



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Indicateur « Prise en charge de la douleur »
Cahier des charges
Secteur Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)

SOMMAIRE

1) SYNTHÈSE DE L'INDICATEUR.....	4
2) JUSTIFICATION	4
2.1) Historique : rappel de la justification de l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur»	4
2.3) Nouvel indicateur sur la « Prise en charge de la douleur»	5
3) POPULATION CHOISIE	7
3.1. Définition de la population	7
3.2. Critères d'inclusion	7
3.3. Critères d'exclusion	7
3.4. Tirage au sort rétrospectif	8
3.5. Nombre de dossiers à évaluer	8
4) SCHEMA DE L'ETUDE	8
4.1. Responsable de recueil	8
4.2. Support de saisie	8
4.3. Contrôle qualité des données	8
5) ORGANISATION GENERALE POUR L'EXPERIMENTATION.....	8
5.1. Recrutement des établissements de santé pour l'expérimentation	8
5.2 Recueil des données, test de faisabilité et de reproductibilité	8
5.3 Validation des indicateurs	9
5.4 Restitution des principaux résultats aux ES expérimentateurs	9
5.5 Assistance pendant l'expérimentation	9
6) ANALYSE ET RESTITUTION.....	9
6.1. Analyse principale	9
6.2. Analyses complémentaires	9
6.3. Diffusion interne des résultats	9
7) INDICATEUR « PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR ».....	9
Libellé complet	9
Analyse des recommandations	9
Construction	10
8) CONFIDENTIALITE	10
9) REFERENCES.....	11
ANNEXE	12

Avant - Propos :

Ce cahier des charges présente l'indicateur intitulé « Prise en charge de la douleur » (PCD), qui s'applique aux établissements de santé de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO).

Membres du groupe participants à la réunion :

Katel Eynard (clinique Rive Gauche), Frédérique Gama (clinique Charcot), Dr Isabelle Gasquet (DOMU - AP-HP), Dr Marie-Hélène Giovannini (institut Paoli-Calmettes), Joëlle Jouneau (institut Bergonié), Elisabeth Lebeaupin (Direction des soins et des activités paramédicales (DSAP)), AP-HP), Dr Agnès Loeb (centre Henri Becquerel), Dr Joelle Magnani (groupe Medipole-partenaires), Dr Sandra Malak (Hopital René Huguenin-Institut Curie), Dr Hélène Matthieu Daudé (institut du Cancer de Montpellier), Violette Van de Wiel (polyclinique Saint Côme), Richard Agnetti (DSAP, AP-HP), Johanne Bazin (institut de cancérologie de l'Ouest), Dr Serge Carreira (hôpital Sainte Camille), Claude Rambaud (CISS).

Haute Autorité de Santé :

Sophie Calmus, Service Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS).

Frédéric Capuano, Service IPAQSS, Haute Autorité de Santé (HAS).

Dr Arnaud Fouchard, Service IPAQSS, HAS.

1) SYNTHÈSE DE L'INDICATEUR

Num	Libellé court	Libellé complet	Nature	Type
1	Prise en charge de la douleur	Proportion de séjours de patients douloureux pour lesquels on retrouve : - une stratégie de prise en charge de la douleur dans le dossier du patient : moyens médicamenteux, moyens non médicamenteux, autres ; ET - au moins une mesure de suivi de la douleur suite à la stratégie de prise en charge de la douleur.	Proportion	Processus

2) JUSTIFICATION

2.1) Historique : rappel de la justification de l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur »

Depuis 1998, la prise en charge de la douleur est une priorité de santé publique en France qui s'est traduite par un premier plan ministériel défini en 3 axes [1] : i) le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et réseaux de soins ; ii) le développement de la formation et de l'information des professionnels de santé sur l'évaluation et le traitement de la douleur ; iii) la prise en compte de la demande du patient et l'information du public.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a consacré la prise en charge de la douleur comme un droit : « *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* » [2].

