

# Atelier régional de benchmarking - 8 décembre 2011

## Synthèse

### Rappel des objectifs :

Dans le prolongement du groupe de travail régional d'élaboration d'un tableau de bord d'indicateurs Qualité & Risques, le RéQua a organisé le 8 décembre 2011 un atelier pour développer les démarches de benchmarking.

Après une présentation des résultats régionaux du tableau de bord et des évolutions pressenties pour 2012, l'atelier a permis la présentation, par deux établissements à chaque fois, des facteurs favorisant l'obtention de bons résultats pour 3 indicateurs ciblés, puis des échanges avec les participants.

Ces trois indicateurs étaient les suivants : Délai d'envoi des courriers de sortie, Evaluation de la douleur, Recueil de la personne de confiance.

### Facteurs favorisant identifiés pour l'indicateur sur le délai d'envoi des courriers de sortie

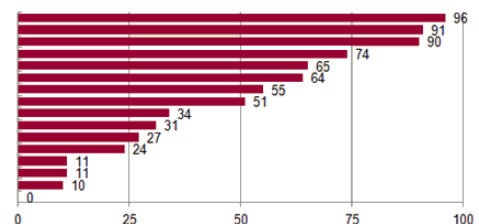
#### A. Rappel sur la construction de l'indicateur

L'indicateur mesure la proportion de dossiers avec courrier de fin d'hospitalisation conforme et envoyé dans un délai inférieur ou égal à 8 jours (IPAQSS, niveau 2) :

- Numérateur : nombre de séjours pour lesquels le contenu est conforme aux exigences et pour lesquels la différence entre la date de sortie de l'établissement et la date inscrite sur le courrier de fin d'hospitalisation (ou compte rendu d'hospitalisation) est inférieure ou égale à 8 jours
- Dénominateur : nombre de séjours évalués

#### B. Résultats pour l'année 2010 (Tableau de bord 2011)

- Mesure dans 16 établissements sur les 20 participants
- Résultats moyens :
  - o Région : 38% en MCO et 65% en SSR
  - o France : 40% en MCO et 67% en SSR
- Variabilité importante (0 à 96%)



#### C. Facteurs favorisant identifiés

Facteurs liés à la structure et au type d'établissement	
Etablissement de taille relativement petite	Le personnel administratif (secrétaires médical) ainsi que le personnel médical sont en nombre réduit. Le personnel médical travaille à temps plein dans l'établissement Ce fait facilite le transfert d'information et la recherche de consensus
Etablissement ayant une activité unique de Soins de suite et de réadaptation	La durée de séjour relativement longue, permettant une planification plus aisée de la sortie Les sorties se font le plus souvent à jour fixe (le vendredi)

