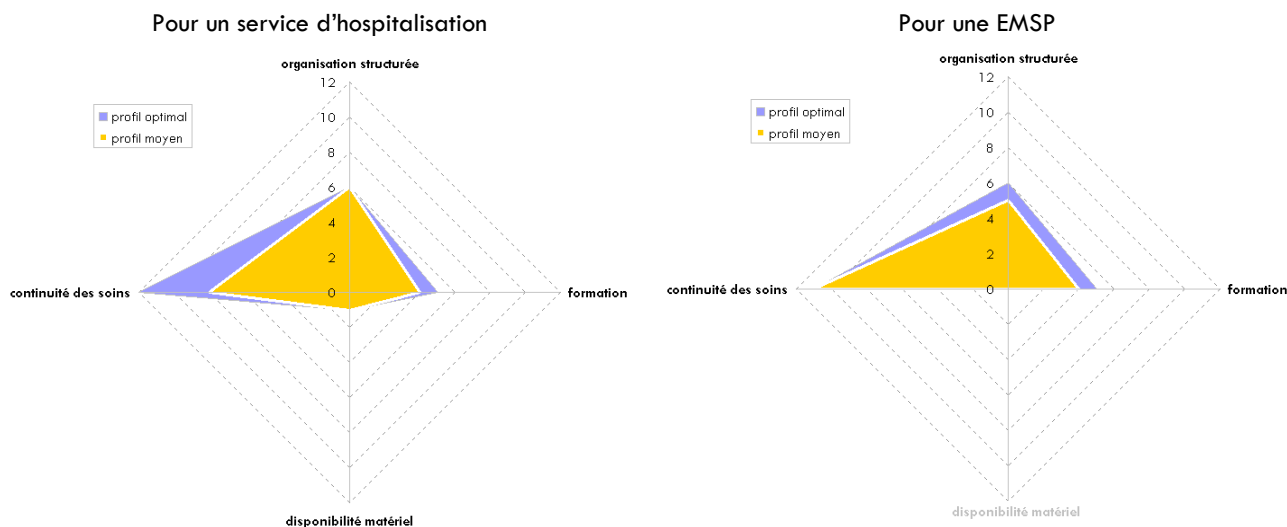
<sup>1</sup> Pratiquer un audit organisationnel vise à évaluer l'organisation d'une unité pour atteindre une mission préalablement déterminée. L'organisation peut se définir comme l'ensemble des décisions prises concernant la description, la planification, la réalisation, l'évaluation des tâches et des missions mais aussi la communication et les interactions entre les différents acteurs d'un système.

Cette organisation dépend des choix stratégiques de l'encadrement, des ressources humaines, des ressources matérielles, des moyens d'information et de communication. Une bonne organisation évitera des dysfonctionnements et des dérives collectives pouvant nuire à la qualité des soins.

Les résultats de l'audit mettent en évidence les vulnérabilités organisationnelles susceptibles de créer un environnement favorable à la survenue d'incidents et/ou d'accidents. Ces vulnérabilités devront être supprimées afin d'obtenir la meilleure organisation possible c'est-à-dire celle qui offre la meilleure qualité de soins et la plus grande sécurité.

Par un diagnostic rapide de l'organisation actuelle, l'audit organisationnel constitue une excellente occasion d'une réflexion pluridisciplinaire sur la prise en charge de la douleur et des autres symptômes chez les patients requérant des Soins Palliatif afin d'envisager les améliorations possibles. Il donne l'opportunité de réduire les points faibles et de valoriser les points forts existants.

Exemples de représentation et d'interprétation :



Par rapport au profil optimal, l'écart le plus important concernait la dimension « Eléments de continuité des soins » tandis que la conformité était atteinte pour les dimensions « Disponibilité de matériels » et « Organisation structurée en pluridisciplinarité ».

Par rapport au profil optimal, l'écart le plus important concernait les dimensions « Programme de formation » et « Organisation structurée en pluridisciplinarité » tandis que la conformité était atteinte pour la dimension « Eléments de continuité ».

• Description par critère

Pour chaque critère, un descriptif du niveau de conformité peut être représenté graphiquement comme dans l'exemple suivant.

Exemple de présentation :

Degré de conformité	1	2	3	4	Synthèse des remarques/axes d'amélioration
<b>1. Projet de service (ou établissement) formalisé précisant la prise en charge des patients en soins palliatifs</b>					
SSR	[Progression bar]				
USP	[Progression bar]				
EMSP	[Progression bar]				
<b>2. Utilisation de procédures pour la prise en charge de la douleur et des autres symptômes (soins, traitement, ...)</b>					
SSR	[Progression bar]				
USP	[Progression bar]				
EMSP	[Progression bar]				
<b>15(14). Utilisation d'outils d'évaluation de la douleur</b>					
SSR	[Progression bar]				
USP	[Progression bar]				
EMSP	[Progression bar]				

## Concernant les critères de l'audit des pratiques

Un descriptif de l'échantillon de dossiers analysés est réalisé :

- Répartition des dossiers analysés par service (effectif et proportion)
- Période d'inclusion des dossiers
- Durée de séjour (moyenne, minimum, maximum, médiane)
- Répartition par service des patients connus antérieurement (effectif et proportion)

Pour chaque critère, un taux de conformité est précisé accompagné d'une représentation graphique.

Exemple :

	n	oui	%	NA	DM	0	20	40	60	80	100%
<b>Éléments relatifs à la traçabilité de la douleur</b>											
1. Traçabilité de la présence ou de l'absence de douleur le jour de l'admission du patient	30	24	80,0	0	0						
2. Existence d'informations décrivant la douleur du patient	30	30	100,0	0	0						
3. Mention de l'utilisation d'une échelle d'évaluation de la douleur	30	0	0,0	0	0						
4. Existence d'un suivi journalier du repérage de la présence ou absence de la douleur	29	26	89,7	1	0						
NA : non applicable – DM : donnée manquante											

**Annexe 4 :**  
**Fiche de codage des médecins prescripteurs**



**Annexe 5 :**  
**Fiche de codage des dossiers-patients**



