



**EHESP**

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

**– 2015 –**

**LES INDICATEURS « QUALITE DES SOINS » :  
QUELLE APPROPRIATION PAR LES  
UTILISATEURS ?**

**– Groupe n°31 –**

- |                     |                                 |
|---------------------|---------------------------------|
| – BAUDIN Lucie      | – BREGEON Gaëlle                |
| – BOTTON Caroline   | – CARLE Emilie                  |
| – DORE Lydie        | – GIBELLI-POULLAIN Marie-Noëlle |
| – GRATPAIN Valérian | – KHOUYANI Mariam               |
| – VALLA Pauline     |                                 |

*Animateur/trice(s)*

- *WALLI Mathias*
- *PETIT DIT DARIEL Odessa*



---

# Sommaire

---

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Introduction.....</b>  | <b>9</b>  |
| <b>1 Usage et appropriation des indicateurs de qualité : revue de littérature .....</b>   | <b>12</b> |
| <b>1.1 Les indicateurs : outils de gestion .....</b>  | <b>12</b> |
| <b>1.2 Le concept d'appropriation d'un indicateur qualité.....</b>  | <b>12</b> |
| <b>1.3 Les différentes formes de l'appropriation des indicateurs qualité .....</b>  | <b>13</b> |
| <b>2 Indicateur TRD, une composante de la bonne tenue du dossier patient.....</b>   | <b>15</b> |
| <b>2.1 Historique de l'IPAQSS-TRD.....</b>  | <b>15</b> |
| <b>2.2 L'IPAQSS-TRD : un indicateur relatif au dossier patient .....</b>  | <b>16</b> |
| <b>2.3 Contenu de l'IPAQSS-TRD .....</b>  | <b>16</b> |
| <b>2.4 Utilisation des résultats .....</b>  | <b>17</b> |
| <b>3 Méthodologie .....</b>   | <b>18</b> |
| <b>3.1 Une enquête comparative.....</b>   | <b>18</b> |
| <b>3.2 Le recueil des données .....</b>   | <b>19</b> |
| <b>3.3 Le traitement des données.....</b>   | <b>20</b> |
| <b>3.4 La dynamique de groupe .....</b>   | <b>20</b> |
| <b>4 Résultats .....</b>  | <b>21</b> |
| <b>4.1 Tableaux des résultats.....</b>  | <b>21</b> |
| <b>4.2 D'une démarche verticale à usage bureaucratique vers un changement de<br/>    paradigme .....</b>                              | <b>25</b> |
| <b>4.3 De l'analyse des résultats à l'amélioration des pratiques professionnelles.....</b>  | <b>27</b> |
| <b>4.4 L'indicateur comme outil de management.....</b>  | <b>29</b> |
| <b>5 Discussion : Comment favoriser les mécanismes d'appropriation des indicateurs<br/>    qualité par leurs utilisateurs ? .....</b> | <b>31</b> |
| <b>5.1 Vers une implication croissante des parties prenantes dans le cycle de vie des<br/>    indicateurs ?.....</b>                  | <b>31</b> |

|   |  |       |
|---|--|-------|
| 5.2   | Une perception variée de l'indicateur de traçabilité : un outil de contrôle ou un élément de prise en charge ? .....                                     | 32    |
| 5.3   | Des limites dans l'appropriation par les utilisateurs liées aux limites de l'indicateur lui-même : vers une nouvelle étape pour l'indicateur TRD ? ..... | 33    |
| 5.4   | Limites de l'enquête.....  | 33    |
| Conclusion .....  |  | 35    |
| Bibliographie.....  |  | I     |
| Liste des annexes.....  |  | III   |
| Annexe 1 : Grilles de recueil des indicateurs DPA-MCO et DPA-SSR..... |  | IV    |
| Annexe 2 : Modalités d'évaluation de l'IPAQSS-TRD .....               |  | XI    |
| Annexe 3 – Grille d'entretien semi-directif – Directeur qualité.....  |  | XII   |
| Annexe 4 – Grille d'entretien semi-directif – Directeur soins .....   |  | XIV   |
| Annexe 5 – Grille d'entretien semi-directif – Soignant.....           |  | XVI   |
| Annexe 6 – Grille d'observation – Soignant.....                       |  | XVIII |

---

## Remerciements

---

Nous souhaitons tout d'abord remercier l'ensemble des interlocuteurs pour leur accueil bienveillant et le temps qu'ils nous ont accordé. Les entretiens que nous avons réalisés nous ont permis d'enrichir nos recherches.

Nous remercions également chaleureusement nos intervenants Mme Odessa PETIT DIT DARIEL et M. Mathias WAELLI, pour leur aide dans la mise en relation avec les professionnels, leur réactivité dans le suivi de nos travaux et leurs conseils.

Enfin, nous tenons à remercier le Directeur de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, M. Laurent Chambaud, ainsi que l'équipe pédagogique à l'origine du module interprofessionnel de santé publique, Mme Emmanuelle Guevara et M. Christophe Le Rat pour l'organisation de ce projet qui nous a permis de travailler en interfiliarité et de confronter nos différents points de vue dans le but de construire notre réflexion.

---

## Liste des sigles utilisés

---

AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

AS : Aide-soignant

ASH : Agent de Service Hospitalier

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CLUD : Comité de LUTte contre la Douleur

CME : Commission Médicale d'Etablissement

COMPAQH : Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière

CRUQPC : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge

CSP : Code de la Santé Publique

DEC : Délai d'Envoi du Courrier de fin d'hospitalisation

DFHSM2 : Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales 2ème année

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DP : Dossier Patient

DPI : Dossier Patient Informatisé

DS : Directeur des Soins

DTN : Dépistage des Troubles Nutritionnels

EN : Echelle Numérique

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

EVA : Echelle Visuelle Analogique

EVS : Echelle Verbale Simple

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé et Territoire

IADÉ : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IFAQ : Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité

IMGENI : Impact de la GENéralisation des Indicateurs qualité

IPAQSS : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

MIP : Module Inter-Professionnel

ONIC : Orientation Nationale d'Inspection Contrôle

PSY : Psychiatrie

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

SFETD : Société Française de l'Etude et du Traitement de la Douleur

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TDP : Tenue du Dossier Patient

TRD : TRaçabilité de l'évaluation de la Douleur

TRE : Traçabilité de l'évaluation du Risque d'Escarre

## Introduction

Dans un contexte de renforcement des droits des patients, d'émergence de scandales sanitaires et de recherche de performance, les hôpitaux sont de plus en plus confrontés à des exigences de régulation externe de la qualité. En France, la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009<sup>1</sup> fait de la qualité un réel enjeu de santé publique. En modifiant le code de la santé publique, elle impose aux établissements de santé d'élaborer et de mettre en œuvre « *une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les évènements indésirables liés à leurs activités* ». <sup>2</sup>

A priori, l'existence de normes contraignantes en matière de qualité des soins devrait placer les établissements hospitaliers dans une démarche de mise en conformité. Cependant nous ignorons aujourd'hui l'impact réel des indicateurs sur l'activité (Allen 2013 ; Gomez et al. 2013).

Depuis 1996, la qualité des hôpitaux fait l'objet d'une évaluation par la Haute autorité de santé (HAS) dans le cadre de la certification. En parallèle, des indicateurs qualité ont été développés afin de permettre un contrôle uniforme et objectif de toutes les structures sanitaires. C'est notamment l'objet des Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS) élaborés en 2002 sous l'impulsion de la HAS par le COMPAQ, un groupe de chercheurs en santé publique. Créés selon des critères scientifiques, ces IPAQSS ont été approuvés par les sociétés savantes concernées et mis obligatoirement en œuvre dès 2008 par la HAS dans tous les hôpitaux français, privés ou publics. Cette dernière les définit comme des outils de « *mesure d'un état de santé, d'une pratique ou de la survenue d'un événement, qui permet d'estimer de manière valide et fiable la qualité des soins et ses variations dans le temps et l'espace.* »<sup>3</sup>. La réglementation impose aux établissements de mettre à disposition du public les résultats des indicateurs suivants<sup>4</sup> : tenue du dossier patient, délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation, mesure de la douleur, mesure du poids, tenue du dossier anesthésique, réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie, évaluation du risque d'escarre.

---

<sup>1</sup> Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

<sup>2</sup> Article L6111-2 du Code de la Santé Publique.

<sup>3</sup> [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r\\_1456631/fr/quest-ce-quun-indicateur-de-qualite-et-de-securite-des-soins](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1456631/fr/quest-ce-quun-indicateur-de-qualite-et-de-securite-des-soins).

<sup>4</sup> Arrêté du 20 février 2015 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

Dans le cadre de ce projet, notre choix s'est porté sur l'IPAQSS consacré à la mesure de la douleur, qui s'attache à mesurer la traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD). Présenté sous la forme d'un taux, il évalue la traçabilité dans le dossier du patient de l'évaluation de la douleur avec une échelle validée. La HAS considère la prise en charge de la douleur comme une priorité de santé publique et estime que sa traçabilité à l'aide d'une échelle est un « *préalable nécessaire à une bonne qualité de la prise en charge* » (HAS, 2012). Le Code de la santé publique reconnaît quant à lui le « *droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur* » pour toute personne<sup>5</sup>. Cette douleur doit être « *en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée* ». Son apparition dans le dossier du patient et son omniprésence durant tout le séjour d'hospitalisation font de l'évaluation de la douleur un élément d'étude pertinent. Sa traçabilité implique l'action des différentes catégories de personnels, de la conception des protocoles jusqu'à l'application finale des mesures.

L'existence même de cet IPAQSS est indispensable pour s'assurer d'une prise en charge satisfaisante du patient. En revanche, son impact est conditionné par la manière dont les personnels de santé se l'approprient. En d'autres termes, les répercussions de cet indicateur dépendent entièrement de la manière dont les acteurs concernés l'adapteront dans leur pratique hospitalière. Plus globalement, cette notion d'appropriation traduit un « *objectif d'harmonie entre une chose et l'usage auquel on la destine* » (Serfaty-Garzon, 2003). Elle implique l'intention, pour l'acteur concerné, d'atteindre une certaine justesse dans son application de l'objet ou du concept sur lequel s'exerce l'appropriation. Dans le contexte des IPAQSS, il s'agit de la confrontation entre la définition théorique des indicateurs et leur compréhension et application aux différents niveaux du processus. Or les études actuelles se concentrent sur les résultats obtenus en application de cet indicateur et sur leur diffusion<sup>6</sup>. Elles éludent la question du positionnement des acteurs vis-à-vis de sa mise en œuvre.

Ainsi, ce projet a pour but de mieux comprendre comment l'IPAQSS-TRD se diffuse dans les pratiques depuis plus de sept ans.

Le déploiement de l'IPAQSS-TRD a-t-il donné lieu à une réelle appropriation par les acteurs de santé concernés ? Cette appropriation a-t-elle entraîné une modification des pratiques professionnelles internes aux établissements (prise en compte de la qualité dans la

---

<sup>5</sup> CSP, art. L.1110-5.

<sup>6</sup> Exemple d'étude relative aux résultats obtenus : cf. note 5 ci-dessus. Exemple d'étude relative à la diffusion des résultats obtenus : *La diffusion publique de données relatives à la performance des établissements de santé, Revue de la littérature et des sites internet*, HAS, COMPAQH Inserm, Janvier 2009 ; *Revue des modalités de diffusion publique d'informations sur la qualité des établissements de santé par le biais d'Internet*, Dr. V. Daucourt, Réseau Qualité des établissements de santé de Franche-Comté, 2006.

TRD pour toutes les fonctions concernées) ?

Afin d'analyser le niveau d'appropriation de l'IPAQSS-TRD parmi les acteurs professionnels de terrain, nous avons réalisé des études de cas comparatives dans deux centres hospitaliers. Ces études de cas mettent l'accent sur la diversité des réponses possibles à un même indicateur selon le contexte socio-matériel local. Elles offrent des pistes de réflexion pour l'accompagnement des indicateurs au niveau local.

Après une étude bibliographique portant sur les indicateurs (1) et sur l'IPAQSS-TRD en particulier (2), nous présenterons notre méthodologie de travail (3) et les résultats associés (4). Enfin, une discussion clôturera notre propos (5).

# 1 Usage et appropriation des indicateurs de qualité : revue de littérature

Les indicateurs qualité font partie d'un ensemble plus vaste que l'on peut qualifier d'outils de gestion (1.1). Ceux-ci peuvent faire l'objet d'une appropriation par les utilisateurs (1.2) qui revêt différentes formes (1.3).

## 1.1 Les indicateurs : outils de gestion

Définis comme « *un dispositif formalisé permettant l'action organisée* » (David, 1998), les outils de gestion se sont multipliés ces dernières années au sein des entreprises mais également des administrations publiques comme les hôpitaux. Les indicateurs qualité sont des outils de gestion présentés par la HAS comme « *une variable qui décrit un élément de situation ou une évolution d'un point de vue quantitatif. C'est un outil d'aide à la décision, dont l'utilisation s'inscrit dans une démarche qui répond à un objectif et se situe dans un contexte donné. L'indicateur n'a d'intérêt que par les choix qu'il aide à faire dans ce cadre* » (HAS, 2012). Ces indicateurs permettent de mesurer une pratique et sa variation dans le temps, ce qui constitue une approche évaluative ; ils offrent également la possibilité de comparer les pratiques entre différentes structures et de guider les choix du public.

Les utilisateurs potentiels des indicateurs se trouvent donc non seulement parmi les professionnels de santé, qu'ils fassent partie de la sphère administrative ou du milieu soignant, mais aussi parmi la population.

## 1.2 Le concept d'appropriation d'un indicateur qualité

La sociologie des usages des outils de gestion offre un regard sur la question de l'usage et de l'appropriation des indicateurs par les acteurs professionnels de l'hôpital (Martineau, 2012).

Il est généralement admis par les auteurs (De Vaujany, 2006 et Grimand, 2006) que les outils proposés dans une démarche d'amélioration des pratiques ne sont pas pris en main de la même façon par tous les utilisateurs et que le contexte local détermine largement les comportements individuels et collectifs face à l'indicateur.

Au-delà de la question factuelle de l'utilisation concrète d'un indicateur se profile la question plus complexe de son appropriation par les utilisateurs. Selon De Vaujany (2006), l'appropriation doit être comprise au travers de trois regards ou perspectives :

- du ou des co-concepteurs et de celui des formateurs-diffuseurs de l'outil (perspective de régulation de contrôle dite "rationnelle") ;

- des utilisateurs-finaux et des dynamiques d'apprentissage-représentation de l'outil (logique de régulation autonome perspective dite "psycho-cognitive") ;
- des utilisateurs-finaux et des processus sociologiques (régulation autonome perspective dite "socio-politique").