Le second plan douleur (2002-2005) s'est centré sur la douleur provoquée par les soins et la chirurgie, la douleur de l'enfant et la prise en charge de la migraine. Il avait deux objectifs [3] : i) associer les usagers par une meilleure information et ii) améliorer l'accès du patient souffrant de douleurs chroniques rebelles à des structures spécialisées.

Différentes données ont justifié l'introduction de l'indicateur :

L'évaluation de l'intensité de la douleur est un des objectifs prioritaires du guide d'orientation « Organiser la lutte contre la douleur dans les établissements de santé » édité en 2002 par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) [4]. Ainsi la fiche n°2 de ce guide énonce que « l'évaluation de l'intensité de la douleur est un temps fondamental dans la gestion de la douleur. Afin de mieux dépister, quantifier et suivre l'évolution de la douleur ressentie, [...], il est nécessaire d'utiliser des méthodes fiables et reproductibles selon les caractéristiques de la personne.

- Cette évaluation s'effectue à l'aide d'échelles d'auto-évaluation : l'échelle visuelle analogique représente la méthode de référence. Quand le rapport verbal n'est pas possible, l'évaluation s'effectue à partir des échelles d'hétéro-évaluation ;
- L'évaluation de la douleur doit être réalisée systématiquement auprès de toutes les personnes malades afin de détecter celles ayant besoin d'un traitement symptomatique ou d'une organisation particulière du soin, et ceci de façon pluriquotidienne afin de suivre l'évolution de la douleur. Avant utilisation, le soignant doit s'assurer de la bonne compréhension des explications fournies à la personne malade. Une même échelle doit être utilisée pour l'évaluation et le suivi de la douleur d'un malade.

Une synthèse des résultats des enquêtes nationales parues dans le livre blanc de la douleur en juin 2005 montrait que le recours aux outils validés pour l'évaluation de la douleur par les professionnels de santé était insuffisant [5].

- Les conclusions d'enquêtes régionales menées auprès des patients, des professionnels et des directions d'établissements de santé mettaient en évidence l'importance du chemin qui restait à parcourir pour une prise en charge optimale de la douleur. Le point le plus négatif démontré par une étude, est que, malgré les intentions affichées d'évaluation, celle-ci était trop peu réalisée, quel que soit le type de service ;

- Le pourcentage de patients traités et soulagés reste insuffisant, la traçabilité des évaluations après traitement n'est pas satisfaisante et la diffusion des moyens d'évaluation pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) reste marginale. [...]. S'il est vrai que des Comités de Lutte Contre la Douleur (CLUD) existent dans près de 70% des établissements, il paraît indispensable que ces structures soient mobilisées pour améliorer cette situation. L'effort de formation des professionnels autour de la douleur doit être poursuivi et amplifié [5].

Les systèmes de performance étrangers comportent des recommandations et des indicateurs évaluant la mesure et la prise en charge de la douleur :

- La Société Américaine de la Douleur (American Pain Society) produit des recommandations fondées sur la preuve scientifique, pour la prise en charge de douleurs complexes, qui sont des références pour les fournisseurs de soins et les payeurs [6]. Le programme est un effort continu et multidisciplinaire pour élaborer des recommandations et assurer leur diffusion et leur mise en œuvre. L'American Pain Society a publié 8 recommandations.
- Le National Quality Measures Clearinghouse produit des indicateurs construits à partir des recommandations produites par l'Agency for Health Care Policy and Research pour la Politique et la Recherche de Santé [7].

Le Guide d'évaluation de la douleur, rédigé par le CLUD du G.H Paris-Ile-de-France Ouest (AP-HP), contient des recommandations du CLUD pour l'évaluation de la douleur aiguë et chronique de l'adulte et de l'enfant hospitalisés [8] : les principales échelles d'auto ou d'hétéro-évaluation ; des tableaux récapitulatifs avec des codes couleur en fonction du type de douleur, de l'âge et de la situation clinique.