<b>Facteurs liés au management</b>	
Une implication forte de l'institution	La direction générale qui soutient et impulse la démarche qualité, notamment à travers le développement d'indicateurs et de tableaux de bord La direction qualité et/ou le responsable qualité La direction des soins La CME
Une implication forte des différents personnels engagés dans le processus	Les médecins Le personnel administratif (secrétaires médicales) Le département d'information médicale dont les missions sont de vérifier et compléter le codage PMSI et la qualité de la tenue des dossiers
Le développement de la culture qualité	Habitude de mesurer régulièrement des indicateurs Habitude de se comparer en interne
Intégration du processus mesuré dans les fiches de poste	La réalisation des lettres de sortie et des courriers d'hospitalisation figure dans les fiches de poste des secrétaires médicales
Formations et sensibilisations	Chaque personnel a été formé au dossier patient informatisé Des sensibilisations (par le DIM notamment) du personnel médical, soignant et administratif (secrétaires médicales) pour rappeler l'importance de la complétude du dossier, à la fois pour la qualité de la prise en charge et la qualité du codage PMSI
Encadrement des nouveaux personnels	Tout nouveau personnel reçoit une formation au dossier patient informatisé Il existe pour les secrétaires nouvelles ou intérimaires un agenda des tâches à effectuer dans la semaine
Entraide	Entraide entre secrétaires médicales en cas de retard ponctuel dans une unité
<b>Facteurs liés aux pratiques cliniques</b>	
Une double information délivrée au patient et au médecin traitant	Une lettre de sortie remise à tous les patients au moment de leur sortie, contenant les informations minimales pour la continuité des soins Un compte-rendu d'hospitalisation plus complet envoyé au médecin traitant
La remise au patient d'une lettre de sortie	Cette lettre est réalisée la veille de la sortie, ou le matin même Le jour de la sortie, elle est éditée et remise au patient avec les autres éléments nécessaires à sa prise en charge (ordonnance...) En complément, la lettre peut être envoyée ou faxée au médecin traitant si le patient apparaît peu compliant aux soins
Le processus d'élaboration du compte-rendu d'hospitalisation est identifié et standardisé	Le processus ne fait pas forcément l'objet d'une procédure écrite, mais est sensiblement identique dans tous les services (dictée du CRH par le médecin responsable du patient à la secrétaire du service, puis mise en forme du courrier par la secrétaire, validation par le médecin et envoi du courrier par la secrétaire)
Délai d'élaboration et d'envoi du courrier	La date du courrier correspond à la date de frappe du courrier par la secrétaire médicale En SSR, le courrier est dicté le jour de la sortie du patient (voire la veille), permettant dans la grande majorité des cas un envoi réel soit le jour de sortie, soit le lendemain (écart de 1 jour maximum entre date du courrier et date d'envoi) En Médecine, le courrier est dicté dans les 3 à 4 jours suivant la sortie du patient, permettant dans la grande majorité des cas un envoi réel dans les 4 à 5 jours suivant la sortie du patient (écart de 1 jour maximum entre date du courrier et date d'envoi)

<b>Facteurs liés aux pratiques cliniques (suite)</b>	
Existence de modèles de documents (informatisés)	<p>Standardisation des lettres de sortie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nom du médecin traitant,</li> <li>- Date de début et de fin d'hospitalisation,</li> <li>- Motif d'hospitalisation,</li> <li>- Traitement à la sortie,</li> <li>- Synthèse médicale du séjour</li> <li>- Suites à donner (surveillances, rendez-vous...)</li> <li>- Nom du médecin correspondant dans l'établissement (et modalités de contact)</li> </ul> <p>Standardisation des comptes-rendus d'hospitalisation, au moins par pôle ou service, comprenant en plus des compléments sur la prise en charge effectuée au cours de l'hospitalisation</p>
Informatisation du dossier patient	<p>L'informatisation permet de récupérer assez simplement les éléments nécessaires à l'élaboration de la lettre de sortie, à deux conditions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la complétude et la mise à jour des champs nécessaires la veille de la sortie</li> <li>- la « correction » des éléments par les secrétaires médicales (abréviations...), en lien avec les médecins</li> </ul>
Une coordination des acteurs au cours du séjour permettant la planification de la sortie	<p>L'existence de réunions pluridisciplinaires permet d'anticiper les sorties d'au moins 2 jours</p> <p>Une Commission des admissions peut ensuite valider les sorties</p>
L'organisation des sorties à jours et/ou horaires fixes, dans la mesure du possible	<p>La sortie à jours et/ou horaires fixes permet à chaque acteur du processus d'avoir un temps dédié pour réaliser les tâches prévues</p>
La diffusion du processus	<p>Elle doit être faite à tous les professionnels concernés (mailing, journal interne...), et accompagnée sur le terrain par des réunions plus ou moins formalisées</p>
<b>Facteurs liés à l'évaluation des pratiques</b>	
Suivi annuel de l'indicateur	<p>Recueil des données effectué le plus souvent par personnel extérieur au service pour cet indicateur (DIM, Direction qualité...), mais en impliquant les professionnels</p> <p>Si un délai est trop important, une analyse approfondie est effectuée pour comprendre le délai (souvent, attente d'un résultat d'examen complémentaire), et rectifier si besoin les pratiques</p>
Suivi pluriannuel de l'indicateur	<p>En cas de mauvais résultat, globalement ou dans un service, possibilité de mesurer l'indicateur de manière plus fréquente (tous les trimestres par exemple)</p>
Diffusion des résultats aux indicateurs en interne	<p>Les résultats doivent être :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- diffusés aux instances concernées (CME, CRUQPC, Cellule Qualité...)</li> <li>- diffusés aux professionnels concernés (médecins, soignants, secrétaires médicales) lors des réunions de service, par un affichage dans les services, ou par le journal interne...</li> </ul> <p>Cette diffusion permet une communication positive sur de bons résultats et une resensibilisation des acteurs</p>
Diffusion des résultats aux indicateurs en externe	<p>Les résultats doivent être diffusés aux patients et aux usagers (plaquette dans le livret d'accueil et affiches au sein de l'établissement avec résultats des indicateurs, CRUQPC)</p>