A la différence de l'utilisation qui correspond à l'action elle-même, l'appropriation constitue un processus débuté en amont dès la conception de l'indicateur et qui continue tout au long de la vie de l'indicateur. Une fois les routines d'utilisation installées, l'indicateur peut faire l'objet de « ré-appropriations » (De Vaujany, 2006) et sera amené à évoluer en fonction de « bricolages » et « improvisations » des acteurs (Ciborra 2000).

La notion d'appropriation comporte deux aspects dominants, présentés par Serfaty-Garzon (2003). D'une part, celle d'adaptation de quelque chose à un usage défini ou à une destination précise ; d'autre part, celle, qui découle de la première, d'action visant à rendre propre quelque chose. L'adaptation traduit l'intention d'atteindre une certaine justesse dans l'action de modification de l'objet sur lequel s'exerce l'appropriation, justesse qui révèle une intelligence intime des qualités propres à cet usage et de ses potentialités.

### **1.3 Les différentes formes de l'appropriation des indicateurs qualité**

L'appropriation des indicateurs de pilotage revêt deux grandes formes que sont l'usage dit bureaucratique et l'usage à des fins de pilotage.

- D'un usage bureaucratique...

Les travaux de Merton en 1965 ont défini l'usage bureaucratique des indicateurs par les utilisateurs. Il s'agit d'un usage centré sur la réponse au cahier des charges et d'une recherche de maximisation des résultats mesurés par l'indicateur, sans intention d'agir sur les causes et sur la qualité des soins. Dans cette approche, l'indicateur est perçu comme n'ayant pas d'effet sur la qualité des soins.

La théorie néo-institutionnaliste de Meyer et Rowan (1977) considère quant à elle que les organisations sont conduites à adopter des pratiques et des procédures, qui ne sont pas nécessairement compatibles avec leurs propres critères d'efficacité ou d'efficience mais qui leur permettent de s'assurer un soutien et une légitimité dans le contexte social dans lequel elles s'insèrent. Afin de pouvoir conjuguer l'usage de ces références avec la recherche de l'efficacité, elles introduisent des écarts volontaires entre le jeu de leurs structures formelles et

les activités de travail réelles telles qu'elles se produisent en fait en interne.

Enfin, l'étude IMGENI menée en 2009 sur la première campagne de généralisation des indicateurs qualité en région Aquitaine (HAS, 2010) montre notamment que cette appropriation des indicateurs repose sur la culture qualité, récente dans le domaine de la santé. Cette dernière passe par une information complète et réciproque des différents acteurs du système de santé et notamment une démarche visant à l'appropriation. L'étude montre que la culture qualité se développe presque exclusivement autour d'experts du domaine et des acteurs ayant un rôle plus transversal au sein des établissements, comme les directeurs de soins. La mise en œuvre des indicateurs révèle de fait une démarche verticale, souvent perçue par les soignants comme un instrument contraignant, plus ancrée dans une logique de contrôle que d'évaluation. Cette étude illustre ainsi l'usage bureaucratique des indicateurs qualité.

- ... à un usage d'amélioration des pratiques.

Un indicateur qualité peut également être utilisé à des fins de pilotage par les acteurs c'est-à-dire associé à une intention explicite d'augmenter la qualité des soins. Il s'agit d'avoir une réflexion sur les causes, permettant d'agir sur les résultats, pour augmenter la qualité de la prestation des soins. L'indicateur est perçu comme permettant d'agir sur les situations de non qualité.

Les pratiques cliniques sont toutefois infléchies de façon indirecte, comme le montrent les résultats de l'étude IMGENI, notamment du fait du renforcement de la traçabilité et de la transparence induite par les indicateurs généralisés, plaçant les pratiques médicales sous le regard des pairs. Plus globalement, certains auteurs mettent en avant le rôle du contexte de l'infrastructure socio-matérielle dans la réussite de l'appropriation d'un outil (Allen, 2012).

Une présentation des résultats des indicateurs peut permettre leur appropriation par les soignants et illustre ainsi leur utilisation à des fins de pilotage. L'étude menée par Gomez et al. (2013) montre ainsi que le résultat de l'indicateur du dossier anesthésique a été l'occasion de lancer une démarche de refonte complète du dossier de soins ou d'accélérer la décision de l'informatisation du dossier patient afin d'améliorer les résultats à l'avenir.

Notre projet vise à mieux cerner les différents types d'appropriation et d'usage d'un même indicateur dans deux établissements différents.

## **2 Indicateur TRD, une composante de la bonne tenue du dossier patient**

L'indicateur TRD est un indicateur relativement récent (2.1). En lien avec le dossier patient (2.2), il convient, pour en comprendre l'enjeu, d'étudier son contenu (2.3) et l'utilisation de ses résultats (2.4).

### **2.1 Historique de l'IPAQSS-TRD**

Aux termes de la loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé<sup>7</sup>, qui crée l'article L.1110-5 du Code de la Santé Publique : « *Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.* » La prise en charge de la douleur est une priorité de santé publique, et a donné lieu à trois « Plans douleur » nationaux depuis 2002<sup>8</sup>.

Dès lors, il est impératif de dépister, quantifier et suivre de façon efficace l'évolution de la douleur ressentie. La HAS, dans son manuel de certification, impose que les professionnels soient formés à l'évaluation de l'intensité de la douleur à l'aide d'échelles validées<sup>9</sup>. Ces dernières constituent des méthodes fiables et reproductibles, indispensables à une homogénéité de la traçabilité de la douleur dans tous les établissements de santé. Dans cette optique, en 2004 et 2005, l'indicateur TRD a fait de l'objet de deux recueils de données. En raison des résultats variables, un comité d'experts s'est réuni en avril 2006 (COMPAQH Inserm 2007) pour actualiser la version du cahier des charges de l'IPAQSS-TRD en intégrant les modifications nécessaires à sa généralisation. Le recueil de l'indicateur TRD est ensuite devenu obligatoire en 2008 pour les établissements ayant une activité en Médecine Chirurgie-Obstétrique (MCO).

---

<sup>7</sup> Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

<sup>8</sup> Premier plan triennal 1998 – 2000 ; Programme national de la lutte contre la douleur 2002 – 2005 ; Plan quinquennal pour l'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006 – 2010.

<sup>9</sup> Manuel de certification des établissements de santé, V2010, Janvier 2014, Critère 12.a.

## 2.2 L'IPAQSS-TRD : un indicateur relatif au dossier patient

La HAS a défini deux types d'indicateurs<sup>10</sup> de qualité des soins :

- Les indicateurs transversaux, qui font l'objet d'un recueil national, annuel et obligatoire sur les thèmes suivants : satisfaction des patients hospitalisés en MCO ; qualité du dossier du patient ; qualité du dossier d'anesthésie ; qualité de la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie.
- Les indicateurs de spécialité, qui font l'objet d'un recueil national, annuel et obligatoire sur les thèmes suivants : prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde ; prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral ; prise en charge et prévention de l'hémorragie du post-partum ; qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques<sup>11</sup>.

Parmi les indicateurs transversaux, le DPA-MCO (Dossier Patient en MCO) et le DPA-SSR (Dossier Patient en Soins de Suite et de Réadaptation) sont eux-mêmes divisés en cinq indicateurs<sup>12</sup> :

- Indicateur 1 : Tenue du dossier patient (TDP),
- Indicateur 2 : Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC),
- **Indicateur 3 : Traçabilité de l'évaluation de la douleur avec une échelle (TRD),**
- Indicateur 4 : Dépistage des troubles nutritionnels (DTN),
- Indicateur 5 : Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre (TRE).

## 2.3 Contenu de l'IPAQSS-TRD

L'indicateur TRD est présenté sous la forme d'un taux et évalue la traçabilité dans le dossier du patient de l'évaluation de la douleur avec une échelle. Il s'appuie sur le nombre de séjours pour lesquels il existe au moins un résultat de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du patient non algique, ou au moins deux résultats de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du patient algique. Ces mesures de la douleur peuvent être des mesures diagnostiques ou des mesures de suivi de l'efficacité d'un traitement antalgique dès le moment où la douleur est diagnostiquée chez le patient. Elles doivent être réalisées à l'aide

---

<sup>10</sup> [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_970481/fr/ipaqss-2014-2015-recueils-des-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_970481/fr/ipaqss-2014-2015-recueils-des-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins)

<sup>11</sup> Pour la liste précise des indicateurs relatifs à chacun des thèmes cités, cf. l'annexe de l'arrêté du 20 février 2015 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

<sup>12</sup> Cf. les grilles de recueil des indicateurs DPA-MCO et DPA-SSR en annexe 1.

d'une échelle verbale simple, d'une échelle numérique, d'une échelle visuelle analogique ou d'une échelle d'hétéro-évaluation (mesure de la douleur chez les personnes ne pouvant s'exprimer). Le nombre de séjours répondant aux critères précédemment énoncés est ensuite rapporté au nombre de séjours évalués, sachant que seuls les séjours de plus de 24 heures sont pris en compte.

Afin de permettre une analyse pertinente révélant les variations inter-établissement, le projet COMPAQH (Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière, acteur majeur auprès de la HAS pour la construction des IPAQSS) a estimé que l'échantillon à retenir était de 80 dossiers (COMPAQH Inserm, 2007). Les modalités détaillées d'évaluation de l'IPAQSS sont présentées dans l'annexe 2.

## **2.4 Utilisation des résultats**

Les résultats de l'indicateur TRD, et des IPAQSS en général, sont utilisés à deux fins : la politique interne de performance de l'établissement, et l'information du public.

Depuis 2008, des campagnes nationales de recueil des IPAQSS sont développées par la HAS dans les établissements de santé. Le décret du 30 décembre 2009<sup>13</sup> impose à ces derniers le recueil mais également la diffusion publique des résultats de ces indicateurs dans un objectif d'amélioration de la qualité des prises en charge mais aussi de transparence vis-à-vis du public. Pour s'assurer du respect de ce texte, un contrôle qualité du recueil est assuré par l'ONIC (Orientation Nationale d'Inspection Contrôle) depuis 2013.

---

<sup>13</sup> Décret n° 2009-1763 du 30 décembre 2009 relatif aux dispositions applicables en cas de non-respect de la mise à disposition du public par les établissements de santé des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

### 3 Méthodologie

La démarche adoptée dans le cadre de ce rapport est celle d'une enquête comparative portant sur deux établissements de santé (3.1). Celle-ci a consisté en une phase de recueil (3.2) puis d'analyse (3.3) des données. Enfin, la dynamique de groupe a également constitué un élément déterminant de notre travail (3.4).

#### 3.1 Une enquête comparative

Sachant qu'un facteur local peut expliquer des divergences dans l'appropriation des IPAQSS (Allen, 2012), il a été décidé de réaliser la présente enquête sur les activités médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) de deux hôpitaux situés dans des zones géographiques distinctes.

| Cas                                       | Hôpital A            | Hôpital B          |
|---|----------------------|--------------------|
| Nature du statut                          | CHU public           | CHU public         |
| Lieu géographique                         | Province             | Ile-de-France      |
| Nombre de lits MCO                        | Entre 1 500 et 2 000 | Entre 500 et 1 000 |
| Résultat TRD                              | 71% - Classe B       | Classe B           |
| Nombre de lits au sein du service observé | 24                   | 48                 |
| DMS du service observé                    | 5 jours              | 11 jours           |

La question de l'intégration des patients à cette étude se posait. Bien que principalement concernés par la prise en charge de la douleur, ils ne sont pas pour autant acteurs de sa traçabilité. En effet, l'IPAQSS-TRD n'a pas pour objet d'évaluer la qualité de ladite prise en charge. Son contenu porte uniquement sur sa traçabilité, ce qui exclue le patient en tant qu'acteur. Nous avons donc choisi de retenir comme acteurs concernés par l'appropriation de l'IPAQSS-TRD : le directeur qualité et l'ingénieur qualité, le directeur des soins, les cadres de pôle et cadres de santé, le CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur) et l'équipe soignante (médecin, infirmier anesthésiste diplômé d'état, infirmier diplômé d'état, aide-soignant).

Pour la pertinence de la comparaison, les mêmes interlocuteurs ont été interrogés et les observations in situ se sont déroulées dans le même service de chirurgie. Nous avons choisi de réaliser celles-ci dans le service de chirurgie orthopédique, service dans lequel la douleur des patients post-chirurgie est omniprésente et où l'observation de l'IPAQSS-TRD nous semblait en conséquence pertinente et facilitée. De plus, la durée moyenne de séjour (DMS) dans ces

services permet d'analyser le suivi de l'indicateur TRD dans un contexte où les patients sont présents dans le service et suivis sur plusieurs jours.

| <b>Personnes interrogées</b> | <b>Hôpital A</b>   | <b>Hôpital B</b>   |
|------------------------------|--|--|
| Directrice des soins         | 1h avec la directrice des soins accompagnée de deux cadres de santé (dont un cadre supérieur de santé) | 30 min avec la directrice des soins<br>30 min avec un cadre expert               |
| Directeur qualité            | 1h avec l'ingénieur qualité et la cadre responsable du DPI   | 1h avec le référent qualité<br>30 min avec le directeur qualité                  |
| Médecin                      | Un médecin faisant partie d'un GCS sur l'évaluation de la qualité                                      | 20 min avec un médecin issu du service de chirurgie orthopédique                 |
| Soignants                    | Deux infirmières et un aide-soignant   | Deux infirmières   |
| Observations                 | Deux élèves ont assisté aux transmissions de 13h30 puis ont suivi les infirmières pendant la visite    | Deux élèves ont suivi la visite du médecin et assisté aux transmissions de 13h30 |

### 3.2 Le recueil des données

Concernant l'observation de terrain, deux procédés ont été retenus : des entretiens semi-directifs auprès du personnel administratif complétés par une observation pratique de l'usage de l'indicateur par les soignants. Il s'agit ainsi d'observer deux niveaux d'usage de l'indicateur : l'analyse de ses résultats et sa collecte.

- Les entretiens semi-directifs ont été réalisés dans chaque établissement à l'aide des grilles préalablement établies en fonction des compétences métiers des personnes interrogées. Ainsi, trois grilles différentes ont été élaborées : une grille pour le directeur qualité (annexe 3), une pour les directrices des soins (annexe 4) et une troisième plus succincte pour les soignants (annexe 5). Les entretiens sur site ont débuté par la rencontre des directrices des soins, ce qui a permis dans le même temps de préparer en amont l'observation *in situ*. Enfin, suite aux observations du service de chirurgie orthopédique, les soignants ont été interrogés sur leurs pratiques.
- Les observations *in situ* ont été réalisées à partir de grilles d'observation (annexe 6). Elles ont consisté à suivre un soignant dans sa tournée, sans lui indiquer l'objet précis de notre étude afin de ne pas influencer la pratique. Il a également été décidé d'assister aux transmissions entre les équipes du service de chirurgie.