2.2) Bilan du recueil de l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » (2004-2016)

L'indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » (TRD) a fait l'objet de 2 recueils successifs en 2004 et en 2005. Les résultats ont révélé une importante variabilité inter-établissements qui a confirmé que l'analyse de 80 dossiers est pertinente pour la mesure de l'indicateur [9]. Au vu de l'analyse des résultats, une équipe d'experts s'est réunie pour actualiser le cahier des charges de l'indicateur en vue de sa généralisation.

Après 6 recueils nationaux coordonnés par la HAS, la moyenne nationale de l'indicateur TRD est passée de 40 % (2008) à 86 % (2016). En 2016, la variabilité nationale persiste (0-100 %), et 91,4 % des ES ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 %. L'atteinte de bons résultats justifie d'augmenter le niveau d'exigence en ciblant la prise en charge de la douleur.

2.3) Nouvel indicateur sur la « Prise en charge de la douleur »

Plusieurs éléments plaident pour élargir le champ couvert par l'indicateur :

Suite à la parution, en mars 2011, de l'évaluation du Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010, quatre priorités ont été énoncées [10] :

- 1) Améliorer la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables : enfants et adolescents, personnes âgées en fin de vie et autres populations vulnérables (personnes polyhandicapées et psychiatrie).
- 2) Améliorer la formation pratique initiale et continue des professionnels de santé pour mieux prendre en compte la douleur des patients : formation médicale initiale des médecins, formation continue des médecins, odontologistes, pharmaciens et sages-femmes et information et formation des paramédicaux.
- 3) Améliorer les modalités de traitement médicamenteux et d'utilisation des méthodes pharmacologiques pour une prise en charge de qualité.
- 4) Structurer la filière de soins de la douleur, notamment la prise en charge des douleurs chroniques rebelles.

Le premier objectif de la priorité N°1 s'inscrivait dans la poursuite de l'amélioration de la prise en charge des douleurs aiguës et comportait deux mesures (cf tableau ci-après).

Mesure	Description	Actions menées
1 ^{ère} mesure	Lutter contre les freins qui limitent la prise en charge des douleurs.	1) Une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a montré que la prise en charge de la douleur de l'enfant et de l'adolescent en ambulatoire et son impact restent insuffisants, et qu'il est nécessaire de former des médecins de ville et d'informer les familles [11]. 2) En 2007, la DGOS a publié une nouvelle charte du patient hospitalisé [...], le résumé stipulait que « les établissements de santé... sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en oeuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie ».
Seconde mesure	Développer des formes pédiatriques d'antalgiques.	La France a élaboré de recommandations pour le développement de médicaments adaptés à la lutte contre la douleur chez l'enfant [...] ; et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) a élaboré des recommandations pour le bon usage des traitements de la douleur chez l'enfant [12].

Le second objectif de la priorité N°1 s'intitulait « Mieux dépister et traiter les douleurs liées aux maladies chroniques de l'enfant et des adolescents », et comportait deux mesures (cf tableau ci-après).

Mesure	Description	Actions menées / utilisations
1 ^{ère} mesure	Elaborer des recommandations de bonnes pratiques HAS sur la prise en charge des douleurs liées aux maladies chroniques des enfants et adolescents [13].	L'objectif de ces recommandations était de favoriser la mise en oeuvre de parcours de soins adaptés pour les patients exprimant une douleur chronique et de favoriser les échanges d'informations entre les professionnels des structures spécialisées et ceux qui leur adressent des patients. Cf les modalités d'utilisations au lien suivant : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_732257/douleur-chronique-reconnaitre-le-syndrome-douloureux-chronique-l-evaluer-et-orienter-le-patient
Seconde mesure	Faciliter l'accès des enfants douloureux aux structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle.	1) Evaluer l'organisation de la prise en charge des soins en cancérologie pédiatrique mise en place au niveau régional (DGOS - INCa). 2) Mise en place d'une consultation pluridisciplinaire de la douleur des enfants et adolescents, au sein des structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle existantes.

Un 3^{ème} objectif s'intitulait « Améliorer le repérage, le diagnostic et le traitement de la douleur des personnes âgées » et comportait trois mesures (cf tableau ci-après).

