Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins
Tenue du dossier patient version en SSR (TDP SSR)

Définition	Cet indicateur évalue la tenue du dossier des patients hospitalisés. Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score est proche de 100. L'indicateur est calculé à partir de 13 critères au maximum : 1. Présence des coordonnées du médecin désigné par le patient (si applicable) 2. Présence des documents médicaux relatifs à l'admission 3. Examen médical d'entrée renseigné 4. Evaluation de l'autonomie renseignée 5. Evaluation sociale renseignée 6. Evaluation psychologique renseignée 7. Projet thérapeutique renseigné 8. Participation ou accord du patient à son projet thérapeutique mentionné (si applicable) 9. Au moins une réunion pluri-professionnelle tracée 10. Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (si applicable) 11. Rédaction d'un traitement de sortie (si applicable) 12. Courrier de fin d'hospitalisation ou compte rendu d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval 13. Dossier organisé et classé
Justification	La bonne tenue du dossier du patient est un élément important de la qualité et de la coordination des soins dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Le contenu du dossier médical est défini réglementairement dans le code de santé publique (article R 1112-1)[1]. Des travaux ont démontré des liens entre l'amélioration de la qualité du dossier patient et la qualité de la prise en charge [2,3,4,5,6,7,8,9,10,11]. Il en est attendu un impact fort sur la qualité de la prise en charge des patients. Depuis 2009, le recueil de l'indicateur TDP est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité SSR dans le cadre de la procédure de certification V2010[12]. Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs[13].
Diffusion publique	Indicateur diffusé publiquement avec un objectif de performance à atteindre fixé à 80 %, soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées. Diffusion publique des résultats par établissement sur www.scopesante.fr
Type d'indicateur	Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements. Score composite. Pas d'ajustement sur le risque.

1 Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, reprise et complétée dans la loi du 22 Avril 2005.
2 Ausset S, Bouaziz H, Brosseau M, Kinirons B, Benhamou D. Improvement of information gained from the pre-anaesthetic visit through a quality-assurance programme. Br J Anaesth 2002; 88: 280-3.
3 Brami J, Doumenc M. Improving general practitioner records in France by a two-round medical audit. J Eval Clin Pract 2002; 8: 175-81.
4 Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine. Dossier patient: évolution de la conformité des dossiers patients entre 1997 et 2000 dans 12 établissements d'Aquitaine (rapport interne). Bordeaux: CCECQA; 2001.
5 Damais-Cepitelli A, Martin P, Devos AM, Le Gueult LC. [Qualitative assessment of labile blood product prescription in Le Havre Hospital]. Transfus Clin Biol 2001; 8: 77-84.
6 Thiru K, Hassey A, Sullivan F. Systematic review of scope and quality of electronic patient record data in primary care. Bmj 2003; 326: 1070.
7 Boulay F, Chevallier T, Gendreike Y, Mailland V, Joliot Y, Sambuc R. [A method for auditing medical records quality: audit of 467 medical records within the framework of the medical information systems project quality control]. Sante Publique 1998; 10: 5-15.
8 Francois P, Chirpaz E, Bontemps H, Labarere J, Bosson JL, Calop J. Evaluation of prescription-writing quality in a French university hospital. Clin Perform Qual Health Care 1997; 5: 111-5.
9 Michel P, Bonarek M, Capdenat E, Groupe des médecins des DIM d'Aquitaine. Conformité à la réglementation des dossiers de soins dans 15 établissements publics de santé en Aquitaine. Presse Med 1998; 27: 1884-9.
10 Perret du Cray MH, Remi C, Colin C, Mornex F, Gerard JP. [Quality of medical records in oncology: results of an audit of the Lyon Civil Hospices]. Cancer Radiother 2000; 4: 455-61.
11 Williams JG, Kingham M, Morgan JM, Davies AB. Retrospective review of hospital patient records. Br Med J 1990; 300: 991-3
12 Manuel de certification des établissements de santé, V2010, juin 2009.
13 http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/