### **3.3 Le traitement des données**

Nous avons procédé à une analyse comparative systématique des données. A mesure que les entretiens et observations étaient effectués par les équipes de trois au sein des établissements (voir ci-dessous), les informations étaient transmises à une équipe qui commençait l'analyse en confrontant les résultats des deux cas entre eux et face au cadre théorique. Pour ce faire, nous avons élaboré un tableau de recueil des données reprenant les principaux items des grilles d'entretiens et mettant en parallèle, sur chacun d'eux, les données recueillies dans les établissements A et B. Les observations ont fait l'objet d'une synthèse.

Concernant l'analyse des résultats, celle-ci a pour sa part fait l'objet d'une réflexion du groupe au travers de débats et d'échanges collectifs qui ont permis d'aboutir à des préconisations. Enfin, la rédaction a été réalisée tout au long de la période afin d'alimenter une réflexion riche et une dynamique réflexive dans le groupe.

### **3.4 La dynamique de groupe**

Rappelons que l'objectif du module interprofessionnel (MIP) est d'impulser un travail collectif inter-filières, en mettant à profit les compétences de chacun des membres du groupe dans la réalisation d'une étude précise. Pour parvenir à un travail de qualité dans un délai imparti et assez restreint, le groupe avait par conséquent fait le choix de se réunir avant le début officiel du MIP pour anticiper la recherche bibliographique, la répartition des tâches et les prises de rendez-vous.

Ensuite, dès les premiers temps de rencontre et avec la participation des référents, nous avons d'une part élaboré le fonctionnement général du groupe et d'autre part réfléchi à la méthodologie liée au sujet. Nous avons échangé sur les questions liées aux avantages et contraintes du travail de groupe. Ainsi, nous nous sommes mis d'accord sur les objectifs avec une préoccupation axée sur des échanges entre membres de façon continue.

Enfin, dans la perspective d'un travail efficace compte tenu de l'objectif de comparaison entre l'Hôpital A et l'Hôpital B, celui-ci a été organisé en répartissant les tâches entre trois sous-groupes de trois personnes au sein de notre groupe composé de neuf élèves :

- Le groupe 1 a été chargé des entretiens et de l'observation du terrain A
- Le groupe 2 a eu pour objectif de s'occuper du pendant au sein de l'Hôpital B
- Le groupe 3 a récolté les informations recueillies, commencé l'analyse et réalisé la mise en page de l'ensemble.

## 4 Résultats

Au cours de nos enquêtes et observations comparatives, nous avons constaté plusieurs types d'usage pour ce même indicateur TRD. Deux tableaux ont été construits pour synthétiser nos entrevues et nos visites (4.1). Comme cela a été mis en évidence par certains auteurs, l'indicateur peut être utilisé à des fins bureaucratiques « sans intention d'agir sur les causes et la qualité des soins » (4.2) ou à des fins de pilotage, c'est à dire dans le but d'améliorer les pratiques (4.3). Mais nos observations ont également montré que cet indicateur peut faire l'objet d'une appropriation par l'établissement à des fins managériales (4.4).

### 4.1 Tableaux des résultats

**Tableau 1 : Tableau d'analyse des verbatim par thématiques**

| PARTIE                | THEME                                   | Hôpital A   | Hôpital B  |
|-----------------------|---|---|--|
| Définition et utilité | Connaissance                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Connaissance globale de l'indicateur mais pas du cadre juridique imposé.</li> <li>➤ Cadre supérieur de santé du pôle et cadre de santé du service sont davantage impliqués dans la mesure de la douleur en lien avec le service qualité.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Connaissance globale mais la qualité des soins est portée par un cadre « expert ».</li> </ul>   |
|                       | Parcours de l'indicateur                | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mesure de la douleur est faite « plusieurs fois par jour », « Dès l'entretien d'accueil » (admission), à chaque fois que les soignants entrent dans une chambre, lors de la prise de constantes, de la dispensation de traitement et à la demande du patient (Les soignants encouragent les patients à solliciter les équipes).</li> <li>➤ Pour les personnes ne pouvant pas s'exprimer c'est une échelle spécifique.</li> <li>➤ Logiciel DXcare généralisé et incitant à la traçabilité.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La douleur est mesurée par les infirmiers lors de l'arrivée du patient et en fonction de son état via une échelle de mesure. Les kinés mesurent la douleur mais sans échelle. Les AS effectuent un jugement clinique. Les médecins ne le font pas en général.</li> <li>➤ Pour les personnes ne pouvant pas s'exprimer c'est une échelle spécifique.</li> <li>➤ Dossier papier utilisé. Certains services (urgences par exemple) utilisent un logiciel. Un futur outil informatique est prévu</li> </ul> |
|                       | Utilisation du résultat de l'indicateur | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pas d'obligation d'action au sein de la direction des soins.</li> <li>➤ En 2013 et 2014 une évaluation de l'indicateur à partir du logiciel a été réalisée sur 540 dossiers et a donné lieu à des actions d'amélioration (logiciel, formation).</li> <li>➤ Concernant le plan d'action « on y travaille. C'est une lourde machine ! »</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pas d'obligation d'action au sein de la direction des soins, l'utilisation dépend de chaque pôle.</li> <li>➤ Procédure d'audit interne sur la qualité « enrichie » (280 dossiers patients).</li> </ul>  |

- Ce premier tableau, relatif à la définition et à l'utilité de l'indicateur TRD, montre qu'au sein des établissements A et B, l'indicateur est connu de la direction et des chefs de pôle mais pas des équipes de soins ou des médecins n'occupant pas une fonction institutionnelle.
- Par ailleurs, les entretiens ont montré que d'une part, des échantillonnages plus exigeants que ceux proposés par la HAS (80 dossiers) ont été adoptés pour renforcer la pertinence des résultats des indicateurs. L'hôpital B est allé jusqu'à produire des données par service. D'autre part, une communication sur les résultats de l'indicateur qui s'arrête aux chefs de pôle et ne descend pas toujours à l'échelle du service.

|                               |   |  |   |
|-------------------------------|---|--|---|
| Appropriation de l'indicateur | Depuis quand ?                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ « depuis longtemps », « Avant la traçabilité ne concernait que le patient douloureux »</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Depuis 1994</li> </ul>   |
|                               | Communication et formation autour de l'indicateur | <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Communication des résultats aux cadres lors d'une réunion. Résultats affichés dans le hall de chaque bâtiment et publiés sur Internet et Intranet.</li> <li>➢ « La diffusion se fait en priorité aux différentes instances : CRUQPC, CME via son président. ... ». Les utilisateurs peuvent utiliser Scope Santé.</li> <li>➢ Formation à la demande des professionnels. Exemple : plateforme en e-learning sur la douleur.</li> <li>➢ La communication reste insuffisante : « il y a d'autres champs que la douleur....il faut donner un axe et du sens ».</li> <li>➢ Visite test des experts visiteurs de la HAS fin 2014. Une des recommandations porte sur l'affichage à la vue des soignants et des usagers des résultats des indicateurs qualité.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Transmission uniquement aux cadres des pôles par mail et intranet pour diffusion aux soignants<br/>Communication aux instances : CRUQPC, CME...</li> <li>➢ Communication jugée néanmoins « insuffisante »</li> <li>➢ Formation obligatoire pour le référent douleur et à la demande pour les autres professionnels.</li> </ul> |
|                               | Sensibilisation des professionnels à l'indicateur | <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Rappel des recommandations de bonnes pratiques professionnelles au moment des transmissions. Les retours de plaintes sont efficaces et le projet de recherche avec les élèves IADE est porteur.</li> <li>➢ Les professionnels sont acteurs à travers la possibilité de donner leur avis sur l'amélioration du logiciel DPI.</li> <li>➢ Le programme « douleur » est proposé aux organismes DPC<br/>Le cadre référent douleur intervient dans les pôles.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Lors du stage DFGSM2 pour les étudiants en médecine, mais pas de sensibilisation pour les nouveaux internes.</li> <li>➢ Envoi d'un mail de félicitation aux cadres quand les résultats sont positifs.</li> </ul>   |
|                               | Degré d'implication des soignants                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 8/10</li> <li>➢ Faible connaissance de l'indicateur par les soignants. Pratique de la mesure de la douleur seulement.</li> <li>➢ Problème d'implication des</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 8/10</li> <li>➢ Les soignants voient l'intérêt de mesurer et de tracer la douleur pour patient. Toutefois, ils sont moins familiers avec les outils de gestion de la qualité.</li> </ul>   |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | personnels de nuit qui sont moins formés, moins sensibilisés et souvent en sous effectifs.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La traçabilité de l'indicateur par tous les acteurs reste compliquée par manque d'intérêt de certains</li> <li>L'indicateur est connu mais le lien avec la qualité n'est pas toujours fait.</li> <li>➤ Certains médecins ont une approche « technique » des patients et ne s'intéressent pas suffisamment à la prise en charge de leur douleur. L'amélioration de la qualité par le biais d'outils de gestion ne constitue pas leur priorité</li> </ul> |
| Changements de pratiques professionnels freins/leviers | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ la subjectivité du patient et la culture professionnelle des soignants</li> <li>« le temps de remplissage (du DPI) est un frein. Cela persiste parce que c'est lié à l'ergonomie ».</li> <li>➤ Progrès depuis 20 ans : « ça commence à rentrer dans les mœurs » tant dans « la mesure que dans la traçabilité », « on est sur le bon chemin », « l'appropriation c'est donné du temps ».</li> <li>➤ L'analyse et le retour sur les pratiques est un levier.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Perso-dépendant</li> <li>➤ Pas de sanction et d'intéressement ce qui ne suscite pas d'appropriation</li> <li>➤ Cependant, ces résultats comptent dans les négociations des moyens alloués au pôle dans une logique « donnant donnant ».</li> </ul>  |

➔ Ce deuxième tableau, relatif à l'appropriation de l'indicateur, met en évidence deux points :

- Au sein des établissements A et B : une mesure de la douleur effectuée plusieurs fois par jour avec une échelle validée. La traçabilité est effectuée par les infirmières, sur dossier papier (B) ou informatisé (A). En dépit de la méconnaissance de l'indicateur, la traçabilité de la mesure de la douleur est assurée par les équipes soignantes et est entrée dans la routine professionnelle. Elle fait partie d'une prise en charge de qualité.
- Dans les établissements A et B, les équipes de direction dédiées à la qualité se sont approprié l'indicateur en en faisant un levier d'amélioration des pratiques (mise en œuvre de plans d'action en cas de mauvais résultats pour l'établissement B) mais aussi un outil de contractualisation interne avec les pôles (B). Un usage à la fois bureaucratique, de pilotage et de management.

|                                      |   |   |  |
|--------------------------------------|---|---|--|
| <p><b>Ressenti et pertinence</b></p> | <p>Pistes d'amélioration et sentiment général</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ « Beaucoup de choses sont déjà faites ».</li> <li>➤ Sentiment plutôt positif « <i>l'indicateur est pertinent. Il ne fait pas l'objet de discussions ou débats, son sens est bien compris par les soignants</i> »</li> <li>➤ « <i>Ce qui pose problème, compte tenu de la taille du CHU, c'est la représentativité des 80 dossiers. L'idéal serait de faire une enquête par spécialité ou par pôle, ce qui motiverait les professionnels</i> ».</li> <li>➤ Pour les soignants « <i>les mots sont importants</i> » : on est bien dans la traçabilité et non pas sur un défaut de prise en charge. « <i>il serait souhaitable de passer à l'étape supérieure qui consiste à évaluer la prise en charge concrète de la douleur</i> ». « <i>Une piste d'amélioration serait la sensibilisation de tous les soignants au moment de leur recrutement</i> ».</li> <li>➤ Une cellule d'évaluation constate que « <i>c'est un travail qu'il faut recommencer tout le temps</i> ».</li> <li>➤ « <i>Il faut améliorer l'informatisation des établissements</i> », vers « <i>un système ergonomique des outils</i> » qui « <i>aide à la traçabilité et à la prescription</i> »</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sur sa construction : l'indicateur est « <i>minimaliste et nécessite d'être approfondi</i> » mais il semble être mieux compris que d'autres IPAQSS.</li> <li>➤ Il faut « <i>donner du sens</i> » à la démarche, « <i>on saucissonne le patient avec les indicateurs</i> », « <i>on n'obéit à des choses mais on ne sait plus pourquoi on fait ça</i> ».</li> <li>➤ La démarche « patient traceur » lui paraît plus appropriée</li> <li>➤ Le sujet de la douleur n'est plus majeur dans la qualité. Les sujets prégnants concernent l'identité-vigilance et l'erreur médicamenteuse « <i>Cet IPAQSS ne parle pas aux usagers</i> ».</li> <li>➤ Il met en évidence l'aspect positif de la démarche de l'IFAQ qui introduit une dimension d'incitation stimulante en opposition à l'aspect « <i>sanction</i> » présent dans la démarche de certification.</li> </ul> |
|--------------------------------------|---|---|--|

➔ Ce troisième tableau, relatif au ressenti et à la pertinence de l'indicateur, montre deux pistes d'amélioration :

- Un renforcement de la culture de la qualité qui passe par des outils de sensibilisation tels que des formations pour A et B. Une importance donnée au fait de donner du sens à la démarche des indicateurs pour favoriser l'appropriation par les soignants.
- Un indicateur jugé utile mais pauvre du point de vue de ses exigences selon les personnes interrogées dans les établissements A et B. Un enrichissement du nombre de mesures requises, notamment au moment de l'administration d'un antalgique, est recommandé pour faire avancer encore la qualité des soins.