Facteurs liés à l'évaluation des pratiques (suite)	
Evaluations de pratiques complémentaires	Evaluation des transmissions d'information entre services au sein de l'établissement (entre urgences et services d'hospitalisation...)
Mise en place de « contrôle »	Ce contrôle peut par exemple être effectué par le département d'information médicale immédiatement après la sortie du patient ; un dossier incomplet, tant sur le plan des critères de qualité de la prise en charge (dont le courrier de fin d'hospitalisation) que pour le codage du PMSI, entraîne une alerte au service
Mesure de la satisfaction des correspondants externes	Enquête menée régulièrement auprès des médecins de ville afin de connaître leur appréciation sur le contenu du compte-rendu et le délai d'information

## Facteurs favorisants identifiés pour l'indicateur sur la traçabilité de la personne de confiance

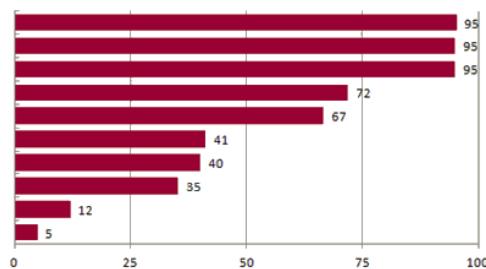
### A. Rappel sur la construction de l'indicateur

L'indicateur mesure la proportion de patients pour lesquels la traçabilité du recueil de la personne de confiance lors d'une hospitalisation est retrouvée dans le dossier :

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

### B. Résultats pour l'année 2010 (Tableau de bord 2011)

- Mesure dans 10 établissements sur les 20 participants
- Résultats moyens de la région : 56%



### C. Facteurs favorisants identifiés

Facteurs liés à la structure et au type d'établissement	
Etablissement ayant une activité programmée importante	Les patients dont l'hospitalisation est programmée effectuent avant leur hospitalisation une pré-admission permettant de donner une première information
Etablissement de taille modérée, avec une seule activité	Ce fait facilite le transfert d'information, la recherche de consensus et l'harmonisation des pratiques
Turn-over faible du personnel	Le personnel soignant et administratif impliqué dans le recueil est stable L'établissement ne fait pas ou peu appel à des intérimaires