Score individuel	Un score individuel est calculé pour chaque dossier. Il correspond à la somme des critères satisfaits divisée par la somme des critères applicables.
Score global	Le score global est calculé pour l'ensemble des dossiers. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x100).
Echantillon	Le score global est calculé sur un échantillon aléatoire de 80 dossiers.
Critères d'inclusion	▪ Séjours uniques d'au moins 8 jours (un séjour est unique lorsqu'un seul séjour est retrouvé pour un patient sur le semestre analysé) ▪ Séjours dont la date de sortie est comprise entre les semaines calendaires S1 et 24 ▪ Séjours en hospitalisation complète
Critères d'exclusion	▪ Séjours dont la date d'entrée est comprise entre les semaines calendaires S1 et 2 ▪ Séjours dont la date d'entrée est antérieure au 1er juillet de l'année N-1 ▪ Prises en charge qui comportent au moins une interruption de plus de 48 heures et qui sont, de ce fait, découpées en séjours successifs ▪ Prises en charge avec passage d'hospitalisation complète en hospitalisation partielle ▪ Séjours avec un GMD erreur
Mode d'évaluation des critères de l'indicateur TDP 2 SSR	L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire comprenant les 13 critères. Si un critère n'est pas applicable, il est retiré à la fois du numérateur et du dénominateur. Chaque critère satisfait est comptabilisé par 1 point. Pour chaque dossier, le numérateur est égal à la somme des points, et le dénominateur est égal à la somme des critères applicables. Les éléments requis pour chacun des critères sont décrits ci-dessous : **1. Présence des coordonnées du médecin désigné par le patient (si applicable)** Le critère est satisfait si les coordonnées du médecin désigné par le patient sont retrouvées dans le dossier du patient (au minimum nom et n° de téléphone ou ville d'exercice). **2. Présence des documents médicaux relatifs à l'admission** Le critère est satisfait si pour les patients provenant d'une unité d'hospitalisation, des documents médicaux relatifs à l'admission indiquant les motifs d'hospitalisation sont retrouvés dans le dossier du patient. OU Le critère est satisfait si pour les patients provenant du domicile, un document médical relatif à l'admission avec la demande argumentée du médecin adresseur est retrouvé dans le dossier du patient. **3. Examen médical d'entrée renseigné** Le critère est satisfait si l'examen médical d'entrée comporte les 5 éléments suivants : **(1).** Antécédents **(2).** Anamnèse **(3).** Traitement habituel **(4).** Examen clinique initial **(5).** Conclusions de l'examen clinique initial **4. Evaluation de l'autonomie renseignée** Le critère est satisfait si la trace d'une évaluation de l'autonomie datée dans les 7 jours suivant l'admission est retrouvée dans le dossier du patient. **5. Evaluation sociale renseignée** Le critère est satisfait si la trace d'une évaluation sociale datée dans les 7 jours suivant l'admission est retrouvée dans le dossier du patient. **6. Evaluation psychologique renseignée** Le critère est satisfait si la trace d'une évaluation psychologique datée dans les 7 jours suivant l'admission est retrouvée dans le dossier du patient. **7. Projet thérapeutique renseigné** Le critère est satisfait si la trace de l'élaboration du projet thérapeutique datée dans les 15 jours suivant l'admission est retrouvée dans le dossier du patient. **8. Participation ou accord du patient à son projet thérapeutique mentionné (si applicable)**

Le critère est satisfait si la trace d'une participation ou de l'accord du patient à l'élaboration de son projet thérapeutique est retrouvée dans le dossier du patient.

9. Au moins une réunion pluri-professionnelle tracée

Le critère est satisfait si la trace d'une réunion pluri-professionnelle est retrouvée au cours du séjour dans le dossier du patient.

10. Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (si applicable)

Le critère est satisfait si chaque prescription médicamenteuse établie pendant l'hospitalisation comporte les 7 éléments suivants :

(1). Nom et prénom du patient
(2). Date de prescription
(3). Signature du prescripteur
(4). Nom du prescripteur
(5). Dénomination des médicaments
(6). Posologie
(7). Voie d'administration

Pour simplifier l'analyse, celle-ci porte sur une période qui débute à la première prescription médicamenteuse et s'étend sur 72 heures (soit 3 nuits et 4 jours datés).