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <p><b>Commentaires communs</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ « <i>l'intégration des changements est lente à l'hôpital à cause d'une résistance aux changements et d'une grande diversité d'acteurs</i> ».</li> <li>➤ <u>Le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)</u> définit la politique de la prise en charge de la douleur et les actions à mener; établit les différents protocoles adaptés. Il se réunit deux fois par an et travail « en off » entre les réunions.</li> <li>➤ Score de l'établissement reste insatisfaisant car il y a un « <i>écart entre ce qui est fait et ce qui est tracé</i> » mais « <i>ce qui est pris en compte c'est ce qui est écrit pas ce qui est fait</i> ».</li> </ul> |
|------------------------------------|--|

## **Tableau 2 : Retours sur les observations et entretiens avec les soignants**

Les professionnels observés sont des IDE et AS, binôme impliqué dans la prise en charge du patient. Dans les deux hôpitaux, la douleur est mesurée à l'aide d'une échelle numérique, puis tracée, sur le dossier patient informatisé ou papier, de façon systématique au moment du suivi de séjour des patients qu'ils soient algiques ou non. A contrario, au moment des transmissions seuls les patients ayant une douleur aiguë et nécessitant une surveillance particulière sont évoqués. En fonction des résultats de la mesure un antalgique prescrit dans le dossier est donné et la douleur réévaluée deux heures après. Au moment de la sortie du patient, le médecin évalue la douleur et effectue une prescription d'antalgiques pour le retour à domicile (observé dans l'hôpital A).

### **4.2 D'une démarche verticale à usage bureaucratique vers un changement de paradigme**

Nos entretiens mettent en avant une inégalité face à la connaissance et l'appropriation de l'indicateur selon la fonction occupée dans l'établissement. Une communication élargie faciliterait l'accompagnement des personnels soignants vers un changement de paradigme.

- Une démarche descendante aboutissant à un paradoxe

Nous constatons que le personnel d'encadrement et la direction ont une bonne connaissance de l'IPAQSS TRD et en parlent facilement. En revanche, paradoxalement, le personnel soignant, acteur direct de la traçabilité de l'évaluation de la douleur, n'a pas de connaissance de la démarche d'IPAQSS, en dépit d'une mesure de la douleur quotidienne.

Aussi, dans chaque établissement une cellule qualité a été mise en place afin notamment d'agir en transversalité dans l'établissement et porter la démarche d'IPAQSS. Celle-ci est identifiée au sein de l'établissement comme personne ressources sur la thématique. Nous observons une logique descendante de la direction et des personnels « experts » vers les professionnels de santé. Cette logique semble limiter l'appropriation de l'indicateur par les soignants qui ont des difficultés à donner du sens à la démarche.

En effet, lors de nos observations sur le terrain auprès du personnel soignant, nous notons cet écart entre les pratiques (mesure et traçabilité de la douleur quotidiennement) et le terme « indicateur » qui ne renvoie pas à une réalité pour les soignants. Ces derniers nous expliquent qu'il faut « *donner du sens* » à la démarche. Ainsi, il apparaît que l'aspect conceptuel de l'indicateur et de la démarche IPAQSS n'est pas appréhendé dans sa globalité par les soignants. Avec les indicateurs : « *on saucissonne le patient, on n'obéit à des choses mais on ne sait plus pourquoi on fait ça* ».

- Une communication « ciblée » limitant l'appropriation de l'indicateur

Notre enquête de terrain a montré que la communication des résultats de cet indicateur est réalisée uniquement au niveau des pôles (aux cadres de santé) et aux instances : « *La diffusion des résultats se fait en priorité aux différentes instances : CRUQPC, CME via son président* ». Lors des entretiens, la démarche de communication autour de l'indicateur nous a été présentée. Les résultats de l'indicateur sont affichés dans les services mais ne sont pas relayés directement aux personnels soignant. Cette communication est « *jugée insuffisante* » par les directeurs de soins. Nous avons été étonnés de cette rupture de communication entre les équipes d'encadrement et les soignants, acteurs principaux dans la traçabilité de la douleur.

De plus, la confrontation des verbatim avec l'observation de terrain nous donne à penser que les soignants mesurent et tracent la douleur sans savoir que cette mesure entre dans le cadre de la démarche IPAQSS, telle qu'elle est définie par la HAS, ni à quoi elle sert (mise à part une trace dans le dossier patient pour faciliter l'échange d'info entre soignants)...

En effet l'évaluation et la traçabilité de la douleur semblent « naturelles » pour le personnel soignant : la prise en charge du patient, l'évaluation de sa douleur et une réponse à celle-ci sont pour lui primordiaux et au cœur de son métier. En revanche, l'indicateur IPAQSS TRD semble présenter aujourd'hui un intérêt limité pour les soignants : « *Les soignants voient l'intérêt de mesurer la douleur dans l'intérêt du patient. Toutefois, ils sont moins familiers avec les outils de gestion de la qualité, l'amélioration de la qualité par le biais d'outils de gestion ne constitue pas leur priorité* ».

Dans ce sens, la démarche d'IPAQSS et la question de performance sous-jacente n'a pas de sens prépondérant pour eux.. Les soignants ne connaissent pas la démarche d'IPAQSS mais mesurent et tracent la douleur ; ce qui montre une certaine appropriation de l'indicateur. Ainsi, nous pouvons supposer qu'une meilleure connaissance de la démarche d'IPAQSS permettrait une appropriation différente dans le sens où elle s'inscrirait d'avantage dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Pour les soignants, « *les mots sont importants, on est bien dans la traçabilité et non pas sur un défaut de prise en charge* ».

- Une démarche appelant à un changement de paradigme

Notre enquête de terrain nous laisse penser que des progrès significatifs ont été réalisés depuis une vingtaine d'années tant sur la mesure de la douleur que sur sa traçabilité. L'amélioration de l'indicateur et de sa mesure est à observer sur le long terme : « *ça commence à rentrer dans les mœurs tant dans la mesure que dans la traçabilité, on est sur le bon chemin, l'appropriation c'est donner du temps* ». En effet, dans un premier temps, la mesure de la

douleur ne se faisait que pour les patients algiques, à partir des « pancartes » placées au pied du lit du patient. Aujourd'hui, elle concerne tous les patients.

Ainsi, l'appropriation de l'indicateur implique un changement de culture professionnelle et d'appropriation des outils qui nécessitent du temps.

Les établissements rencontrés s'accordent à dire que *« l'intégration des changements est lente à l'hôpital à cause d'une résistance aux changements et d'une grande diversité d'acteurs »*. La cellule qualité, porteuse de la démarche d'IPAQSS, rencontre certaines difficultés dans la mise en œuvre de plans d'action d'amélioration suite aux résultats des indicateurs : *« on y travaille, c'est une lourde machine ! »*. En effet, cette démarche implique de multiples acteurs (médicaux, paramédicaux, administratifs, etc) au sein de l'établissement dans une approche décloisonnée et transversale. Dans ce sens, notre enquête a mis en évidence que la démarche doit être pluri-professionnelle et pluridisciplinaire ; ce qui suppose d'accompagner les professionnels sur le long terme.

#### **4.3 De l'analyse des résultats à l'amélioration des pratiques professionnelles**

Aux différents niveaux de l'établissement, les résultats obtenus par l'étude de l'IPAQSS-TRD entraînent des modifications des pratiques professionnelles.

- La modification des pratiques professionnelles au niveau hiérarchique

Au sein des deux établissements visités, la hiérarchie a entrepris un travail de communication envers les soignants sur la problématique de la TRD, comme analysé précédemment. De plus, les retours de plaintes demeurent le meilleur levier de communication et de motivation au changement des pratiques selon les personnels interrogés. La seule existence de l'IPAQSS-TRD et du spectre de la certification ne suffisent pas à enclencher la modification durable des pratiques.

L'étude comparative démontre que l'implication de l'établissement est primordiale à une bonne appropriation de l'IPAQSS-TRD par ses personnels. En ce sens, les deux établissements visités ont entrepris une procédure d'audit interne qui a dépassé les préconisations de la HAS en termes d'échantillonnage du nombre de dossiers étudiés (540 dossiers pour l'hôpital A, 280 dossiers pour l'hôpital B). Alors que l'audit interne de l'hôpital B a conduit à la mise en place d'actions d'amélioration des pratiques professionnelles (logiciel, formation), l'hôpital A n'a lui réalisé aucun suivi de ses résultats. Ces éléments attestent de la nécessité d'une réelle implication de la hiérarchie pour inciter les professionnels de santé à s'approprier l'indicateur, pour ensuite modifier leurs pratiques.

Il ressort des enquêtes que, parmi les axes que les établissements privilégient pour une bonne appropriation de l'IPAQSS-TRD, la formation des personnels occupe une place prépondérante. Elle doit contribuer à une évolution positive des cultures professionnelles. Il est important de noter que la formation sur la TRD repose sur le volontariat, excepté pour le référent douleur. L'établissement doit proposer des modules de formation cohérents avec l'IPAQSS-TRD. Des éléments positifs ont été remarqués dans ce sens : le projet de pôle 2012-2013 de l'hôpital A est axé sur la formation de la prise en charge de la douleur, et une plateforme d'e-learning a été proposée aux professionnels. Toutefois, des décalages persistent entre les discours de la hiérarchie et celui des soignants, et les contenus des formations proposées.

- La modification des pratiques professionnelles au niveau de l'équipe soignante

Au cours de l'observation des services de MCO, l'importance des pratiques professionnelles vis-à-vis du recueil de l'évaluation de la douleur a été constatée. La question de la communication thérapeutique, au moyen d'approches adaptées au patient (question ouverte ou fermée, modifiée selon la posture du patient, son observation, sa psychologie, ses demandes, sa capacité à s'exprimer,...), a été abordée avec les soignants. Il est indéniable que l'existence de l'IPAQSS-TRD ne peut qu'encourager le développement de ces approches, et permettre une meilleure traçabilité. En effet, une bonne mesure de la douleur est une condition nécessaire à une traçabilité efficace.

Un autre apport positif de l'IPAQSS-TRD en matière de pratique professionnelle soignante réside dans la globalité des patients concernés par la traçabilité de l'évaluation de la douleur. En effet, en imposant le contrôle aléatoire de 80 dossiers patients, la traçabilité concerne nécessairement tous les patients des services, et non plus seulement les patients algiques. Evaluer la douleur et tracer les résultats obtenus est devenu, grâce à l'indicateur, une pratique générale à toutes les prises en charges. L'indicateur implique donc une pratique systématique pour les soignants.

La question du support utilisé pour le recueil des données en matière de TRD a également été soulevée lors des observations. L'hôpital A utilise à 100% le dossier patient informatisé (DPI), tandis que le dossier papier est privilégié dans l'hôpital B, avec un recours à l'informatique limité à certains services (urgences par exemple). Si l'IPAQSS-TRD n'impose pas de support particulier, le choix du DPI ou du dossier papier impacte nécessairement les pratiques. En effet, pour permettre une bonne traçabilité, le recours à des outils de recueil et la formation à leur bonne utilisation sont nécessaires.

L'observation de l'utilisation de l'outil informatique a mis en évidence deux conséquences sur les pratiques :

- Le service de DPI de l'hôpital A donne la possibilité aux personnels de formuler des propositions d'amélioration concernant le DPI et le logiciel utilisé, ce qui est propice à une bonne appropriation des éléments du dossier patient, et donc indirectement de l'IPAQSS-TRD.
- L'utilisation de l'outil informatique, lorsqu'il n'est pas assez performant et/ou jugé obsolète, peut être un frein à une traçabilité optimale. Ceci peut éventuellement conduire à un découragement des personnels en matière de TRD.

#### **4.4 L'indicateur comme outil de management**

De nombreux auteurs ont mis en évidence le fait que les usages concrets d'un outil de gestion peuvent être parfois différents de ceux pensés par leurs concepteurs (De Vaujany, 2006 ; Gomez et al, 2013). Les indicateurs de qualité entrent dans ce cadre théorique, qui distingue usage bureaucratique et usage à des fins de pilotage. Un autre usage émerge toutefois de nos observations : celui de l'indicateur comme outil de management.

La direction apparaît comme un acteur intermédiaire entre les pouvoirs publics créateurs de l'indicateur et les soignants, premiers acteurs concernés par l'IPAQSS-TRD. Celle-ci s'est réapproprié l'indicateur comme un levier d'action pour manager les services en vue d'améliorer globalement la performance de l'établissement. En ce sens, l'indicateur devient un outil de négociation avec les pôles concernant l'obtention de moyens supplémentaires. C'est le cas de l'établissement B où l'objectif d'atteindre 80 % pour les IPAQSS est inscrit dans les contrats de pôle. En effet, la direction qualité a fait le choix de réaliser un audit pour connaître les résultats par service. Si cette démarche s'inscrit dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité, elle permet d'identifier de façon précise les performances de chaque service et pôle avec des données objectivées chiffrées. Ainsi, une personne de la direction qualité nous confie : *« De façon informelle, ces résultats comptent dans les négociations des moyens alloués au pôle dans une logique « donnant donnant ».* Elle modère toutefois son propos, en précisant que seuls les chefs de pôle sont concernés par l'incitation financière, les soignants se concentrant sur la qualité du soin.

Alors que la HAS avait mis en avant l'intérêt des indicateurs comme outils de comparaison entre les établissements, une pratique du benchmarking entre les services

d'un même hôpital a pu être observée. En effet, disposer de chiffres objectifs et accessibles, service par service, de manière régulière (établissement B), ou de façon ponctuelle (établissement A), permet d'établir un comparatif entre les services, ce qui peut servir d'incitation pour la direction. Par exemple, au sein de l'hôpital A, suite à la « photo » montrant des résultats différents selon les pôles, l'un d'entre eux a décidé d'inscrire un objectif précis d'amélioration de l'indicateur dans le contrat de pôle.

Par ailleurs, la direction utilise l'indicateur pour aller vers un découplage du management entre le médical et l'administratif. Alors que le soin est traditionnellement réservé aux secteurs médical et paramédical, au travers des IPAQSS, l'administration s'ouvre aujourd'hui un droit de regard sur la qualité des soins. La direction de l'hôpital A note en effet que pour les soignants « *les mots sont importants* » et la traçabilité imposée par la HAS se distingue bien de la mesure de la douleur - ce qui est volontairement rappelé aux soignants quand il s'agit de les rassurer. En revanche, l'objectif avoué – et légitime - de la direction est « *d'aller vers la traçabilité de la prise en charge de la douleur* » (autrement dit la qualité de la prise en charge). Or, dans cette perspective, l'intrusion de l'administration dans le domaine réservé des soignants risque d'être moins bien acceptée par ces derniers.

## **5 Discussion : Comment favoriser les mécanismes d'appropriation des indicateurs qualité par leurs utilisateurs ?**

Il semblerait tout d'abord opportun que l'ensemble des acteurs du soin soient associés dans la démarche d'amélioration de la qualité à l'échelle de l'établissement (5.1). L'observation des pratiques soignantes a toutefois montré que connaissance de l'indicateur et réalisation de ses objectifs n'étaient pas nécessairement liés (5.2). La question se pose donc de l'utilité finale de l'indicateur et de son avenir, son degré d'exigence actuel ayant fait l'objet de critiques (5.3). Les limites rencontrées dans le cadre de ce projet sont enfin évoquées (5.4).