Mesure	Description	Actions menées
1 ^{ère} mesure	Développer la formation des professionnels de santé.	1) Synthèse des connaissances sur la prise en charge de la douleur des personnes âgées (Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) et Société française d'étude et de traitement de la douleur) [12] ; 2) Création d'outils diagnostiques pour la médecine de ville et d'outils cliniques d'évaluation de la douleur (SFGG) ; 4) Intégration de formations « douleur et personnes âgées » et « douleur et personnes handicapées » dans le programme de formation permanente du personnel paramédical hospitalier ; 5) Actualisation du guide des bonnes pratiques de soins en EHPAD (DGS).
Seconde mesure	Lutter contre les freins qui limitent la prise en charge de la douleur.	1) Une étude de la DREES a montré que « la douleur est un phénomène très présent chez les personnes âgées ; [...] qu'elles sollicitent très peu les soignants et craignent les médications qui les rendraient passives ; [...] qu'elles ont tendance à banaliser leur douleur ; [...] qu'elles préfèrent avoir recours aux antalgiques de base, évitant parfois certaines médications par crainte d'effets secondaires gênants. Le plus important est de garder une part d'autonomie et de se maintenir à domicile » [14]. 2) création d'un module d'aide à la prescription des psychotropes (HAS).
Troisième mesure	Promouvoir la collaboration entre les différents acteurs de soins.	

Le livre blanc des Structures de la Douleur en France 2015, a été élaboré par la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur, à partir de plusieurs enquêtes de terrain, réalisées en 2014 et 2015, auprès des professionnels concernés afin de savoir quelles sont les activités, les personnels, et les patients qui consultent en structure douleur, y compris en pédiatrie [15]. Il permet de connaître les particularités techniques, cliniques et thérapeutiques de ces structures multi-professionnelles et précise leur implication dans l'enseignement et la recherche en médecine de la douleur et les liens entre les différentes disciplines et professions. Il permet de comprendre les difficultés actuelles et les perspectives à venir, à l'heure où les financements risquent de se réduire. Il comporte une analyse indispensable sur l'activité de prise en charge de la douleur chronique en France, pour le soulagement des patients douloureux actuels et à venir.

La prise en charge de la douleur fait partie de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 [16]. Ce projet définit les orientations stratégiques de santé publique en France dans les années à venir et intègre la prévention de la douleur dans les priorités de la politique nationale de santé (article 1) ; il inscrit la prise en charge de la douleur dans le parcours de soins, y compris le recours aux structures spécialisées (article 68) et reconnaît l'importance du caractère pluri-professionnel de l'équipe de soins (article 96).

Au vu de ces différents éléments qui montrent que la douleur reste une priorité nationale, il a été proposé au groupe de travail en charge du suivi de l'évolution des résultats des indicateurs du dossier patient en MCO, de faire évoluer l'indicateur TRD en un indicateur intitulé « Prise en charge de la douleur ». Le nouvel indicateur évalue la prise en charge de la douleur du patient douloureux et la réalisation d'une mesure de suivi. Il a également été décidé de mesurer les délais de prise en charge de la douleur du patient douloureux et de réalisation d'une mesure de suivi.

L'indicateur sera expérimenté dans environ 50 établissements MCO volontaires, parmi les 1073 établissements qui seront soumis à l'obligation de recueil national en 2018. A terme, il permettra de mesurer la mise en œuvre de la prise en charge de la douleur et de définir des plans d'amélioration de la prise en charge. Il permettra de valoriser l'objectif 3 du critère 12.a du manuel de la certification V 2014 [17], intitulé « Prise en charge de la douleur », pour lequel un élément d'appréciation consiste à « évaluer la qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur à périodicité définie sur le plan institutionnel » et un autre « à mettre en place des actions d'amélioration ».

3) POPULATION CHOISIE

3.1. Définition de la population

La population analysée correspond à l'ensemble des séjours hors séances MCO d'au moins un jour qui se sont déroulés au cours de la période allant du 1^{er} juin au 30 novembre 2017.