<b>Facteurs liés au management</b>	
Une implication forte de l'institution	<p>La direction générale qui soutient et impulse la démarche qualité, notamment à travers le financement d'outils nécessaires (fiche d'information et formulaire)</p> <p>La direction qualité et/ou le responsable qualité</p> <p>La direction des soins</p>
Une implication médicale en développement	Si les médecins sont peu impliqués dans le recueil de la personne de confiance, ils peuvent être sensibilisés par l'approche du problème lors de discussions en CME ou plus encore en Comité d'Éthique
Une implication forte des différents personnels engagés dans le processus	<p>Les cadres de santé de proximité</p> <p>Le personnel infirmier</p> <p>Le personnel des admissions</p> <p>Le département d'information médicale</p>
Le développement de la culture qualité	<p>Habitude de mesurer régulièrement des indicateurs</p> <p>Habitude de se comparer en interne</p>
Intégration du processus mesuré dans les fiches de poste	<p>Le recueil de la personne de confiance peut être intégré dans les fiches de poste des infirmiers, et des autres personnels impliqués (personnel des admissions...)</p> <p>Intégration du recueil de la personne de confiance dans la check-list des actions à accomplir par le personnel infirmier lors d'une admission</p>
Formations et sensibilisations	<p>Le développement des formations aux droits du patient (par le juriste du RéQua), abordant la notion de la personne de confiance, et faisant la distinction avec la personne à prévenir</p> <p>Une sensibilisation du personnel par l'EMSP, lors de la discussion de cas cliniques, montrant l'importance du recueil de la personne de confiance, en lien avec les directives anticipées du patient en situation palliative</p> <p>Sensibilisation particulière du personnel administratif sur les explications à donner au patient lors de la remise des formulaires (admissions programmées)</p>
<b>Facteurs liés aux pratiques cliniques</b>	
Un processus clairement formalisé	Même s'il peut être différent d'un service à l'autre, ou en fonction du mode d'admission, le processus doit être formalisé et connu de tous (information écrite et accompagnement à la mise en place sur le terrain, lors de réunions de services ou des transmissions...)
Un recueil en deux temps dans les hospitalisations avec pré-admission	<p>Dans le cadre des hospitalisations avec pré-admission, remise d'un support d'information sur la personne de confiance et du formulaire de désignation (modèles RéQua ou adaptés localement) au patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- par le personnel des admissions au moment de la pré-admission (consultation anesthésique avant chirurgie programmée),</li> <li>- par la sage-femme lors de la visite du 8<sup>ème</sup> mois</li> <li>- ...</li> </ul> <p>En complément, des explications sont données par oral au patient pour lui expliquer l'importance du recueil de la personne de confiance, et la différence avec la personne à prévenir</p> <p>Lors de son admission, le patient remet le questionnaire rempli à l'infirmière du service. Si le formulaire n'est pas rempli, l'infirmière demande au patient s'il veut désigner une personne de confiance et note cette dernière dans l'emplacement réservé dans le dossier de soins. Ce processus permet une double information (à l'admission et surtout avant l'admission, ce qui laisse un temps de réflexion au patient), et une flexibilité du support de recueil (formulaire de désignation ou dossier de soins).</p>

<b>Facteurs liés aux pratiques cliniques (suite)</b>	
Un recueil en un temps dans les hospitalisations sans pré-admission	<p>Avant l'admission d'un patient, préparation d'un classeur (par le secrétariat ou le personnel soignant) comprenant le livret d'accueil et le document de désignation de la personne de confiance</p> <p>Le livret d'accueil et la fiche de désignation de la personne de confiance sont remis au patient dans sa chambre à l'admission par l'infirmier, qui explique au patient le rôle de la personne de confiance et l'importance de sa désignation</p> <p>Si le patient est jugé apte à désigner une personne de confiance, le document de désignation est laissé dans la chambre pour laisser un temps de réflexion au patient ; il est récupéré le soir ou le lendemain</p> <p>En cas d'incapacité de désignation, l'infirmière coche la case correspondante sans remettre le document de désignation au patient</p>
Modèle du document de désignation	<p>Le document doit permettre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La désignation d'une personne de confiance (avec identité et coordonnées)</li> <li>- La possibilité de refus de désignation d'une personne de confiance</li> <li>- L'incapacité de désigner une personne de confiance</li> </ul> <p>Le document peut être imprimé sur une feuille de couleur, ce qui permet de l'identifier plus facilement (dans la chambre du patient pour penser au recueil, ou dans le dossier du patient ensuite pour vérifier sa présence)</p>
Archivage du document de désignation	<p>Il peut être soit agrafé dans le dossier de soins, soit dans le dossier administratif du patient</p> <p>En cas de dossier informatisé, les informations peuvent être saisies dans le dossier informatisé ou le formulaire peut être numérisé</p>
L'information du patient	<p>Elle peut se faire à l'aide d'informations dans le livret d'accueil, mais aussi de documents d'information spécifiques, comme ceux issus du groupe régional RéQua :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Document d'information pour le patient sur ce qu'est la personne de confiance</li> <li>- Document d'information pour la personne de confiance désignée</li> </ul> <p>La remise des documents doit s'accompagner d'explications données par le personnel des admissions ou des services d'hospitalisation</p>
Extension du recueil de la personne de confiance à tous les secteurs	<p>Si le recueil n'est pas obligatoire en EHPAD, il est fortement conseillé de mettre en place le recueil de la personne de confiance dans ces secteurs</p>
<b>Facteurs liés à l'évaluation des pratiques</b>	
Suivi annuel de l'indicateur	<p>L'enquête sur la traçabilité de la personne de confiance est réalisée au moment de la mesure des indicateurs IPAQSS (80 mêmes dossiers pour limiter la charge de travail supplémentaire)</p> <p>Recueil des données effectué le plus souvent par personnel extérieur au service pour cet indicateur (DIM, Direction qualité...), mais en impliquant les professionnels</p>
Suivi pluriannuel de l'indicateur	<p>En cas de mauvais résultat, globalement ou dans un service, possibilité de mesurer l'indicateur de manière plus fréquente (tous les trimestres par exemple)</p> <p>Pour les établissements de petite taille, le recueil de l'indicateur sur la traçabilité de la personne de confiance peut même être réalisé en continu pour l'ensemble des patients (recueil réalisé à la sortie du patient au moment du codage du PMSI par le département d'information médicale)</p>