### **5.1 Vers une implication croissante des parties prenantes dans le cycle de vie des indicateurs ?**

L'appropriation de l'IPAQSS-TRD n'est permise que si tous les acteurs en comprennent le sens, les objectifs et se sentent impliqués. Or les entretiens réalisés et la revue de littérature démontrent l'existence d'une logique descendante.

Ainsi, les cadres (directrice des soins, ingénieur qualité, etc.) ont une bonne connaissance de l'indicateur, de son contenu et des résultats. En revanche, le terme même d'indicateur n'est pas toujours connu du personnel soignant mesurant la douleur. Un dialogue plus poussé impliquant directement les soignants dans la mise en pratique de la traçabilité permettrait probablement une meilleure appropriation. L'IPAQSS-TRD est donc étranger aux acteurs mesurant la douleur, ce qui ne fait pas obstacle à une réalisation performante de la traçabilité.

L'appropriation des indicateurs passe donc par une meilleure association des acteurs. Néanmoins, l'existence de huit indicateurs, plus ou moins composites, rend difficile une bonne connaissance de ceux-ci. L'indicateur TRD n'est donc qu'un indicateur parmi d'autres pour les acteurs. La cellule qualité doit travailler sur tous les indicateurs dans le cadre d'une amélioration continue et l'indicateur TRD n'entre pas dans les thèmes les plus préoccupants aujourd'hui (identitovigilance, iatrogénie médicamenteuse, etc.). Ainsi, dès lors que le résultat de l'indicateur TRD est bon, la cellule qualité peut avoir tendance à se satisfaire de ce résultat pour se concentrer sur d'autres indicateurs.

La prise en main de l'indicateur est également liée à sa lisibilité. Celle-ci passe notamment par la communication et la formation des soignants. Au cours des entretiens, l'importance des formations initiales des soignants a été soulevée, notamment au regard de l'importance donnée à la douleur dans celles-ci. La prise en compte de la douleur constitue

aujourd'hui un enjeu fondamental du parcours de formation des infirmières et intègre peu à peu celui des médecins, notamment via le stage effectué en deuxième année pour les étudiants en médecine. Les cadres portent une attention particulière à la connaissance des protocoles de mesure de la douleur lors des recrutements des soignants.

Les acteurs (nouveaux arrivants dans l'établissement ou autres) peuvent de plus être sensibilisés lors de formations internes, mais le manque de temps est un frein au développement de telles formations. De même, certains hôpitaux ne disposent pas de moyens et/ou de personnel pour mettre en place ces formations.

Il est important de noter que la thématique de la douleur est aujourd'hui fortement portée par le CLUD au sein des hôpitaux. Or cette instance ne semble pourtant pas assez connue des soignants, qu'il s'agisse de sa fonction ou de sa composition. Il semble pourtant essentiel que le CLUD soit réellement impliqué et joue un rôle dans l'accompagnement au changement au sein des pôles.

L'ensemble des raisons présentées ci-dessus sont centrées sur l'importance d'expliquer et de donner du sens au travail réalisé auprès des patients. Il est en ce sens essentiel d'accompagner un changement culturel et professionnel des acteurs.

## **5.2 Une perception variée de l'indicateur de traçabilité : un outil de contrôle ou un élément de prise en charge ?**

Les observations menées au sein des services ont mis en avant une méconnaissance des indicateurs en tant que tels. Cela ne signifie toutefois pas que la traçabilité de la mesure de la douleur ne constitue pas un enjeu important pour les soignants. Au contraire, ces derniers nous ont expliqué l'intérêt majeur que représentait la traçabilité pour assurer un suivi de qualité et adapter les traitements administrés contre la douleur en fonction de l'efficacité observée. Il semblerait ainsi que l'indicateur soit utilisé en premier lieu comme outil de contrôle de la qualité des pratiques par les équipes de direction et les cadres, tandis que les soignants sont mobilisés sur leur cœur de métier. Nous nous sommes ainsi demandé dans quelle mesure il était important que les soignants soient familiers avec les indicateurs en tant qu'outils de gestion, alors que l'objectif même de ce dernier, l'amélioration de la qualité des soins, passe par les pratiques. In fine, il pourrait même être imaginé que l'appropriation absolue de cet indicateur consiste en sa dissolution dans les routines professionnelles.

### **5.3 Des limites dans l'appropriation par les utilisateurs liées aux limites de l'indicateur lui-même : vers une nouvelle étape pour l'indicateur TRD ?**

Les discussions engagées lors des entretiens avec les référents et directeurs qualité des établissements A et B ont révélé une impression de faiblesse de l'indicateur TRD actuel. Le mode de recueil des données et la méthode de campagne coordonnée par l'ATIH, consistant en un tirage au sort de 80 dossiers, ont été notamment mis en avant. Selon nos interlocuteurs, le nombre de dossiers serait insuffisant et ne permettrait pas de rendre compte de la diversité des pratiques dans les services, ni de mettre en place des plans d'action ciblés par la suite. En outre, il peut sembler étonnant de prélever autant de dossiers dans un établissement local que dans un établissement d'envergure régionale, et la mise en place d'un prorata entre nombre de dossiers examinés et taille de l'établissement pourrait être étudiée.

La précision même de l'indicateur et son incapacité supposée à rendre compte de la qualité réelle de la prise en charge de la douleur dans sa globalité ont été évoquées dans les entretiens. Certains des professionnels rencontrés ont regretté que l'indicateur ne renvoie aujourd'hui qu'une image de la mesure de la douleur au moment de l'admission du patient puis une deuxième fois au cours du séjour. Or cette mesure est effectuée et tracée tous les jours, voire plusieurs fois par jour. Il leur semblerait pertinent d'enrichir l'indicateur en rendant les critères plus exigeants, d'autant que depuis dix ans les pratiques se sont significativement améliorées et qu'une nouvelle étape peut être franchie dans la recherche de qualité. Le critère de la mesure de la douleur après administration d'un traitement est mis en avant comme le véritable révélateur de l'impact de la traçabilité dans la prise en charge des patients. Certains en ont appelé à la contribution des sociétés savantes sur ce sujet.

### **5.4 Limites de l'enquête**

L'enquête menée dans le cadre de l'élaboration de ce rapport comporte différentes limites, liées notamment à une contrainte temporelle. Les éléments suivants ont été relevés :

- la place des patients en tant qu'utilisateurs des IPAQSS n'a pas été examinée dans le cadre de cette analyse. Cette démarche aurait toutefois pu présenter un intérêt, si des moyens d'enquête avaient été disponibles pour interroger un large panel d'utilisateurs sur leur connaissance et leur compréhension des IPAQSS et l'influence qu'ils peuvent avoir dans leur choix de l'établissement de santé.
- Le nombre de structures visitées dans le cadre de l'enquête s'est limité à deux, pour des raisons pratiques. Il aurait toutefois été intéressant de mener notre observation à une

échelle plus vaste, afin d'affiner notre analyse des processus d'appropriation des indicateurs. Nous avons en effet constaté l'importance du management dans la prise en main des outils de gestion et sommes conscients de l'importance du contexte local dans l'accompagnement au changement au sein des établissements.

- Nous n'avons pas eu l'opportunité de rencontrer un expert de la HAS, qui aurait pu nous éclairer sur l'impact des indicateurs sur l'amélioration des pratiques depuis dix ans. Nous aurions souhaité l'interroger sur l'évolution de l'indicateur TRD et son éventuel enrichissement.

## Conclusion

La traçabilité de la douleur fait partie des indicateurs obligatoires pour l'amélioration et la qualité des soins, tels que définis par la HAS, et bénéficie d'avancées majeures tant sur le plan technique que sur le plan sociétal. Lorsque les référentiels et les recommandations de bonne pratique existent, une bonne partie du chemin est faite. Encore faut-il qu'ils soient connus et utilisés par tous les acteurs. L'appropriation de cet indicateur par l'ensemble des soignants paraît essentielle pour atteindre l'objectif fixé par la HAS.

Il ressort de notre étude comparative que l'utilisation réelle du TRD sur le terrain diffère en partie des objectifs associés à la création de l'IPAQSS. D'une part, l'appropriation de cet indicateur par les utilisateurs reste limitée. En effet, il apparaît de façon claire que cet indicateur fait l'objet d'une appropriation différenciée selon le type d'acteurs. Si la direction maîtrise bien l'indicateur, les soignants mesurent et tracent la douleur sans le connaître. De même, certains médecins, qui ne sont pas investis au niveau institutionnel, ne connaissent pas non plus cet indicateur. D'autre part, l'indicateur utilisé comme un outil de pilotage d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins a permis d'améliorer les pratiques mais en dépassant ses limites de départ. Notre étude met en évidence que la direction qualité dans les deux cas s'est approprié l'indicateur en le renforçant, c'est à dire en allant au-delà des 80 dossiers audités, un chiffre considéré comme insuffisant. Par ailleurs, nous avons constaté une utilisation de l'indicateur en tant qu'outil de management dans la perspective d'une incitation à la performance pour les pôles et d'un décloisonnement direction-soins. Notre enquête a ainsi permis de pointer les usages déjà définis par les études théoriques (usage bureaucratique, de pilotage et de réappropriation).

Notre étude a également tenté de mettre en exergue les mécanismes favorisant ou freinant l'appropriation par les acteurs. Il s'avère que la faible appropriation de l'indicateur notamment par les soignants est un fait commun aux deux établissements. La traçabilité est en réalité intégrée par les soignants dès leur formation initiale et est considérée comme faisant partie de la prise en charge de la douleur. Ainsi, pour les soignants, cette traçabilité ne correspond pas à un indicateur. Les pratiques d'amélioration et de réappropriation de l'indicateur comme outil de management sembleraient en revanche dépendre davantage du contexte social-local, notamment de l'investissement de la direction ou de certains chefs de pôle. Ainsi, il s'avère que le score relativement similaire de l'indicateur en classe B des EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2015

deux établissements de l'enquête renvoie à des méthodes d'amélioration différentes selon les structures. L'une d'elles a ainsi décidé d'inciter les pôles à l'action par la mise en place de données objectivées par service. Il semblerait in fine que les limites de l'appropriation découlent des limites de l'indicateur lui-même, considéré comme s'adossant à un échantillon trop limité, ce qui compromet l'exploitation des résultats dans le but de favoriser l'amélioration des pratiques. De plus, sa capacité à refléter la qualité de la prise en charge réelle de la douleur a été pointée du doigt au regard de son objectif axé sur la traçabilité. Dans cette perspective, le MIP intitulé Qualité des soins, une affaire de points de vue, 2002 s'est engagé dans une réflexion plus globale sur la question de la protocolisation liée aux indicateurs. Il met en évidence que la standardisation des pratiques au cœur de la démarche qualité est en tension avec une vision de la prise en charge plus personnalisée.

Forts de ce constat, nous avons dégagé des préconisations qui favoriseraient une meilleure appropriation par les acteurs. Une information renforcée et des formations apparaissent nécessaires pour faire connaître les IPAQSS aux soignants et aux médecins. Il s'agirait de les intégrer davantage au sein de la démarche qualité. De même, un renforcement de l'indicateur semble nécessaire, afin de le rendre plus représentatif et plus proche de la prise en charge. Il s'agirait par ailleurs d'augmenter l'échantillon et de mettre en place une traçabilité de post-administration d'un antalgique. Cette réflexion pourrait être menée avec le concours des sociétés savantes, telles que la société française de l'étude et du traitement de la douleur (SFETD) et la société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR).

Enfin, cette étude propose d'appréhender l'appropriation réelle de l'indicateur par les utilisateurs au sein des établissements de santé au regard de l'objectif de l'indicateur qualité en tant qu'outil de gestion interne d'amélioration interne de la qualité. Néanmoins, l'indicateur poursuit également un objectif de communication auprès des usagers. La question de l'utilisation finale de l'indicateur, et notamment de savoir à qui cette information est destinée, a fait l'objet de nombreuses discussions. Dans le cadre du développement de la démocratie sanitaire, la diffusion de l'information s'est retrouvée au cœur de l'enjeu de l'utilisateur comme acteur au sein du système de santé. Si l'analyse de cet utilisateur n'a pas été retenue au sein de notre enquête, il apparaît très intéressant de se pencher sur la question de l'appropriation de cet indicateur TRD par l'utilisateur.

---

## Bibliographie

---

Ouvrages, revues de presse, articles :

- Akrich M., « La description des objets techniques », dans M. Akrich , M. Callon et B. Latour , Sociologie de la traduction : textes fondateurs, Presses de l'Ecole des Mines, Paris, 2006, p.159-178.
- Allen D., Understanding context for quality improvement: Artefacts, affordances and socio-material infrastructure Health, November 2012
- Bérard et al, Usages des indicateurs de qualité en établissement de santé, in Journal de gestion et d'économie médicales, 2009-1 Vol 27
- Ciborra, « A critical review of the literature on the management of corporate information infrastructure” tire de From control to drift : the dynamics of corporate information infrastructures - Oxford Univ. Press, ISBN 0198297343, 2000, p. 15-40
- David A., « Outils de gestion et dynamique du changement », Revue française de gestion n°120, 1998
- De Vaujany François Xavier, « Pour une théorie de l'appropriation des outils de gestion : vers un dépassement de l'opposition conception-usage », Management & Avenir, 2006/3 n° 9, p. 109-126. DOI : 10.3917/mav.009.0109
- Gomez et al., « L'usage des indicateurs de performance sur la qualité-sécurité des soins : le cas de l'indicateur de tenue du dossier anesthésique », in Journal de gestion et d'économie médicales, 2012 vol 30 n°7-8 455-468
- Grimand Amaury, « Quand le knowledge management redécouvre l'acteur : la dynamqie d'appropriation des connaissances en organisation », Management & Avenir 3/2006, p. 141-157
- Martineau Régis, « Les usages-types d'un outil de gestion des risques à l'hôpital », Management & Avenir, 2012/4 n° 54, p. 215-236. DOI : 10.3917/mav.054.0215
- Merton, Les usages-types d'un outil de gestion des risques à l'hôpital, Management & Avenir 2012, 4(54) :215-236
- Serfaty-Garzon Perla, "L'Appropriation" in Dictionnaire de l'habitat et du logement. Éditions Armand Colin ©2003. pp. 27-30

Textes juridiques :

- Arrêté du 31 mars 2015 fixant la liste des établissements de santé éligibles à un financement complémentaire portant sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en 2015
- Code de la Santé Publique

Rapports, guides :