3.2. Critères d'inclusion

Séjours d'au moins 24 heures.

3.3. Critères d'exclusion

Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ;

Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ;

Séjours des nouveau-nés dits « non hospitalisés » ;

Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissement, que ce soit en établissement « demandeur » ou en établissement « prestataire » ;

Séjours avec un GHM erreur ;

Séjours avec un GHM 23K02Z (explorations nocturnes et apparentées) ;

Séjours en UHCD non suivis d'un séjour en MCO.

3.4. Tirage au sort rétrospectif

Une base de données est constituée, regroupant l'ensemble des séjours hors séances MCO d'au moins 24 heures, qui se sont déroulés au cours de la période allant du 1^{er} juin au 30 novembre 2017, et excluant tous les séjours correspondant aux critères d'exclusion cités ci-dessus.

Un tirage au sort aléatoire de 100 séjours est réalisé dans cette liste (80 séjours dans la liste principale et 20 séjours dans la liste de réserve) par le responsable du Département d'Information Médicale (DIM) ou du Service d'Information Médicale (SIM).

Les séjours **non retrouvés** ou faisant l'objet d'une **incohérence PMSI (GHM erreur, ou séjour < 1 jour)**, et les **séjours de patient ne souhaitant pas que les données les concernant soient exploitées** seront exclus à posteriori et remplacés par des séjours de la liste de réserve.

Remarque : le tirage au sort sera le même que celui réalisé pour la campagne DPA MCO 2018.

3.5. Nombre de dossiers à évaluer

La liste principale comportera 80 dossiers tirés au sort sur la période allant du 1^{er} juin au 30 novembre 2017.

Chaque personne incluse dans la population analysée sera identifiée par un numéro et la table de correspondance entre la personne et les numéros sera conservée par l'établissement.

Remarque : dans le cas d'un séjour multi-RUM, l'analyse portera sur l'ensemble des unités médicales fréquentées au cours du séjour.

Afin de pourvoir au remplacement des dossiers non retrouvés ou faisant l'objet d'une exclusion secondaire, une liste complémentaire de 20 séjours tirés au sort dans la même base de données est demandée.

4) SCHEMA DE L'ETUDE

4.1. Responsable de recueil

Le responsable du recueil de l'indicateur « Prise en charge de la douleur » est le médecin responsable du département de l'information médicale (DIM) ou du service de l'information médicale (SIM).

Les médecins ou infirmières des services concernés par les dossiers évalués peuvent participer au recueil sous couvert du responsable du recueil.

4.2. Support de saisie

Le recueil de cet indicateur sera réalisé sur la plateforme QUALHAS de façon concomitante à la campagne nationale 2018.

4.3. Contrôle qualité des données

Le responsable du recueil s'assurera de l'exhaustivité du recueil et de la complétude des données. Des contrôles logiques permettront également de s'assurer de la qualité de la saisie.

5) ORGANISATION GENERALE POUR L'EXPERIMENTATION

5.1. Recrutement des établissements de santé pour l'expérimentation

Les indicateurs du thème « **Prise en charge de la douleur** » sont expérimentés auprès d'un minimum de 50 établissements de santé volontaires. Ces établissements sont recrutés via les fédérations hospitalières ou se sont proposés spontanément.

5.2 Recueil des données, test de faisabilité et de reproductibilité

Tous les établissements expérimentateurs recueillent les données des indicateurs et remplissent une grille de faisabilité qui permet d'apprécier la capacité des établissements à collecter les données nécessaires à la production de l'indicateur de manière autonome.

Environ 10 établissements participeront à l'analyse de reproductibilité qui est destinée à établir la stabilité de la mesure entre deux observateurs ; c'est-à-dire sa capacité à produire des résultats similaires lorsqu'elle est répétée sur un même dossier, par une autre personne.

5.3 Validation des indicateurs

Le SIPAQSS procédera à trois types d'analyse de validation (cf. annexe) portant sur l'ensemble des établissements ayant expérimenté l'indicateur.