11. Rédaction d'un traitement de sortie (si applicable)

Le critère est satisfait si le traitement de sortie comporte les 7 éléments suivants :

(1). Nom et prénom du patient
(2). Date de prescription
(3). Nom du médecin
(4). Dénomination des médicaments
(5). Posologie
(6). Voie d'administration
(7). Durée du traitement

12. Courrier de fin d'hospitalisation ou compte rendu d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval

Le critère est satisfait si le courrier de fin d'hospitalisation ou le compte rendu d'hospitalisation (ou une trace écrite justifiant médicalement la mutation) retrace les 4 éléments suivants :

(1). Identité du médecin destinataire (nom et adresse) ou du service en cas de mutation ou de transfert
(2). Référence aux dates du séjour (date d'entrée et date de sortie)
(3). Synthèse du séjour (contenu médical sur la prise en charge du patient)
(4). Trace écrite d'un traitement de sortie

13. Dossier organisé et classé

Le critère est satisfait si le dossier est organisé et classé selon les deux conditions suivantes :

(1). il existe des procédures relatives à l'organisation du dossier dans l'établissement et/ou les services,
(2). et le dossier est organisé et classé conformément à ces procédures : par exemple, en différentes rubriques (courriers, examens biologiques, dossier de soins, prescriptions) ou par ordre chronologique.

Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC) en SSR

Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la qualité et le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation.
Justification	Le courrier de fin d'hospitalisation, document signé par un médecin de l'établissement et adressé au médecin de ville ou à la structure de transfert, ou encore remis au patient le jour de sa sortie, est un élément clé de la continuité des soins. Il résume les conclusions de l'hospitalisation et établit des préconisations de prise en charge après la sortie afin d'assurer une bonne coordination « hôpital/ville » ou « hôpital/structure de transfert ». En cas de mutation, les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins doivent être retrouvés dans le dossier. L'envoi du courrier de fin d'hospitalisation doit être effectué réglementairement dans un délai de 8 jours (article R 1112-1 du CSP)[1]. Depuis 2009, le recueil de l'indicateur DEC est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité SSR dans le cadre de la procédure de certification V2010[2]. Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs[3]. Il est identique à celui généralisé dans le secteur MCO.
Diffusion publique	Indicateur diffusé publiquement avec un objectif de performance à atteindre fixé à 80 %, soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées. Diffusion publique des résultats par établissement sur www.scopesante.fr
Type d'indicateur	Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements. Pas d'ajustement sur le risque.
Numérateur	▪Nombre de séjours pour lesquels le courrier de fin d'hospitalisation est envoyé dans un délai inférieur ou égal à huit jours, ET ▪Dont le contenu comprend les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Echantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 80 séjours.
Critères d'inclusion	▪ Séjours uniques d'au moins 8 jours (un séjour est unique lorsqu'un seul séjour est retrouvé pour un patient sur le semestre analysé) ▪ Séjours dont la date de sortie est comprise entre les semaines calendaires S1 et 24 ▪ Séjours en hospitalisation complète
Critères d'exclusion	▪ Séjours dont la date d'entrée est comprise entre les semaines calendaires S1 et 2 ▪ Séjours dont la date d'entrée est antérieure au 1er juillet de l'année N-1 ▪ Prises en charge qui comportent au moins une interruption de plus de 48 heures et qui sont, de ce fait, découpées en séjours successifs ▪ Prises en charge avec passage d'hospitalisation complète en hospitalisation partielle ▪ Séjours avec un GMD erreur ▪ Séjours de patients décédés ▪ Séjours de patients mutés
Mode d'évaluation des critères de l'indicateur DEC	L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. L'indicateur évalue la proportion de séjours pour lesquels le courrier de fin d'hospitalisation, comprenant les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins, est envoyé dans un délai inférieur ou égal à huit jours. Les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins à retrouver dans le courrier sont les suivants : (1). l'identité du médecin destinataire (nom et adresse) ou du service en cas de mutation ou de transfert ; (2). une référence aux dates du séjour (date d'entrée et date de sortie) ; (3). une synthèse du séjour (contenu médical de la prise en charge du patient) ;

1 Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, reprise et complétée dans la loi du 22 Avril 2005.
2 Manuel de certification des établissements de santé, V2010, juin 2009.
3 http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/