- HAS, La généralisation des indicateurs qualité en Aquitaine, juillet 2010
- Guide méthodologique de diffusion des indicateurs de qualité des soins, HAS, septembre 2012
- Rapport de la HAS, « Indicateurs de qualité généralisés en MCO, Campagne 2011 », Analyse descriptive des résultats agrégés et analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats, Juin 2012, p. 20.
- « Traçabilité de l'évaluation de la douleur, Cahier des charges », COMPAQH Inserm, 2007, page 3 :  
[http://www.compaqhpst.fr/data/indicateurs/19\\_CDC\\_Tracabilite\\_douleur\\_V3.1.pdf](http://www.compaqhpst.fr/data/indicateurs/19_CDC_Tracabilite_douleur_V3.1.pdf)

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Grilles de recueil des indicateurs DPA-MCO et DPA-SSR

Annexe 2 : Modalités d'évaluation de l'IPAQSS TRD

Annexe 3 : Grille d'entretien semi-directif – Directeur qualité

Annexe 4 : Grille d'entretien semi-directif – Directeur des soins

Annexe 5 : Grille d'entretien semi-directif – Soignant

Annexe 6 : Grille d'observation – Soignant

## Annexe 1 : Grilles de recueil des indicateurs DPA-MCO et DPA-SSR

La grille de recueil des indicateurs du dossier patient MCO est datée du ???, dernière version en vigueur à la rédaction de ce rapport.

| GRILLE DE RECUEIL DES INDICATEURS DU DOSSIER PATIENT MCO                                    |   |   |
|---|---|---|
| <b>Identification - structure</b>   |   |   |
| DPA 1   | Numéro FINESS enquêté   | 0000000000  |
| DPA 2   | Nom de l'établissement enquêté  |   |
| <b>Identification - niveau interne à la structure</b>                                       |   |   |
| DPA 3   | Service (ou pôle)   | 000000  |
| <b>Identification - tirage au sort et date de saisie</b>                                    |   |   |
| DPA 4   | Date de la saisie   | 00 / 00 / 0000  |
| DPA 5   | Numéro du tirage au sort  | 0000  |
| <b>Identification - caractéristiques du séjour patient</b>                                  |   |   |
| DPA 6   | Séjour  | <input type="radio"/> Mono RUM<br><input type="radio"/> Multi RUM   |
| DPA 7   | Groupe homogène de malades (GHM)  | 000000  |
| DPA 8   | Activité de soins MCO   | <input type="radio"/> Médecine<br><input type="radio"/> Chirurgie<br><input type="radio"/> Obstétrique<br><input type="radio"/> Non attribuée   |
| DPA 9   | Age du patient à la date d'entrée du séjour   | 0000  |
| DPA 10  | Sexe du patient   | <input type="radio"/> Masculin<br><input type="radio"/> Féminin   |
| DPA 9 bis   | Si DPA 9 = 0, s'agit-il d'un séjour d'un nouveau-né en néonatalogie ou en réanimation-néonatalogie, dans le cadre d'un accouchement ? | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non  |
| DPA 11  | Date de fin du séjour MCO   | 00 / 00 / 0000  |
| DPA 12  | Durée du séjour   | 0000  |
| <b>Identification - caractéristiques du dossier à analyser</b>                              |   |   |
| DPA 13  | Dossier   | <input type="radio"/> Retrouvé<br><input type="radio"/> Non retrouvé<br><input type="radio"/> Séjour Multi RUM incomplet<br><input type="radio"/> Incohérence PMSI (séjour < 1 jour, GHM)<br><input type="radio"/> Dossier exclu car le patient ne souhaite pas que les données le concernant soient exploitées |
| DPA 14  | Dossier informatisé   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non<br><input type="radio"/> Partiellement   |
| DPA 15  | Si informatisation partielle, préciser le (les) élément(s) informatisé(s) pour chaque séjour analysé                                  |   |
| DPA 15.1  | Observations médicales  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non  |
| DPA 15.2  | Compte rendu opératoire et/ou d'accouchement  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non<br><input type="radio"/> Non applicable  |
| DPA 15.3  | Prescriptions médicamenteuses   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non<br><input type="radio"/> Non applicable  |
| DPA 15.4  | Prescriptions autres que médicamenteuses  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non<br><input type="radio"/> Non applicable  |
| DPA 15.5  | Résultats des examens complémentaires   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non<br><input type="radio"/> Non applicable  |
| DPA 15.6  | Courriers accessibles dans le système d'information (hors courrier de fin d'hospitalisation)  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non<br><input type="radio"/> Non applicable  |
| DPA 15.7  | Courrier de fin d'hospitalisation   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non  |
| DPA 15.8  | Dossier de soins  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non  |
| DPA 15.9  | Dossier anesthésique  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non<br><input type="radio"/> Non applicable  |
| DPA 15.10   | Dossier transfusionnel  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non<br><input type="radio"/> Non applicable  |
| <b>Informations complémentaires (critères d'exclusion spécifiques pour DEC, DTN et TRE)</b> |   |   |
| DPA 16.1a   | Le patient est-il décédé au cours du séjour ?   | <input type="radio"/> Oui (exclusion de l'indicateur DEC)<br><input type="radio"/> Non  |
| DPA 16.2a   | Le patient a-t-il été muté ?  | <input type="radio"/> Oui (exclusion de l'indicateur DEC)<br><input type="radio"/> Non  |
| DPA 16.b  | Le patient est-il   |   |

|   |  |   |
|---|--|---|
| DPA 16.1b   | Hospitalisé moins de 2 jours ?   | <input type="radio"/> Oui (exclusion des indicateurs DTN et TRE)<br><input type="radio"/> Non   |
| DPA 16.2b   | Agé de moins de 18 ans ?   | <input type="radio"/> Oui (exclusion des indicateurs DTN et TRE)<br><input type="radio"/> Non   |
| DPA 16.3b   | Au cours des 2 premiers jours de son séjour pris en charge en réanimation ?  | <input type="radio"/> Oui (exclusion de l'indicateur DTN)<br><input type="radio"/> Non  |
| DPA 16.4b   | Au cours des 2 premiers jours de son séjour pris en charge en soins intensifs ?                                    | <input type="radio"/> Oui (exclusion de l'indicateur DTN)<br><input type="radio"/> Non  |
| DPA 16.5b   | Au cours des 2 premiers jours de son séjour pris en charge en surveillance continue ?                              | <input type="radio"/> Oui (exclusion de l'indicateur DTN)<br><input type="radio"/> Non  |
| DPA 16.6b   | Au cours des 2 premiers jours de son séjour pris en charge en maternité ?  | <input type="radio"/> Oui (exclusion des indicateurs DTN et TRE)<br><input type="radio"/> Non   |
| DPA 16.7b   | Au cours des 2 premiers jours de son séjour pris en charge en zone de surveillance de très courte durée ?          | <input type="radio"/> Oui (exclusion des indicateurs DTN et TRE)<br><input type="radio"/> Non   |
| DPA 16.8b   | Au cours des 2 premiers jours de son séjour pris en charge en soins palliatifs ?                                   | <input type="radio"/> Oui (exclusion de l'indicateur DTN)<br><input type="radio"/> Non  |
| <b>Informations communes au thème DPA</b>   |  |   |
| DPA 17  | Retrouve-t-on un courrier de fin d'hospitalisation ou un compte rendu d'hospitalisation ?                          | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non  |
| DPA 18  | Si Oui, quels éléments retrouve-t-on ?   |   |
| DPA 18.1  | L'identité du médecin destinataire (nom et adresse)  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non<br><input type="radio"/> NA  |
| DPA 18.2  | Une référence aux dates du séjour (date d'entrée et date de sortie)  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non  |
| DPA 18.3  | Une synthèse du séjour (contenu médical sur la prise en charge)  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non  |
| DPA 18.4  | Une trace écrite d'un traitement de sortie   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non<br><input type="radio"/> NA  |
| <b>Indicateur 1 : Tenue du dossier patient (TDP)</b>  |  |   |
| <b>Eléments relatifs à l'admission :</b>  |  |   |
| TDP 1   | Retrouve-t-on un document médical relatif à l'admission indiquant les motifs d'hospitalisation ?                   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non  |
| TDP 2   | Si Oui, le ou lesquels ?   | <input type="checkbox"/> Lettre du médecin de ville<br><input type="checkbox"/> Lettre de mutation ou de transfert<br><input type="checkbox"/> Fiche des urgences<br><input type="checkbox"/> Compte rendu de consultation<br><input type="checkbox"/> Dossier du patient mentionnant l'admission directe non programmée<br><input type="checkbox"/> Document spécifiant l'ensemble de la prise en charge |
| TDP 3   | Quels éléments relatifs à l'examen médical d'entrée retrouve-t-on ?  |   |
| TDP 3.1   | Motifs d'hospitalisation   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non  |
| TDP 3.2   | Antécédents et facteurs de risque  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non  |
| TDP 3.3   | Traitement habituel  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non  |
| TDP 3.4   | Conclusions de l'examen clinique initial   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non  |
| <b>Eléments relatifs au séjour :</b>  |  |   |
| TDP 4   | Existe-t-il une (ou plusieurs) prescription(s) médicamenteuse(s) établie(s) pendant l'hospitalisation du patient ? | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non<br><input type="radio"/> NA  |
| Pour la suite, l'analyse porte sur une période qui débute à la première prescription médicamenteuse et s'étend sur 72 heures. |  |   |
| TDP 5   | Si Oui, quels éléments retrouve-t-on sur chaque prescription ?   |   |
| TDP 5.1   | Nom et prénom du patient   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non  |
| TDP 5.2   | Date de prescription   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non  |
| TDP 5.3   | Signature du prescripteur  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non  |
| TDP 5.4   | Nom du prescripteur  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non  |
| TDP 5.5   | Dénomination des médicaments   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non  |

|  |  |  |
|--|--|--|
| TDP 5.6  | Posologie  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| TDP 5.7  | Voie d'administration  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| TDP 6  | Existe-t-il un (ou des) compte(s) rendu(s) opératoire(s) ?   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non<br><input type="radio"/> NA   |
| TDP 7  | Retrouve-t-on un compte rendu d'accouchement ?   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| TDP 8  | Existe-t-il un dossier anesthésique ?  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non<br><input type="radio"/> NA   |
| TDP 9  | Si Oui, quels éléments retrouve-t-on ?   |  |
| TDP 9.1  | Le document traçant la phase pré-anesthésique  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| TDP 9.2  | La fiche per-opératoire  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| TDP 9.3  | La fiche de suivi en salle de surveillance post-interventionnelle                                    | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non<br><input type="radio"/> NA   |
| TDP 10   | Le patient a-t-il été transfusé pendant le séjour ?  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| TDP 11   | Si Oui, quels éléments du dossier transfusionnel retrouve-t-on ?                                     | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| TDP 11.1a  | Fiche transfusionnelle   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| TDP 11.2a  | Documents de groupage sanguin  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| TDP 11.3a  | Fiche de distribution nominative   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| TDP 11.4a  | Prescription du produit sanguin labile signée par le médecin   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| TDP 11.1b  | Si transfusion de globules rouges, résultat de la RAI retrouvé                                       | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non<br><input type="radio"/> NA   |
| TDP 11.2b  | Si incident, fiche d'effet indésirable renseignée  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non<br><input type="radio"/> NA   |
| <b>Éléments relatifs à la sortie :</b>   |  |  |
| TDP 12   | Existe-t-il une trace écrite d'un traitement de sortie ?   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non<br><input type="radio"/> NA   |
| TDP 13   | Si Oui, quels éléments y retrouve-t-on ?   |  |
| TDP 13.1   | Nom et prénom du patient   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| TDP 13.2   | Date de prescription   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| TDP 13.3   | Nom du médecin   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| TDP 13.4   | Dénomination des médicaments   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| TDP 13.5   | Posologie  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| TDP 13.6   | Voie d'administration  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| TDP 13.7   | Durée du traitement  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| <b>Appréciation générale :</b>   |  |  |
| TDP 14   | Le dossier est-il organisé et classé ?   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| <b>Indicateur 2 : Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC)</b>         |  |  |
| DEC 1  | Le courrier ou le compte rendu d'hospitalisation est-il daté ?                                       | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| DEC 2  | Si Oui, quelle est la date notée sur le courrier ou le compte rendu d'hospitalisation (JJ/MM/AAAA) ? | □□ / □□ / □□□□   |
| <b>Indicateur 3 : Traçabilité de l'évaluation de la douleur avec une échelle (TRD)</b> |  |  |
| TRD 1  | Retrouve-t-on au moins une mesure de la douleur notée dans le dossier du patient pendant le séjour ? | <input type="radio"/> Oui avec échelle (EVA, EN, EVS, échelle d'hétéro-évaluation)<br><input type="radio"/> Oui sans échelle (commentaires)<br><input type="radio"/> Non |

|   |   |  |
|---|---|--|
| TRD 2   | Si une mesure diagnostique une douleur avec une échelle, retrouve-t-on au moins une mesure de suivi de la douleur ? | <input type="radio"/> Oui avec échelle (EVA, EN, EVS, échelle d'hétéro-évaluation)<br><input type="radio"/> Oui sans échelle (commentaires)<br><input type="radio"/> Non<br><input type="radio"/> NA (le patient n'est pas douloureux) |
| <b>Indicateur 4 : Dépistage des troubles nutritionnels (DTN)</b>            |   |  |
| DTN 1   | A l'entrée du patient, quelles informations retrouve-t-on concernant le dépistage des troubles nutritionnels ?      |  |
| DTN 1.1   | Le poids  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| DTN 1.2   | La mention de la variation du poids avant l'hospitalisation   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| DTN 1.3   | L'indice de masse corporelle  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| <b>Indicateur 5 : Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre (TRE)</b> |   |  |
| TRE 1   | Retrouve-t-on la trace d'une évaluation du risque d'escarre dans les 2 jours suivant l'admission ?                  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| TRE 2   | Si Oui, cette évaluation tracée correspond-elle à l'utilisation ?   | <input type="checkbox"/> D'une échelle<br><input type="checkbox"/> D'un jugement clinique  |
| TRE 3   | Suite à cette évaluation, retrouve-t-on une conclusion vis-à-vis du risque d'escarre pour le patient ?              | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |

La grille de recueil des indicateurs du dossier patient SSR est datée du 26/11/2013, dernière version en vigueur à la rédaction de ce rapport.

Les données surlignées en jaune montrent les mises à jour pour le recueil de 2014.