Facteurs liés à l'évaluation des pratiques (suite)	
Diffusion des résultats aux indicateurs en interne	<p>Les résultats doivent être :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- diffusés aux instances concernées (CME, CSIRMT, CRUQPC, Cellule Qualité...)</li> <li>- diffusés aux professionnels concernés (médecins, soignants, personnel des admissions) lors des réunions de service, par un affichage dans les services, ou par le journal interne...)</li> </ul> <p>Cette diffusion permet une communication positive sur de bons résultats et une resensibilisation des acteurs</p>
Diffusion des résultats aux indicateurs en externe	<p>Les résultats doivent être diffusés aux patients et aux usagers (plaquette dans le livret d'accueil et affiches au sein de l'établissement avec résultats des indicateurs, CRUQPC)</p>
Evaluations de pratiques complémentaires	<p>Des enquêtes sur la personne de confiance peuvent être menées sur des prises en charge spécifiques (patients en situation de soins palliatifs)</p> <p>Une évaluation de la pertinence du jugement sur l'incapacité de désigner une personne de confiance peut être réalisé</p>
Mise en place de « contrôle »	<p>La présence du document de désignation dans le dossier ne fait pas l'objet d'un contrôle systématique, mais il arrive que le cadre du service vérifie la complétude du dossier lors de l'hospitalisation ; si le document de désignation n'est pas rempli, il est donné au patient</p> <p>En cas de dossier patient informatisé, une alerte peut être signifiée après 48 heures de séjour</p>

## Facteurs favorisant identifiés pour l'indicateur sur la traçabilité de l'évaluation de la douleur

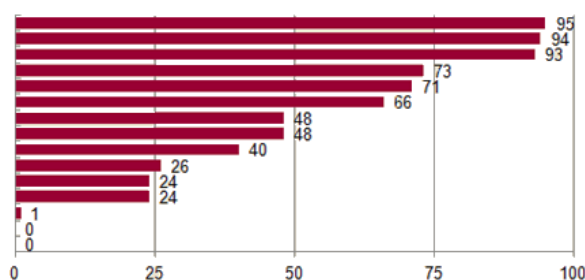
### A. Rappel sur la construction de l'indicateur

L'indicateur mesure la proportion de dossiers avec traçabilité de l'évaluation de la douleur (IPAQSS) :

- Numérateur : nombre de séjours pour lesquels il existe au moins un résultat de mesure de la douleur (avec une échelle validée) dans le dossier du patient non algique ou au moins deux résultats de mesure de la douleur dans le dossier du patient algique
- Dénominateur : nombre de séjours évalués

### B. Résultats pour l'année 2010 (Tableau de bord 2011)

- Mesure dans 15 établissements sur les 20 participants
- Résultats moyens :
  - o Région : 51% en MCO et 48% en SSR
  - o France : 61% en MCO et 57% en SSR
- Variabilité importante (0 à 96%)