	(4). et une trace écrite d'un traitement de sortie. Le délai d'envoi est calculé si le courrier de fin d'hospitalisation est retrouvé et daté. Le délai d'envoi est estimé grâce à la différence entre la date inscrite sur le courrier de fin d'hospitalisation et la date de sortie de l'établissement. Le compte rendu d'hospitalisation est assimilé à un courrier de fin d'hospitalisation lorsqu'il est envoyé au destinataire concerné (date d'envoi retrouvée). Si le courrier de fin d'hospitalisation n'est pas retrouvé ou s'il n'est pas daté, le dossier est considéré comme non conforme. Les délais négatifs sont ramenés à 0.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Fiche descriptive de l'indicateur : Traçabilité de l'évaluation de la douleur en SSR (TRD)

Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la traçabilité dans le dossier du patient de l'évaluation de la douleur avec une échelle.
Justification	La prise en charge de la douleur est une priorité de santé publique (Plan douleur 2006-2010)[1]. 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)[2]. 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. Depuis 2009, le recueil de l'indicateur TRD est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité SSR dans le cadre de la procédure de certification V2010[3]. Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs4. Il est identique à celui généralisé dans le secteur MCO.
Diffusion publique	Indicateur diffusé publiquement avec un objectif de performance à atteindre fixé à 80 %, soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées. Diffusion publique des résultats par établissement sur www.scopesante.fr
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Numérateur	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.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Echantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 80 séjours.
Critères d'inclusion	▪ Séjours uniques d'au moins 8 jours (un séjour est unique lorsqu'un seul séjour est retrouvé pour un patient sur le semestre analysé) ▪ Séjours dont la date de sortie est comprise entre les semaines calendaires S1 et 24 ▪ Séjours en hospitalisation complète
Critères d'exclusion	▪ Séjours dont la date d'entrée est comprise entre les semaines calendaires S1 et 2 ▪ Séjours dont la date d'entrée est antérieure au 1er juillet de l'année N-1 ▪ Prises en charge qui comportent au moins une interruption de plus de 48 heures et qui sont, de ce fait, découpées en séjours successifs ▪ Prises en charge avec passage d'hospitalisation complète en hospitalisation partielle ▪ Séjours avec un GMD erreur

1 Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010, Ministère de la Santé
2 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 Manuel de certification des établissements de santé, V2010, juin 2009.
4 http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/

Mode d'évaluation de l'indicateur TRD SSR	L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. L'évaluation de la douleur est recherchée dans tous les éléments du dossier du patient relevant du séjour analysé. **Chaque mesure de la douleur doit être réalisée avec une échelle.** La première mesure (ou « mesure diagnostique ») réalisée avec une échelle diagnostique la présence ou l'absence de douleur chez le patient et la deuxième mesure (ou « mesure de suivi ») réalisée avec une échelle succède à la mesure diagnostique de la douleur chez le patient algique.

Algorithmes de calcul

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

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Fiche descriptive de l'indicateur : Dépistage des troubles nutritionnels (DTN) en SSR

Définition	Cet indicateur évalue le dépistage des troubles nutritionnels au cours des 7 premiers jours du séjour chez le patient adulte. Il est composé de trois niveaux donnant lieu au calcul de trois mesures distinctes, présentées sous la forme d'un taux.
Justification	En France, le dépistage des troubles nutritionnels s'inscrit dans les priorités de santé publique. Il fait partie du Programme National Nutrition Santé (PNNS) et une expertise conduite par le ministère de la santé préconise le calcul de la perte de poids avant l'admission et un calcul de l'IMC[1]. Depuis 2009, le recueil de l'indicateur DTN est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité SSR dans le cadre de la procédure de certification V2010.[2]. La conception de cet indicateur a été réalisée dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les concepteurs[3].
Diffusion publique	Indicateur diffusé publiquement avec un objectif de performance à atteindre fixé à 80 %, soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées. Diffusion publique des résultats par établissement sur www.scopesante.fr
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Numérateur	Nombre de séjours de patients adultes pour lesquels : **Niveau 1 :** ▪ Une notification du poids est retrouvée dans le dossier à l'admission* **ET** une mesure de suivi du poids est notée dans le dossier dans les 15 jours suivant la première mesure. **Niveau 2 :** ▪ Niveau 1 + [un calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) est noté dans le dossier à l'admission* **OU** une mention de la variation du poids avant l'hospitalisation est notée dans le dossier à l'admission*]. **Niveau 3 :** ▪ Niveau 1 + un calcul de l'IMC **ET** une mention de la variation du poids avant l'hospitalisation sont notés dans le dossier à l'admission*. *L'admission correspond aux 7 premiers jours du séjour.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Echantillon	Chaque niveau de l'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 80 séjours.
Critères d'inclusion	▪ Séjours uniques d'au moins 8 jours (un séjour est unique lorsqu'un seul séjour est retrouvé pour un patient sur le semestre analysé) ▪ Séjours dont la date de sortie est comprise entre les semaines calendaires S1 et 24 ▪ Séjours en hospitalisation complète
Critères d'exclusion	▪ Séjours dont la date d'entrée est comprise entre les semaines calendaires S1 et 2 ▪ Séjours dont la date d'entrée est antérieure au 1er juillet de l'année N-1 ▪ Prises en charge qui comportent au moins une interruption de plus de 48 heures et qui sont, de ce fait, découpées en séjours successifs ▪ Prises en charge avec passage d'hospitalisation complète en hospitalisation partielle ▪ Séjours avec un GMD erreur ▪ Séjours de patients âgés de moins de 18 ans ▪ Séjours de patients pris en charge au cours des 24 premiers jours du séjour en

[1] Mise en place d'une politique nutritionnelle dans les établissements de santé, Rapport de mission de Monsieur le Pr Ricour, DHOS, Ministère de la santé, Décembre 2002.
[2] Manuel de certification des établissements de santé, V2010, juin 2009.
[3] http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/

	soins palliatifs
Mode d'évaluation de l'indicateur DTN SSR	L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. Les éléments requis pour le calcul de chaque niveau sont décrits ci-dessous : **Le niveau 1** est satisfait si : ▪ une mesure du poids à l'admission et dans les 15 jours suivant la première mesure est retrouvée dans le dossier du patient, ▪ ou si la justification de l'impossibilité de peser le patient est notée dans le dossier du patient. **Le niveau 2** est satisfait si : ▪ le niveau 1 est satisfait et un calcul de l'IMC OU une mention de la variation du poids avant l'hospitalisation sont notés dans le dossier du patient à l'admission, ▪ ou si la justification de l'impossibilité de retrouver ces informations est notée dans le dossier du patient. **Le niveau 3** est satisfait si : ▪ le niveau 1 est satisfait et un calcul de l'IMC et une mention de la variation du poids avant l'hospitalisation sont notés dans le dossier du patient à l'admission, ▪ ou si la justification de l'impossibilité de retrouver ces informations est notée dans le dossier du patient.

Algorithmes de calcul de l'indicateur DTN en SSR

Variable		Algorithme
Dépistage des troubles nutritionnels en SSR		
Niveau 1 : Poids noté à l'admission et accompagné d'une mesure du poids dans les quinze jours suivant la première mesure		
Pourcentage de dossiers = $\sum_{i=1}^{80}$ [num IND DTN1]/ $\sum_{i=1}^{80}$ [den IND DTN1]	Dossier i : [num IND DTN1]	Si [DTN 1] = "Oui" Et ([DTN 2] = "Oui" Ou [DTN 2] = "NA") Alors [num IND DTN1] =1 Sinon [num IND DTN1] = 0 FinSi
	Dossier i : [den IND DTN1]	Si [DTN 1] = "Oui" ou [DTN 1] = "Non" Alors [den IND DTN1] =1 SinonSi ([DPA 14.1b] = "Oui (exclusion de l'indicateur DTN)" Ou ([DPA 14.2b] = "Oui (exclusion de l'indicateur DTN)" Alors [den IND DTN1] =0 FinSi
Niveau 2 : Niveau 1 ET IMC OU variation du poids notés dans le dossier à l'admission		
Pourcentage de dossiers = $\sum_{i=1}^{80}$ [num IND DTN2]/ $\sum_{i=1}^{80}$ [den IND DTN2]	Dossier i : [num IND DTN2]	Si ([DTN 1] = "Oui" Et ([DTN 2] = "Oui" Ou [DTN 2] = "NA")) Et ([DTN 3] = "Oui" Ou [DTN 4] = "Oui") Alors [num IND DTN2] = 1 Sinon [num IND DTN2] = 0 FinSi