## GRILLE DE RECUEIL DES INDICATEURS DU DOSSIER PATIENT SSR

| Identification - structure   |  |  |
|--|--|--|
| DPA 1  | Numéro FINESS enquêté  | 00000000   |
| DPA 2  | Nom de l'établissement enquêté   |  |
| Identification - niveau interne à la structure                                     |  |  |
| DPA 3  | Service (ou pôle)  | 00000  |
| Identification - tirage au sort et date de saisie                                  |  |  |
| DPA 4  | Date de la saisie  | 00 / 00 / 0000   |
| DPA 5  | Numéro du tirage au sort   | 000  |
| Identification - caractéristiques du séjour patient                                |  |  |
| DPA 6  | Groupe de morbidité dominante (GMD)  | 00000  |
| DPA 7  | Age du patient à la date d'entrée du séjour  | 000  |
| DPA 8  | Sexe du patient  | <input type="radio"/> Masculin<br><input type="radio"/> Féminin  |
| DPA 9  | Date de fin du séjour SSR  | 00 / 00 / 0000   |
| DPA 10   | Durée du séjour  | 000  |
| Identification - caractéristiques du dossier à analyser                            |  |  |
| DPA 11   | Dossier  | <input type="radio"/> Retrouvé<br><input type="radio"/> Non retrouvé<br><input type="radio"/> Incohérence PMSI (séjour < 8 jours, GMD)<br><input type="radio"/> Dossier exclu car le patient ne souhaite pas que les données le concernant soient exploitées |
| DPA 12   | Dossier informatisé  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non<br><input type="radio"/> Partiellement  |
| DPA 13   | Si informatisation partielle, préciser les éléments informatisés :                                       |  |
| DPA 13.1   | - Observations médicales   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| DPA 13.2   | - Prescriptions médicamenteuses  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non<br><input type="radio"/> Non applicable   |
| DPA 13.3   | - Résultats des examens complémentaires  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non<br><input type="radio"/> Non applicable   |
| DPA 13.4   | - Courrier de fin d'hospitalisation  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| DPA 13.5   | - Dossier de soins infirmiers  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| DPA 13.6   | - Dossier paramédicaux (kinésithérapeute, ergothérapeute)  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non<br><input type="radio"/> Non applicable   |
| DPA 13.7   | - Dossier des travailleurs sociaux (assistant de service social)   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non<br><input type="radio"/> Non applicable   |
| DPA 13.8   | - Dossier des psychologues   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non<br><input type="radio"/> Non applicable   |
| Information complémentaire (critères d'exclusion spécifiques pour DEC, TRE et DTN) |  |  |
| DPA 14.1a  | Le patient est-il décédé au cours du séjour ?  | <input type="radio"/> Oui (exclusion de l'indicateur DEC)<br><input type="radio"/> Non   |
| DPA 14.2a  | Le patient a-t-il été muté ?   | <input type="radio"/> Oui (exclusion de l'indicateur DEC)<br><input type="radio"/> Non   |
| DPA 14.1b  | Le patient est-il âgé de moins de 18 ans ?   | <input type="radio"/> Oui (exclusion des indicateurs DTN et TRE)<br><input type="radio"/> Non  |
| DPA 14.2b  | Au cours des 24 premiers jours de son séjour, le patient a-t-il été pris en charge en soins palliatifs ? | <input type="radio"/> Oui (exclusion de l'indicateur DTN)<br><input type="radio"/> Non   |
| Informations communes au thème DPA   |  |  |
| DPA 15   | Retrouve-t-on un courrier de fin d'hospitalisation ou un compte rendu d'hospitalisation ?                | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| DPA 16   | Si Oui, quels éléments retrouve-t-on ?   |  |
| DPA 16.1   | L'identité du médecin destinataire (nom et adresse)  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non<br><input type="radio"/> NA   |
| DPA 16.2   | Une référence aux dates du séjour (date d'entrée et date de sortie)                                      | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| DPA 16.3   | Une synthèse du séjour (contenu médical sur la prise en charge)  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |

|  |  |  |
|--|--|--|
| DPA 16.4   | Une trace écrite d'un traitement de sortie   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non<br><input type="radio"/> NA |
| <b>Indicateur 1 : Tenue du dossier patient (TDP)</b>   |  |  |
| TDP 1  | Retrouve-t-on le nom du médecin désigné par le patient (médecin traitant ou spécialiste) noté dans le dossier ?  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non<br><input type="radio"/> NA |
| TDP 2  | Si Oui, retrouve-t-on ses coordonnées ?  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non                             |
| TDP 3  | Le patient provient-il d'une unité d'hospitalisation ?   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non                             |
| TDP 4  | Si Oui, quels documents médicaux relatifs à l'admission retrouve-t-on ?  |  |
| TDP 4.1  | Compte rendu d'hospitalisation   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non                             |
| TDP 4.2  | Compte rendu opératoire  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non<br><input type="radio"/> NA |
| TDP 5  | Si Non, retrouve-t-on la demande argumentée du médecin adresseur ?   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non                             |
| TDP 6  | Quels éléments relatifs à l'examen médical d'entrée retrouve-t-on dans les 7 jours suivant l'admission ?   |  |
| TDP 6.1  | Antécédents  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non                             |
| TDP 6.2  | Anamnèse (histoire de la maladie)  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non                             |
| TDP 6.3  | Traitement habituel  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non                             |
| TDP 6.4  | Examen clinique initial  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non                             |
| TDP 6.5  | Conclusions de l'examen clinique initial   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non                             |
| TDP 7  | Retrouve-t-on la trace d'une évaluation de l'autonomie dans les 7 jours suivant l'admission ?  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non                             |
| TDP 8  | Retrouve-t-on la trace d'une évaluation sociale dans les 7 jours suivant l'admission ?   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non                             |
| TDP 9  | Retrouve-t-on la trace d'une évaluation psychologique dans les 7 jours suivant l'admission ?   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non                             |
| TDP 10   | Retrouve-t-on le projet thérapeutique du patient dans les 15 jours suivant l'admission ?   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non                             |
| TDP 11   | Si Oui, retrouve-t-on la trace de l'élaboration du projet par une équipe pluridisciplinaire ou en concertation avec les professionnels participant à la prise en charge du patient ? | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non                             |
| TDP 12   | Si Oui, retrouve-t-on la trace d'une participation ou de l'accord du patient à son projet (ou de son entourage si celui-ci n'est pas en état de recevoir des informations) ?         | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non<br><input type="radio"/> NA |
| TDP 13   | Retrouve-t-on au moins une fois au cours du séjour la trace d'une réunion pluri professionnelle ?  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non                             |
| TDP 14   | Existe-t-il une (ou plusieurs) prescription(s) médicamenteuse(s) établie(s) pendant l'hospitalisation du patient ?   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non<br><input type="radio"/> NA |
| L'analyse portera sur une période qui débute à la première prescription médicamenteuse et s'étend sur 72 heures. |  |  |
| TDP 15   | Si Oui, quels éléments retrouve-t-on sur chaque prescription ?   |  |
| TDP 15.1   | Nom et prénom du patient   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non                             |
| TDP 15.2   | Date de prescription   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non                             |
| TDP 15.3   | Signature du prescripteur  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non                             |
| TDP 15.4   | Nom du prescripteur  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non                             |
| TDP 15.5   | Dénomination des médicaments   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non                             |
| TDP 15.6   | Posologie  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non                             |
| TDP 15.7   | Voie d'administration  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non                             |

|  |   |  |
|--|---|--|
| TDP 16   | Existe-t-il une trace écrite d'un traitement de sortie ?  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non<br><input type="radio"/> NA   |
| TDP 17   | Si Oui, quels éléments y retrouve-t-on ?  |  |
| TDP 17.1   | Nom et prénom du patient  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| TDP 17.2   | Date de prescription  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| TDP 17.3   | Nom du médecin  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| TDP 17.4   | Dénomination des médicaments  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| TDP 17.5   | Posologie   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| TDP 17.6   | Voie d'administration   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| TDP 17.7   | Durée du traitement   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| TDP 18   | Le dossier est-il organisé et classé ?  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| <b>Indicateur 2 : Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC)</b> |   |  |
| DEC 1  | Le courrier ou le compte rendu d'hospitalisation est-il daté ?  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| DEC 2  | Si Oui, quelle est la date notée sur le courrier ou le compte rendu d'hospitalisation (JJ/MM/AAAA) ?                        | □□ / □□ / □□□□   |
| <b>Indicateur 3 : Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD)</b>          |   |  |
| TRD 1  | Retrouve-t-on au moins une mesure de la douleur notée dans le dossier du patient pendant le séjour ?                        | <input type="radio"/> Oui avec échelle (EVA, EN, EVS, Echelle d'hétéro-évaluation)<br><input type="radio"/> Oui sans échelle (commentaires)<br><input type="radio"/> Non   |
| TRD 2  | Si une mesure diagnostique une douleur avec une échelle, retrouve-t-on au moins une mesure de suivi de la douleur ?         | <input type="radio"/> Oui avec échelle (EVA, EN, EVS, Echelle d'hétéro-évaluation)<br><input type="radio"/> Oui sans échelle (commentaires)<br><input type="radio"/> Non<br><input type="radio"/> NA (le patient n'est pas douloureux) |
| <b>Indicateur 4 : Dépistage des troubles nutritionnels (DTN)</b>               |   |  |
| DTN 1  | Dans la semaine suivant l'admission du patient, retrouve-t-on une mesure du poids ?   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| DTN 2  | Si Oui, retrouve-t-on une autre mesure du poids dans les 15 jours suivant la 1 <sup>ère</sup> mesure ?                      | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non<br><input type="radio"/> NA   |
| DTN 3  | Dans la semaine suivant l'admission du patient, retrouve-t-on la mention de la variation du poids avant l'hospitalisation ? | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| DTN 4  | Dans la semaine suivant l'admission du patient, retrouve-t-on l'indice de masse corporelle ?                                | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| <b>Indicateur 5 : Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre (TRE)</b>    |   |  |
| TRE 1  | Retrouve-t-on la trace d'une évaluation du risque d'escarre dans les 7 jours suivant l'admission ?                          | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |
| TRE 2  | Si Oui, cette évaluation tracée correspond-elle à l'utilisation ?   | <input type="checkbox"/> D'une échelle<br><input type="checkbox"/> D'un jugement clinique  |
| TRE 3  | Suite à cette évaluation, retrouve-t-on une conclusion vis-à-vis du risque d'escarre pour le patient ?                      | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |

## Annexe 2 : Modalités d'évaluation de l'IPAQSS-TRD

L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide du questionnaire illustré dans le présent tableau<sup>14</sup>. L'évaluation de la douleur est recherchée dans tous les éléments du dossier du patient relevant du séjour analysé.

| Indicateur 3 : Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD) |   |  |
|--|---|--|
| TRD 1  | Retrouve-t-on au moins une mesure de la douleur notée dans le dossier du patient pendant le séjour ?                | <input type="radio"/> Oui avec échelle (EVA, EN, EVS, Echelle d'hétéro-évaluation)<br><input type="radio"/> Oui sans échelle (commentaires)<br><input type="radio"/> Non   |
| TRD 2  | Si une mesure diagnostique une douleur avec une échelle, retrouve-t-on au moins une mesure de suivi de la douleur ? | <input type="radio"/> Oui avec échelle (EVA, EN, EVS, Echelle d'hétéro-évaluation)<br><input type="radio"/> Oui sans échelle (commentaires)<br><input type="radio"/> Non<br><input type="radio"/> NA (le patient n'est pas douloureux) |

Une fois les données recueillies, les algorithmes de calcul suivants sont appliqués<sup>15</sup> :

| ALGORITHMES DE CALCUL  |  |
|--|--|
| Variable   | Algorithme   |
| <b>Traçabilité de l'évaluation de la douleur</b>   |  |
| Pourcentage de dossiers IND TRD<br>$= \frac{\sum_{i=1}^{80} [\text{num IND TRD}]}{\sum_{i=1}^{80} [\text{den IND TRD}]}$ | Dossier i :<br>[num IND TRD]<br>Si [TRD 1] = "Oui avec Echelle" Et ([TRD 2] = "Oui avec Echelle" Ou [TRD2]= "NA")<br>Alors [num IND TRD] = 1<br>Sinon [num IND TRD] = 0<br>FinSi |
|  | Dossier i :<br>[den IND TRD]<br>Si [TRD 1] <> NonRéponse<br>Alors [den IND TRD] = 1<br>Sinon [den IND TRD] = 0<br>FinSi  |

Les résultats obtenus sont ensuite analysés dans une optique évaluative et améliorative. La DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins) a en effet fixé un objectif cible national de performance pour chacun des indicateurs de qualité. Pour l'IPAQSS-TRD, les établissements sont incités à atteindre les 80% de dossiers conformes<sup>16</sup>.

### Objectif cible national fixé par la DGOS par indicateur<sup>2</sup>

| Indicateurs de qualité                                   | Objectif national | MCO | SSR | PSY | HAD |
|--|-------------------|-----|-----|-----|-----|
| Tenue du dossier patient (TDP)                           | 80%               | Oui | Oui | Oui | Oui |
| Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC) | 80%               | Oui | Oui | Oui | Oui |
| Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD)          | 80%               | Oui | Oui |     | Oui |

<sup>14</sup> Cf. les grilles de recueil des indicateurs DPA-MCO et DPA-SSR en annexe 1.

<sup>15</sup> HAS, fiche descriptive de l'indicateur TRD, 14/04/2015, p.3.

<sup>16</sup> HAS, Guide méthodologique de production des résultats comparatifs des indicateurs de qualité et de sécurité des soins sur la plateforme QUALHAS- Campagne nationale IPAQSS 2013, Juin 2013, p.9.

## Annexe 3 – Grille d’entretien semi-directif – Directeur qualité



### GRILLE D’ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

#### Directeur qualité/Ingénieur qualité

Nous nous entretenons avec vous dans le cadre du Module Interprofessionnel (MIP) organisé par l’EHESP du 27 avril au 15 mai.

Dans ce groupe, nous sommes 9 élèves de filières différentes : Directeur d’Hôpital, Directeur d’Établissement Sanitaire, Social et Médico-Social, Attaché d’Administration Hospitalière, Directeur des Soins, Inspecteur d’Action Sanitaire et Sociale et Ingénieur d’Études Sanitaires.

Vos coordonnées nous ont été transmises par nos animateurs (M. WAELLI et Mme PETIT DIT DAREL de l’Institut du management à EHESP) pour travailler sur :

« L’indicateur « traçabilité de l’évaluation de la douleur » :

Quelle appropriation par les acteurs ? »

(Étude comparative entre le CHU de Rennes et l’Hôpital Saint-Antoine de Paris).