### C. Facteurs favorisants identifiés

<b>Facteurs liés à la structure et au type d'établissement</b>	
Etablissement de taille modérée	Ce fait facilite le transfert d'information, la recherche de consensus et l'harmonisation des pratiques
Etablissement ayant une activité essentiellement chirurgicale	Prise en charge de la douleur (et notamment son évaluation) traditionnellement plus développé dans les secteurs de chirurgie que dans les secteurs de médecine
Etablissement accueillant des patients très fréquemment douloureux	Prise en charge de la douleur (et notamment son évaluation) potentiellement plus développé que dans d'autres secteurs (personnel sensibilisé)
Turn-over faible du personnel soignant	Le personnel soignant est très stable L'établissement ne fait pas appel à des intérimaires
Développement des collaborations externes	Des collaborations peuvent être développés, notamment avec : <ul style="list-style-type: none"> <li>- le Réseau Douleur Franche-Comté</li> <li>- les autres CLUDS des établissements de la région</li> </ul>
<b>Facteurs liés au management</b>	
Une implication forte de la direction	Cette implication, notamment de la direction qualité et de la direction des soins, permet d'impulser une culture qualité
Une implication forte du CLUDS	Le rôle du CLUDS est de déterminer les priorités en termes de prise en charge de la douleur, de valider les protocoles, de présenter les nouvelles thérapeutiques, et d'être un lieu d'échanges d'expériences (retour d'expérience sur les formations reçues, les réunions...) Animé par des personnes impliquées, avec l'appui d'infirmières ayant du temps dédié pour la thématique Douleur (10 à 20%), et en relation avec la qualitiennne de l'établissement Le CLUDS regroupe dans un établissement près de 15 professionnels soignants (soit environ un tiers du personnel soignant de l'établissement)
Une implication forte des différents personnels engagés dans le processus	Les médecins Les cadres de santé de proximité Le personnel infirmier
Une gestion des emplois et des compétences permettant	Une responsabilisation et une délégation des tâches réelle facilitée par la mise à disposition des moyens et du temps nécessaires, permettant une autonomisation des professionnels identifiés : <ul style="list-style-type: none"> <li>- personnels soignants les plus motivés par la thématique douleur</li> <li>- désignation d'une infirmière référente douleur au niveau de l'établissement (20%)</li> <li>- désignation d'infirmières et de kinésithérapeutes référents douleur dans chaque unité de soins</li> </ul>
Intégration du processus mesuré dans les fiches de poste	Le recueil de la personne de confiance peut être intégré dans les fiches de poste des infirmiers



<b>Facteurs liés au management (suite)</b>	
Le développement des formations sur la thématique Douleur	<p>Formation des infirmières et du personnel du plateau technique de rééducation (kinésithérapeutes, ergothérapeutes...), à la prise en charge de la douleur et de la douleur post-opératoire soit en formation interne (par l'infirmière référente douleur de l'établissement, par le cadre de kinésithérapie), soit en formation externe (assurées par le GRIEPS notamment) ; chaque soignant bénéficie d'une formation tous les 3 à 4 ans environ. Les formations portent sur les différents éléments de la prise en charge (évaluation, traitements, réévaluation...)</p> <p>Développement des formations par e-learning de l'ensemble du personnel soignant sur la prise en charge de la douleur</p> <p>Proposition aux infirmières animatrices du CLUDS de passer un DU douleur</p> <p>Formations des infirmières et kinésithérapeutes référents douleur tous les ans</p>
<b>Facteurs liés aux pratiques cliniques</b>	
Développement de protocoles ou procédures sur la prise en charge de la douleur	<p>Ces procédures sont validées par le CLUDS, accessibles dans chaque unité (classeur...). Leur diffusion est assurée à l'aide de la fiche d'information mensuelle de l'établissement récapitulant les nouvelles procédures</p> <p>Une procédure précise que l'évaluation de la douleur doit être réalisée au moins deux fois par jour chez tout patient hospitalisé</p>
Information du patient avant l'intervention sur l'utilisation des réglettes EVA	<p>Cette information permet au patient d'être plus « acteur » de sa prise en charge ; elle permet en outre de systématiser l'utilisation de la réglette (et éviter que l'échelle numérique ne soit parfois utilisée à la place de l'EVA) et de développer l'évaluation de la douleur à l'admission du patient</p>
Protocoles d'évaluation de la douleur	<p>Ces protocoles sont différents en fonction du service (MCO, SSR, SLD...)</p> <p>Dans tous les cas, une évaluation systématique infirmière est effectuée à l'aide d'une échelle validée à l'entrée du patient, lors de l'examen d'entrée, avec la prise des constantes habituelles (température, pouls, tension artérielle, poids...)</p> <p>Les évaluations sont ensuite réalisées systématiquement soit 1 à 3 fois par jour (MCO), soit au moins une fois tous les 8 jours (SSR, SLD), le plus souvent par les infirmières, mais également par les kinésithérapeutes en SSR</p> <p>Bien évidemment, des évaluations complémentaires sont réalisées, à l'aide d'une échelle validée, chez les patients pour lesquels une cible douleur a été ouverte et pour lesquels le traitement antalgique est modifié</p>
Echelle d'évaluation utilisée	<p>Dans un établissement, l'échelle est commune à l'ensemble des services (réglette EVA ou échelle des visages chez l'enfant après 5 ans ou échelle en cours de développement chez l'enfant de moins de 5 ans)</p> <p>Au contraire, dans un autre établissement, seule l'utilisation d'une échelle validée est demandée par le protocole ; aucune échelle n'est imposée, mais le protocole spécifie que l'échelle utilisée doit être précisée</p> <p>Chez les personnes non communicantes, l'évaluation de la douleur reste à développer : l'utilisation de l'échelle Doloplus est rarement systématique en raison du temps nécessaire et de sa difficulté d'utilisation (termes peu précis et sujets à interprétation)</p>
L'existence de supports adaptés à la traçabilité de l'évaluation de la douleur	<p>Plusieurs supports sont souvent utilisés, mais les informations principales devraient être retrouvées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sur la fiche de température incluant la traçabilité de la mesure de la douleur et de l'échelle utilisée</li> <li>- sur la fiche de suivi en SSPI, non spécifique mais incluant la traçabilité des EVA</li> <li>- sur le bilan hebdomadaire de kinésithérapie</li> </ul>

<b>Facteurs liés à l'évaluation des pratiques</b>	
Suivi annuel de l'indicateur	Depuis plusieurs années, soit avant l'obligation de la mesure dans le cadre des indicateurs IPAQSS
Diffusion des résultats aux indicateurs en interne	Résultats présentés et discutés lors du CLUDS afin de définir si possible des actions d'amélioration Résultats présentés aux différentes instances (CME, CRUQPC, Conseil de surveillance...)
Diffusion des résultats aux indicateurs en externe	Les résultats doivent être diffusés aux patients et aux usagers (plaquette dans le livret d'accueil et affiches au sein de l'établissement avec résultats des indicateurs, CRUQPC)
Mesure de la satisfaction des patients lors d'enquêtes spécifiques sur la douleur	Réalisation tous les 2 à 3 ans d'enquêtes de satisfaction des patients sur la prise en charge de la douleur
Mesure de la satisfaction du patient dans le questionnaire de sortie	Inclusion dans le questionnaire de sortie de questions spécifiques à la douleur et à sa prise en charge
Analyse des insatisfactions	Pour chaque patient non satisfait de la prise en charge de la douleur (environ 3 à 4 par mois), une analyse du dossier patient est réalisée pour comprendre l'insatisfaction, corriger les pratiques si nécessaire, et envoyer une réponse individualisée au patient par l'intermédiaire de la CRUQPC
Réalisation d'enquêtes de satisfaction spécifiques sur certaines pathologies	Ces enquêtes sont menées auprès de patients pris en charge pour des pathologies provoquant des douleurs importantes et suivies de la mise en place d'actions d'amélioration spécifiques pour ces pathologies
Evaluations de pratiques complémentaires	Mise en œuvre d'études sur la prise en charge de la douleur, permettant par exemple d'évaluer : <ul style="list-style-type: none"> <li>- échelles utilisées pour l'évaluation,</li> <li>- traçabilité des mesures systématiques à l'entrée et au cours de l'hospitalisation</li> <li>- l'ouverture d'une cible chez les patients douloureux,</li> <li>- la réévaluation de la douleur après l'ouverture d'une cible...</li> </ul>
Développement de l'évaluation et de la prise en charge de la douleur psychique	Cette évaluation est notamment importante chez le patient en fin de vie