5.4 Restitution des principaux résultats aux ES expérimentateurs

Chaque établissement volontaire participant à l'expérimentation disposera de ses résultats individuels et de ses résultats comparatifs (comparaison inter-établissements) après la clôture du recueil. Le rendu des résultats individuels et comparatifs sera réalisé par le SIPAQSS après la fin de l'expérimentation, séparément de l'outil de recueil.

5.5 Assistance pendant l'expérimentation

Le SIPAQSS répond aux questions pendant toute la durée de l'expérimentation à l'adresse mail ci-contre : ipagss@has-sante.fr ou sur la boîte de dialogue AGORA : <https://applis.atih.sante.fr/agora/login.do> (QUALHAS → partie MCO → Campagne 2018 → Problèmes de recueil).

6) ANALYSE ET RESTITUTION

6.1. Analyse principale

Chaque établissement recevra les résultats individuels de l'indicateur de processus «Prise en charge de la douleur».

Des résultats comparatifs seront également présentés pour cet indicateur : comparaison inter-établissements, et comparaison dans le temps.

6.2. Analyses complémentaires

Des analyses complémentaires pourront être réalisées dans des populations spécifiques : enfants, adolescents, personnes âgées.

6.3. Diffusion interne des résultats

La diffusion interne des résultats se fera sous la responsabilité du responsable du recueil auprès des praticiens ayant participé au recueil. En accord avec ces derniers, une diffusion plus large est souhaitable, notamment au directeur de l'établissement et au président de la CME.

7) INDICATEUR « PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR »

Libellé complet

Taux de séjours de patients douloureux pour lesquels on retrouve :

- une stratégie de prise en charge de la douleur dans le dossier du patient : moyens médicamenteux, moyens non médicamenteux ;

ET

- au moins une mesure de suivi de la douleur suite à la stratégie de prise en charge de la douleur.

Analyse des recommandations

La prise en charge de la douleur est une priorité de santé publique (Plan douleur 2006-2010). La douleur doit être systématiquement évaluée et « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur » (article L.1110-5 du CSP).

Il est reconnu et admis de tous qu'afin de mieux dépister, quantifier et suivre l'évolution de la douleur ressentie, il est nécessaire d'utiliser des méthodes fiables et reproductibles. Les évaluations de la douleur doivent donc être effectuées à l'aide d'échelles validées.

L'évaluation et la prise en charge de la douleur dans les populations les plus vulnérables est une priorité, notamment chez les enfants et adolescents, les personnes âgées en fin de vie et les autres populations vulnérables (personnes polyhandicapées et psychiatrie).

Construction

Numérateur	Nombre de séjours de patients douloureux pour lesquels on retrouve : - une stratégie de prise en charge de la douleur dans le dossier du patient : moyens médicamenteux, moyens non médicamenteux ; ET - au moins une mesure de suivi de la douleur suite à la stratégie de prise en charge de la douleur.
Dénominateur	Nombre de séjours de patients douloureux évalués.
Calcul de l'indicateur	Taux de conformité.

8) CONFIDENTIALITE

Chaque référent impliqué dans le recueil de l'indicateur «Prise en charge de la douleur» est tenu à la confidentialité et à la sécurité des données.

Conformément à la loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les données recueillies seront rendues anonymes avant toute informatisation.

9) REFERENCES

1. Plan d'action triennal de Lutte contre la Douleur 1998-2000.
2. Article L.1110-5 du code de la santé publique de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et repris dans la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005.
3. Programme de Lutte contre la Douleur 2002-2005.
4. Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. Guide pour la mise en place d'un programme de lutte contre la douleur dans les établissements de santé. Paris: Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées; 2002.
5. Livre blanc de la Douleur. Comité d'Organisation des Etats généraux de la Douleur. Juin 2005.
6. <http://americanpainsociety.org/>
7. <https://www.qualitymeasures.ahrq.gov/browse/domain>
8. Guide d'évaluation de la douleur – Recommandations du CLUD pour l'évaluation d'une douleur aiguë ou chronique chez l'adulte et l'enfant hospitalisé.
9. McGlynn EA, Kerr EA, Adams J, Keesey J, Asch S. Quality of health care for women: a demonstration of the quality assessment tools system. *Med Care* 2003 May;41(5):616-25.
10. Evaluation du Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006 – 2010, Haut Conseil de la Santé Publique, mars 2011.
11. Fort E, Guillon N, rédacteurs. La prise en charge de la douleur chez l'enfant lors de son passage dans des lieux de soins ambulatoires. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Série Études;2006. Document de travail n° 61.
12. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant. Partie 1 : Prise en charge de la douleur en milieu hospitalier et situations particulières en ville. Paris: Afssaps; 2009, mise à jour janv 2011. (Recommandations de bonnes pratiques).
13. Haute Autorité de santé. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Consensus formalisé. Paris; 2008. (Recommandations professionnelles). Lien : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_732257/douleur-chronique-reconnaitre-le-syndromedouloureux-chronique-l-evaluer-et-orienter-le-patient
14. Alberola E, Maresca B. La prise en charge de la douleur chez les personnes âgées vivant à domicile. *Etudes et Résultats* 2007 Avril;566 :1-8. <http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/er566.pdf>
15. Livre blanc – Structures douleur en France – SFETD. Lien : <http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/Livres/livreblanc-30nov2015.pdf>
16. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
17. Manuel de certification des établissements de santé, V2010, édition janvier 2014. Lien : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1732464/fr/manuel-de-certification-des-etablissements-de-sante-v2010-edition-janvier-2014

ANNEXE

Validation des indicateurs de processus :

❖ Analyse de la faisabilité du recueil sur au moins 50 établissements

La faisabilité est définie comme la capacité d'un établissement à collecter les données nécessaires à la production de l'indicateur d'une manière autonome. Elle s'appuie sur les éléments suivants : (1) analyse d'une grille de faisabilité permettant d'évaluer l'acceptabilité de la mesure par les professionnels, la compréhension de l'indicateur, la capacité des professionnels à répondre dans les délais, la disponibilité des données sources et l'implication des médecins dans le recueil ; (2) évaluation de la charge de travail.

❖ Analyse des qualités métrologiques

L'analyse des qualités métrologiques de l'indicateur porte sur :

La faisabilité

Elle est définie comme la capacité de l'établissement de santé à collecter les données nécessaires à la production de l'indicateur de manière autonome, et avec une charge de travail acceptable. Elle évalue notamment la capacité à accéder aux données sources et systèmes d'information et le temps passé au recueil des données.

La pertinence pour l'amélioration de la Qualité des soins :

- **La variabilité inter-ES** : capacité de l'indicateur à discriminer les ES par l'observation d'une variabilité du résultat.
- **L'écart a un seuil de performance** : capacité de l'indicateur à identifier une marge d'amélioration par l'observation d'un écart à un seuil de performance attendue (ou benchmark) pour l'établissement de santé.
- **L'identification des actions correctives** : capacité de l'ES à identifier des actions d'amélioration réalisables.
- **Les effets induits négatifs** : potentiel de l'indicateur à générer un comportement modifiant le résultat, qui ne soit pas en lien avec la qualité du soin (exemple, traçabilité dans le dossier/ordonnance d'une pratique non réalisée).

Les qualités métrologiques :

- **La stabilité inter-observateurs (reproductibilité)** : capacité à produire des résultats similaires lorsqu'une mesure est répétée sur un même dossier par une autre personne. Elle est évaluée par la stabilité inter-observateurs qui mesure sa capacité à produire des résultats similaires lorsqu'elle est répétée sur un même dossier par une autre personne.
- **La cohérence interne** : cohérence ou homogénéité interne entre les items retenus pour le calcul d'un score.
- **La validité de face-à-face** : capacité à observer si la compréhension de l'indicateur est partagée par tous les utilisateurs.
- **La validité de contenu** : capacité de l'indicateur à représenter toutes les dimensions importantes d'un concept. Elle porte sur la sélection des indicateurs.