L’objet de cette rencontre est de :

- partager votre expérience sur cet indicateur concernant son recueil, son analyse, son traitement et son appropriation par le personnel
- collecter des documents internes à votre établissement concernant l’indicateur de « traçabilité de l’évaluation de la douleur » : protocole/procédure, grille d’évaluation de la douleur, évaluations antérieures de cet indicateur, outils utilisés, bilan annuel du CLUD et tout autre document que vous estimerez utile.

#### **1 DEFINITION ET UTILITE DE L’INDICATEUR**

- 1. Pouvez-vous nous parler de l’indicateur relatif à la mesure de la douleur dans votre établissement ?**
- 2. Comment est utilisé l’indicateur au sein de l’établissement, de son recueil à son analyse** (procédure, fréquence, qui participe, centralisation des données, transmission des données, communication, etc) ?
- 3. Quelle est l’utilité finale de l’indicateur ?**
  - *Est-il utilisé comme un outil de comparaison ?*
  - *A l’occasion de quel processus/démarche (contrats de pôle, EPP, CPOM, audit interne, certification) l’indicateur est-il le plus facilement utilisé ?*
  - *Selon vous, quels acteurs sont les plus concernés par cet indicateur (HAS, Ministère, ARS, Société Savantes, autres établissements de la région, direction de l’établissement, professionnels de santé de l’établissement, assurances, patients, médias, etc) ?*

4. Construisez-vous un plan d'action d'amélioration suite au résultat de cet IPAQSS ?
  - *Si oui, comment ce plan d'action d'amélioration est-il élaboré ?*
  - *Comment est-il mis en œuvre, suivi, évalué ?*

## **II APPROPRIATION DE L'INDICATEUR**

1. Depuis quand recueillez-vous la mesure de la douleur ?
2. L'indicateur de la « mesure de la douleur » est-il présenté au personnel de l'établissement (si oui, à quel catégorie de personnel) ? Et comment (quelle communication, formation) ?
3. Les résultats sont-ils restitués au personnel soignant au personnel de l'établissement (si oui, à quel catégorie de personnel) ? Et comment (quelle communication, formation) ?
4. **Comment sensibilisez-vous les professionnels à l'adhésion/utilisation de cet indicateur ?**
  - *Que pensez-vous de son appropriation par le personnel (cadre, soignant, non-soignant, directeurs, etc) ?*
  - *Selon vous, quel est le degré d'implication (échelle de 1 à 10) des personnels de votre établissement sur la mise en œuvre et l'appropriation de l'indicateur « mesure de la douleur » ?*
5. Avez-vous mis en place des outils spécifiques, et si oui, lesquels ?
6. **Avez-vous vu des changements de pratique des professionnels ?** Avez-vous réalisé une démarche d'EPP ?
7. **Avez-vous identifié des freins/leviers à l'appropriation de cet indicateur ?**

## **III RESENTI ET PERTINENCE**

1. Comment percevez-vous cet indicateur ?
  - Lors de rencontres qualité régionales ou lors de vos échanges avec vos collègues d'autres établissements, quel est le ressenti autour de cet indicateur ?
  - Que pensez-vous des modalités d'élaboration de cet indicateur ?
2. La HAS nomme l'indicateur relatif à la douleur l'indicateur « traçabilité de l'évaluation de la douleur », quel est votre point de vue sur cette dénomination ?
3. **Qu'est-ce que cet indicateur vous a apporté dans votre pratique ?**
4. Auriez-vous des pistes d'amélioration à proposer concernant cet indicateur ?

## **IV PRESENTATION**

1. Quel est votre nom, prénom ?
2. Quel est votre **profession/fonction** au sein de cet établissement ?
3. En quoi consiste votre profession (fiche de poste) par rapport à la prise en charge de la douleur ?
4. Depuis combien de temps travaillez-vous au sein de cet établissement ? Quel a été votre parcours professionnel au sein de cet établissement et avant ?

## Annexe 4 – Grille d’entretien semi-directif – Directeur soins



### GRILLE D’ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

#### Directeur des soins

Nous nous entretenons avec vous dans le cadre du Module Interprofessionnel (MIP) organisé par l’EHESP du 27 avril au 15 mai.

Dans ce groupe, nous sommes 9 élèves de filières différentes : Directeur d’Hôpital, Directeur d’Établissement Sanitaire, Social et Médico-Social, Attaché d’Administration Hospitalière, Directeur des Soins, Inspecteur d’Action Sanitaire et Sociale et Ingénieur d’Études Sanitaires.

Vos coordonnées nous ont été transmises par nos animateurs (M. WAELLI et Mme PETIT DIT DAREL de l’Institut du management à EHESP) pour travailler sur :

« L’indicateur « traçabilité de l’évaluation de la douleur » :

Quelle appropriation par les acteurs ? »

(Étude comparative entre le CHU de Rennes et l’Hôpital Saint-Antoine de Paris).

L’objet de cette rencontre est de :

- partager votre expérience sur cet indicateur concernant son recueil, son analyse, son traitement et son appropriation par le personnel
- collecter des documents internes à votre établissement concernant l’indicateur de « traçabilité de l’évaluation de la douleur » : protocole/procédure, grille d’évaluation de la douleur, évaluations antérieures de cet indicateur, outils utilisés, bilan annuel du CLUD et tout autre document que vous estimerez utile.

#### **I DEFINITION ET UTILITE DE L’INDICATEUR**

1. **Pouvez-vous nous parler de l’indicateur relatif à la mesure de la douleur dans votre établissement ?**
2. **Comment est utilisé l’indicateur au sein de l’établissement, de son recueil à son analyse** (procédure, fréquence, qui participe, centralisation des données, transmission des données, communication, etc) ?
3. Quelle est l’utilité finale de l’indicateur ?
  - *Est-il utilisé comme un outil de comparaison ?*
  - *A l’occasion de quel processus/démarche (contrats de pôle, EPP, CPOM, audit interne, certification) l’indicateur est-il le plus facilement utilisé ?*
  - *Selon vous, quels acteurs sont les plus concernés par cet indicateur (HAS, Ministère, ARS, Société Savantes, autres établissements de la région, direction*

*de l'établissement, professionnels de santé de l'établissement, assurances, patients, médias, etc) ?*

4. Construisez-vous un plan d'action d'amélioration suite au résultat de cet IPAQSS ?
  - *Si oui, comment ce plan d'action d'amélioration est-il élaboré ?*
  - *Comment est-il mis en œuvre, suivi, évalué et diffusé ?*

## **II APPROPRIATION DE L'INDICATEUR**

1. Depuis quand recueillez-vous la mesure de la douleur ?
2. L'indicateur de la « mesure de la douleur » est-il/a-t-il présenté au personnel soignant (personnel de nuit) ? Et comment (quelle communication, formation) ?
3. Les résultats sont-ils restitués au personnel soignant (personnel de nuit) ? Et comment (quelle communication, formation) ?
4. **Comment sensibilisez-vous les professionnels à l'adhésion/utilisation de cet indicateur ?**
  - *Que pensez-vous de son appropriation par le personnel ?*
  - *Selon vous, quel est le degré d'implication (échelle de 1 à 10) des personnels soignants sur la mise en œuvre et l'appropriation de l'indicateur « mesure de la douleur » ?*
5. Avez-vous mis en place des outils spécifiques, et si oui, lesquels ?
  - *Outils spécifiques en fonction de la capacité de la personne à s'exprimer*
6. **Avez-vous vu des changements de pratique des professionnels ?** Avez-vous réalisé une démarche d'EPP ?
7. **Avez-vous identifié des freins/leviers à l'appropriation de cet indicateur ?**

## **III RESENTI ET PERTINENCE**

1. Comment percevez-vous cet indicateur ?
  - *Que pensez-vous des modalités d'élaboration de cet indicateur ?*
2. **Qu'est-ce que cet indicateur vous a apporté dans votre pratique managériale ?**
3. Auriez-vous des pistes d'amélioration à proposer concernant cet indicateur ?

## **IV PRESENTATION**

1. Quel est votre nom, prénom ?
2. Quel est votre **profession/fonction** au sein de cet établissement ?
3. En quoi consiste votre profession (fiche de poste) par rapport à la prise en charge de la douleur ?
4. Depuis combien de temps travaillez-vous au sein de cet établissement ? Quel a été votre parcours professionnel au sein de cet établissement et avant ?

## Annexe 5 – Grille d’entretien semi-directif – Soignant



### GRILLE D’ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

#### Soignant

Nous nous entretenons avec vous dans le cadre du Module Interprofessionnel (MIP) organisé par l’EHESP du 27 avril au 15 mai.

Dans ce groupe, nous sommes 9 élèves de filières différentes : Directeur d’Hôpital, Directeur d’Établissement Sanitaire, Social et Médico-Social, Attaché d’Administration Hospitalière, Directeur des Soins, Inspecteur d’Action Sanitaire et Sociale et Ingénieur d’Études Sanitaires.

Vos coordonnées nous ont été transmises par nos animateurs (M. WAELLI et Mme PETIT DIT DAREL de l’Institut du management à EHESP) pour travailler sur :

« L’indicateur « traçabilité de l’évaluation de la douleur » :

Quelle appropriation par les acteurs ? »

(Étude comparative entre le CHU de Rennes et l’Hôpital Saint-Antoine de Paris).

L’objet de cette rencontre est de :

- partager votre expérience sur cet indicateur concernant son recueil, son analyse, son traitement et son appropriation par le personnel
- collecter des documents internes à votre établissement concernant l’indicateur de « traçabilité de l’évaluation de la douleur » : protocole/procédure, grille d’évaluation de la douleur, outils utilisés, et tout autre document que vous estimerez utile.

#### **1 MESURE DE LA DOULEUR**

1. **Mesurez-vous la douleur des patients** dans votre service ?
2. Qui d’autre mesure la douleur ?
3. **Comment mesurez-vous** la douleur ?
  - *Outils : échelles, outils spécifiques si patient ne peut communiquer oralement, étude du comportement*
  - *Protocole*
  - *Utilisation/prise en compte des mesures précédentes*
4. **A quel moment** mesurez-vous la douleur ?
  - *Demande du patient*
  - *Retour de bloc*
  - *Suivi*
  - *Dispensation de médicament*

5. **Comment tracez-vous l'évaluation** de la douleur ?
  - *Dossier de soins informatisé*
  - *Dossier de soins papier*
6. Pourquoi tracez-vous la douleur ?
7. Connaissez-vous l'indicateur IPAQSS lié à la mesure de la douleur ?

## **II APPROPRIATION**

1. **Qu'est-ce que cet indicateur vous a apporté dans votre pratique ?**
2. **Avez-vous eu des formations/informations sur cet indicateur ?**
  - *Formation interne ou externe*
  - *Information particulière (en entretien professionnel)*
  - *Information par Intranet*

## **IV PRESENTATION**

1. Quel est votre nom, prénom ?
2. Quel est votre **profession/fonction** au sein de cet établissement ?
3. Dans quel service travaillez-vous ?

## Annexe 6 – Grille d’observation – Soignant



### GRILLE D’OBSERVATION Soignant

Service observé :

Date et heure d’observation :

| OBSERVATIONS                                      | FAITS  | REMARQUES |
|---|--|-----------|
| Qui mesure la douleur ?                           | <input type="checkbox"/> Médecin<br><input type="checkbox"/> Anesthésiste<br><input type="checkbox"/> IDE<br><input type="checkbox"/> IADE<br><input type="checkbox"/> AS<br><input type="checkbox"/> Cadre de santé<br><input type="checkbox"/> Autre : .....   |           |
| A quel moment/fréquence ?                         | <input type="checkbox"/> Sur demande/appel du patient<br><input type="checkbox"/> Retour du bloc<br><input type="checkbox"/> Suivi/Séjour<br><input type="checkbox"/> Dispensation de médicaments/ Tour des patients<br><input type="checkbox"/> Transmissions/Changement d’équipe<br><input type="checkbox"/> Autre : ..... |           |
| Les moyens sont-ils déterminés par un protocole ? | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non   |           |
| Comment, par quels moyens ?                       | <input type="checkbox"/> Echelle<br><input type="checkbox"/> Etude du comportement du patient<br><input type="checkbox"/> Outils spécifiques si patient en incapacité de communiqué oralement  |           |
| Traçabilité                                       | <input type="checkbox"/> Oui <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Dossier de soins informatisé</li> <li><input type="checkbox"/> Dossier de soins papier</li> <li><input type="checkbox"/> Autre : .....</li> </ul> <input type="checkbox"/> Non  |           |
| Réponse à l’évaluation                            |  |           |



## **Les indicateurs « qualité des soins » : quelle appropriation par les utilisateurs ?**

*Baudin, Lucie, IAS ; Botton, Caroline, AAH ; Brégeon Gaëlle, EDH ; Carle, Emilie, EDH ; Doré, Lydie, D3S ; Gibelli-Poullain, Marie-Noëlle, DS ; Gratpain, Valerian, IES ; Khouyani, Mariam, D3S ; Valla, Pauline, AAH*

### **Résumé :**

Les établissements de santé inscrivent aujourd'hui leurs activités dans une dynamique d'amélioration de la qualité des soins, impulsée par le Ministère de la santé et pilotée par la Haute Autorité de Santé (HAS). Afin d'évaluer l'impact des actions mises en œuvre, la HAS a généralisé des Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins (IPAQSS), recueillis annuellement et intégrés à la démarche de certification. Outils de gestion dédiés à l'hôpital, ces indicateurs visent à offrir aux usagers une information claire et fiable sur les établissements qui les accueillent et fournir à ces derniers des outils de pilotage en vue d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. Cette enquête porte sur la façon dont les indicateurs sont utilisés à l'hôpital et font l'objet d'une appropriation par les professionnels.

La sociologie des outils de gestion met en avant l'importance du contexte local dans l'appropriation des indicateurs par leurs acteurs. Ce rapport part de ce postulat et se concentre sur l'IPAQSS « mesure de la douleur » (dénommé TRD), qui évalue la traçabilité de l'évaluation de la douleur dans le dossier du patient. Une étude comparative menée dans deux centres hospitaliers, associant entretiens et observations, permet de mettre en avant une connaissance faible des IPAQSS au sein des équipes soignantes, ce qui n'empêche pas les professionnels d'assurer la traçabilité de la mesure de la douleur de manière satisfaisante. Les utilisateurs de l'IPAQSS sont identifiés parmi les équipes de direction, qui font un usage complexe de cet outil, à la fois levier d'amélioration des pratiques et instrument de pilotage, dans le cadre de la négociation tant externe qu'interne.

***Mots clés : indicateur, qualité, IPAQSS, certification, appropriation, usage, outils de gestion, performance, culture qualité, pilotage, management***

*L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs*