

Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins Tenue du dossier patient version 2 en MCO (TDP2 MCO)

Définition	<p>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 :</p> <p>Éléments communs à tous les dossiers :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dossier retrouvé (Critère 1) 2. Identification du patient (Critère 2) 3. Présence d'un document médical relatif à l'admission (Critère 3) 4. Examen médical d'entrée renseigné (Critère 4) 5. Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (<i>si applicable</i>) (Critère 5) 6. Qualité de l'administration médicamenteuse pendant l'hospitalisation (Critère 6) 7. Présence du courrier de fin d'hospitalisation ou du compte rendu d'hospitalisation (CRH) (Critère 7) 8. Rédaction d'un traitement de sortie (<i>si applicable</i>) (Critère 8) 9. Mention de l'identité de la personne de confiance (Critère 9) 10. Mention de l'identité de la personne à prévenir (Critère 10) <p>Éléments dépendants de la prise en charge :</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Présence d'un (ou des) CRO(s) et/ou d'un compte rendu d'accouchement (CRA). (<i>si applicables</i>) (Critère 11) 12. Présence du dossier anesthésique (<i>si applicable</i>) (Critère 12) 13. Dossier transfusionnel renseigné (<i>si applicable</i>) (Critère 13)
Justification	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>L'indicateur TDP a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs¹². Entre 2008 et 2010, il a fait l'objet de 5 campagnes de recueil. Le recueil était obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité MCO dans le cadre de la procédure de certification V2010/V2014¹³.</p> <p>En 2013, l'indicateur TDP a été actualisé dans un groupe d'experts en charge de l'actualisation des indicateurs du thème dossier patient (GT-DPA) en une nouvelle version intitulée « Tenue du dossier Patient – version 2 » (TDP 2 MCO). Des actualisations ont été proposées en lien avec le GT-DPA. Il a été décidé de cibler des thèmes prioritaires tels que l'identitovigilance^{14,15} l'administration médicamenteuse¹⁶, la</p>

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 <http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/>

13 Manuel de certification des établissements de santé, V2010, juin 2009.

14 Quelques recommandations pour la mise en œuvre de l'identitovigilance dans les établissements de santé. Groupe de travail de la CCREVI de Midi-Pyrénées. Dominique Baudrin et Pauline SOLER. Juillet 2009.

15 Programme Hôpital Numérique. Guide des indicateurs des pré-requis et des domaines prioritaires du socle commun. DGOS, Avril 2012. Lien : <http://www.sante.gouv.fr/le-programme-hopital-numerique.html>

	<p>mention de la personne de confiance¹⁷, la personne à prévenir ou encore la participation/accord du patient à son projet thérapeutique et la réunion pluri-professionnelle. Un critère portant sur la notion de dossier « retrouvé » ou « non retrouvé » a également été proposé.</p> <p>Au cours du premier semestre 2014, la HAS a expérimenté le recueil de cette nouvelle version d'indicateur dans 126 établissements, afin de renforcer les exigences de contenu de l'indicateur TDP. La pertinence, les qualités métrologiques et la faisabilité du recueil ont été testées et validées par le service IPAQSS de la HAS. A l'issue de l'expérimentation, le nouvel indicateur TDP 2 MCO proposé pour le recueil national 2016 comporte 13 critères. Ces derniers ont été validés lors d'une réunion de restitution des résultats de l'expérimentation au GT-DPA. Il est à noter que 2 critères portant sur la « participation/accord du patient à son projet thérapeutique » et sur « la réunion pluri-professionnelle » n'ont pas été retenus dans la version proposée pour 2016 car ils ont été jugés « peu adaptés » au secteur MCO et difficiles à recueillir pour près de 40% des ES participant au recueil. D'autre part, il a été décidé de maintenir la recherche du contenu complet du dossier transfusionnel car il n'existe pas d'autre indicateur spécifique sur le thème de la transfusion, contrairement au dossier anesthésique (idem pour le CRH).</p> <p>Le bilan des actualisations¹⁸ menées en vue du recueil national 2016 est le suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 critères inchangés¹⁹ par rapport à la version initiale (TDP MCO) ; - 5 critères actualisés : 1 critère abandonné (<i>dossier organisé et classé</i>) ; 2 critères simplifiés (<i>limitation à la présence et non au contenu du courrier de fin d'hospitalisation et du dossier anesthésique</i>) ; 2 critères regroupés en un seul (<i>présence du (des) compte-rendu(s) opératoire(s) et/ou du compte rendu d'accouchement</i>). - ajout de 5 nouveaux critères portant sur des thèmes prioritaires : (1) dossier retrouvé²⁰ ; (2) identification du patient ; (3) trace des administrations médicamenteuses pendant l'hospitalisation ; (4) mention de la recherche de la personne de confiance ; (5) mention de l'identité de la personne à prévenir.
Diffusion publique	Cet indicateur sera diffusé publiquement en 2018 avec un objectif de performance à atteindre fixé à 80 %, soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées.
Type d'indicateur	Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements. Score composite. Pas d'ajustement sur le risque.
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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours hors séances d'au moins un jour.
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.

16 Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé. Journal officiel ; 16 avril 2011.

17 Article L1111-6 du code de la santé publique portant sur la personne de confiance. Journal officiel ; 23 avril 2005.

18 Bilan de l'expérimentation TDP 2 MCO : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1637903/fr/ipaqss-2014-mco-experimentation-du-recueil-de-l-indicateur-tenue-du-dossier-patient-version-2

19 Quatre critères inchangés : (1) document médical relatif à l'admission ; (2) examen médical d'entrée renseigné ; (3) rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation ; (4) rédaction d'un traitement de sortie.

20 Le fait de retrouver le séjour analysé constitue un critère de conformité à part entière. Un séjour « non retrouvé » ou un séjour « multi-RUM incomplet » sera considéré comme non conforme et ne sera pas remplacé par un séjour de la liste de réserve. En revanche, les séjours présentant une incohérence PMSI ou non mobilisables sont non applicables pour ce critère et seront remplacés par un séjour de la liste de réserve.

**Mode
d'évaluation
des critères
de l'indicateur
TDP 2 MCO**

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 :

Eléments communs à tous les dossiers

1. Dossier retrouvé (Critère 1)

Le critère est satisfait si le dossier est retrouvé et analysable (DPA 13).

Le critère n'est pas satisfait dans le cas d'un dossier non retrouvé « vide », « introuvable », ou « archivé ailleurs » (DPA 13-1). Le dossier ne sera pas remplacé par un dossier de la liste de réserve. Le score de l'indicateur TDP 2 MCO sera égal à 0.

Remarque : un dossier présentant une incohérence PMSI, un dossier d'un patient ne souhaitant pas que les données le concernant soient exploitées, un dossier non mobilisable car le patient est hospitalisé dans l'ES au moment de l'audit, ou car le patient a été transféré avec son dossier sera remplacé par un dossier de la liste de réserve.

2. Identification du patient (Critère 2)

Le critère est satisfait :

- lorsque le numéro d'identification permanent du patient (IPP) est retrouvé sur chaque document du dossier patient (TDP 15) ;

OU

- lorsque le nom de famille (TDP 16.1), le prénom (TDP 16.2), la date de naissance (TDP 16.3) ET le sexe du patient (TDP 16.4) sont retrouvés chaque document du dossier patient ;

ET

- lorsque le séjour analysé ne comporte pas d'éléments d'un séjour d'un autre patient (TDP 17).

Le critère n'est pas satisfait lorsqu'il manque le numéro d'IPP ou un des 4 autre(s) élément(s) relatif(s) à l'identification du patient OU lorsque le séjour analysé comporte un (des) élément(s) d'un séjour d'un autre patient.

Les documents à analyser dans le dossier du dossier patient sont les suivants : observations médicales, compte rendu opératoire et/ou d'accouchement, prescriptions médicamenteuses, prescription autres que médicamenteuses, résultats d'examens complémentaires, courriers (reçus / rédigés) générés automatiquement par le système d'information / scannés, courrier de fin d'hospitalisation, dossier de soins, dossier anesthésique, dossier transfusionnel.

3. Présence d'un document médical relatif à l'admission (Critère 3)

Le critère est satisfait si un document médical relatif à l'admission indiquant les motifs d'hospitalisation est retrouvé dans le dossier du patient (TDP 1).

4. Examen médical d'entrée renseigné (Critère 4)

Le critère est satisfait si l'examen médical d'entrée comporte les quatre éléments suivants :

- (1). les motifs d'hospitalisation (TDP 3.1),
- (2). les antécédents et facteurs de risque (TDP 3.2),
- (3). le traitement habituel (TDP 3.3),
- (4). les conclusions de l'examen clinique initial (TDP 3.4).

5. Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (si applicable) (Critère 5)

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

- (1). le nom et le prénom du patient (TDP 5.1),
- (2). la date de prescription (TDP 5.2),
- (3). la signature du prescripteur (TDP 5.3),
- (4). le nom du prescripteur (TDP 5.4),
- (5). la dénomination des médicaments (TDP 5.5),
- (6). la posologie (TDP 5.6),
- (7). la voie d'administration (TDP 5.7).

Pour simplifier le travail d'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).

Le critère est non satisfait s'il manque au moins un élément exigé sur une prescription médicamenteuse.

6. Qualité de l'administration médicamenteuse pendant l'hospitalisation (Critère 6)

Le critère est satisfait lorsque chaque administration médicamenteuse établie pendant l'hospitalisation comporte :

▪ **Cas des prescriptions administrées en totalité (6 éléments) :**

- (1). un support commun à la prescription correspondante (TDP 19.1),
- (2). la date d'administration (TDP 19.2),
- (3). l'heure d'administration (TDP 19.3),
- (4). la dose administrée (TDP 19.4),
- (5). le nom et le prénom de l'infirmier(e) (TDP 19.5),
- (6). la trace de la prescription correspondant à chaque administration (TDP 19 bis).

▪ **Cas des prescriptions administrées partiellement (7 éléments) :**

- (1). un support commun à la prescription correspondante (TDP 19.1),
- (2). la date d'administration (TDP 19.2),
- (3). l'heure d'administration (TDP 19.3),
- (4). la dose administrée (TDP 19.4),
- (5). le nom et le prénom de l'infirmière (TDP 19.5),
- (6). la trace de la justification en cas de non administration de médicaments (TDP 19.6),
- (7). la trace de la prescription correspondant à chaque administration (TDP 19 bis).

▪ **Cas des prescriptions jamais administrées (2 éléments) :**

- (1). la trace de la justification pour les non administrations de médicaments (TDP 19.6),
- (2). la trace de la prescription correspondant à chaque administration (TDP 19 bis).

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

Le critère est non satisfait :

- si aucune prescription n'est retrouvée pendant l'hospitalisation alors que la trace de l'administration des médicaments a été retrouvée (Non à TDP 4) ;
- si certaines prescriptions ne sont pas retrouvées pendant l'hospitalisation alors que la trace de l'administration des médicaments a été retrouvée (Non à TDP 4) ;
- ou s'il manque au moins un élément exigé sur une prescription médicamenteuse administrée (en totalité, partiellement) ou jamais administrée.

7. Présence du courrier de fin d'hospitalisation ou du compte rendu d'hospitalisation (CRH) (Critère 7)

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) est retrouvé (oui à la DPA 17).

Seule la présence du courrier de fin d'hospitalisation ou du compte rendu d'hospitalisation est recherchée.

8. Rédaction d'un traitement de sortie (si applicable) (Critère 8)

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

- (1). le nom et le prénom du patient (TDP 13.1),
- (2). la date de prescription (TDP 13.2),
- (3). le nom du médecin (TDP 13.3),
- (4). la dénomination des médicaments (TDP 13.4),
- (5). la posologie (TDP 13.5),
- (6). la voie d'administration (TDP 13.6),
- (7). la durée du traitement (TDP 13.7).

9. Mention de l'identité de la personne de confiance (si applicable) (Critère 9)

Le critère est satisfait si la mention de l'identité de la personne de confiance est tracée dans le séjour analysé (TDP 20).

On définit par identité :

- la trace du nom et du prénom de la personne de confiance

ET

- soit de son numéro de téléphone
- soit de son adresse

Les informations sur la personne de confiance peuvent être recherchées dans le dossier du patient ou dans un questionnaire spécifique.

Remarque : ce critère est non applicable pour les mineurs et les majeurs sous tutelle.

10. Mention de l'identité de la personne à prévenir (Critère 10)

Le critère est satisfait si la mention de l'identité de la personne à prévenir est tracée dans le séjour analysé (TDP 21).

Cette information peut se retrouver dans l'ensemble du séjour concerné.

Eléments dépendants de la prise en charge

11. Présence d'un (ou des) CRO(s) et/ou d'un compte rendu d'accouchement (CRA) (si applicables) (Critère 11)

Le critère est satisfait si :

- si un (ou des) compte(s) rendu(s) opératoire(s) est (sont) retrouvé(s) pour chaque intervention entraînant un passage au bloc opératoire ou en salle d'intervention pour la chirurgie obstétricale, ainsi que pour les endoscopies et les actes invasifs (techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale). (TDP 6).

ET

- si un compte rendu d'accouchement est retrouvé quel que soit le mode d'accouchement (par voie basse ou césarienne). Ce compte rendu doit renseigner à minima sur l'identité du nouveau-né, son sexe, son poids, sa taille et son Apgar (TDP 7).

12. Présence du dossier anesthésique (si applicable) (Critère 12)

Le critère est satisfait si le dossier anesthésique est retrouvé (oui à TDP 8).

Le dossier anesthésique comporte les trois éléments suivants :

(1). le document traçant la phase pré-anesthésique :

- en cas d'intervention programmée, la trace de la consultation pré-anesthésique et de la visite pré-anesthésique (VPA) ;
- en cas d'intervention non programmée, la trace de la CPA seule ;
- en cas d'urgence vitale, le contenu de la VPA peut se résumer à la seule mention de la nature de l'intervention (ex : rupture de rate, laparotomie).

(2). la fiche per-opératoire,

(3). la fiche de suivi en salle de surveillance post-interventionnelle sauf :

- si le patient est décédé au bloc ou transféré dans une unité de soins intensifs ou de réanimation ;
- ou en cas d'accouchement par voie basse avec péridurale en salle de travail.

Seule la présence du dossier anesthésique est vérifiée.

13. Dossier transfusionnel renseigné (si applicable) (Critère 13)

Le critère est satisfait si le dossier transfusionnel comporte les éléments suivants :

(1). la fiche transfusionnelle (TDP 11.1a),

(2). les documents de groupage sanguin (TDP 11.2a),

(3). la fiche de distribution nominative (attribution / confirmation) (TDP 11.3a),

(4). la prescription du produit sanguin labile signée par le médecin (TDP 11.4a),

(5). Doivent également figurer dans le dossier transfusionnel :

(5.a) le résultat de la Recherche d'Agglutinines Irrégulières (RAI), en cas de transfusion de globules rouges (TDP 11.1b),

(5.b) la Fiche d'Effet Indésirable (FEI), en cas d'effet indésirable (TDP 11.2b).

L'ensemble de ces éléments doit être retrouvé dans le dossier transfusionnel, la RAI et la FEI n'étant recherchées que dans les cas de transfusion de globules rouges et d'effet indésirable.

Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins « Document de sortie » (DOC) en MCO

Définition	Cet indicateur, présenté sous forme de taux, évalue la qualité du document de sortie produit le jour de la sortie du patient.
Justification	<p>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.</p> <p>A la fin de chaque séjour hospitalier, une copie des informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins est remise directement au patient au moment de sa sortie (article R 1112-1 du CSP)¹.</p> <p>Cet indicateur correspond à un premier renforcement des exigences de l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » (DEC), avec un délai ramené à zéro jour après la sortie d'hospitalisation, en vue de son évolution ultérieure en un indicateur qui prendra en compte la remise au patient le jour de sa sortie (« Qualité du document de sortie »).</p>
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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de séjours pour lesquels le document de sortie est produit le jour de la sortie, <u>ET</u> ▪ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours hors séances d'au moins un jour.
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 ; ▪ Séjours de patients décédés ; ▪ Séjours de patients mutés.

¹ Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, reprise et complétée dans la loi du 22 Avril 2005.

Mode d'évaluation des niveaux de l'indicateur DOC	<p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire.</p> <p>L'indicateur évalue la proportion de séjours pour lesquels le document produit au moment de la sortie (délai d'envoi égal à 0 jour), comprend les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins.</p> <p>Les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins à retrouver dans le document de sortie sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">(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) ;(4). et une trace écrite d'un traitement de sortie (au minimum, dénomination des médicaments). <p>La détermination d'un délai d'envoi² est possible si le document de sortie est retrouvé et daté.</p> <p>Si le document de sortie n'est pas retrouvé ou s'il n'est pas daté, le critère est considéré comme non conforme.</p> <p>Les délais négatifs sont ramenés à 0.</p>
--	---

² Le délai d'envoi est estimé grâce à la différence entre la date inscrite sur le document de sortie et la date de sortie de l'établissement.

Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » (TRD) en MCO

Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la traçabilité de l'évaluation de la douleur avec une échelle dans le dossier du patient.
Justification	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Depuis 2008, le recueil de l'indicateur TRD est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité MCO dans le cadre de la procédure de certification V2010 (chapitre 2, référence 12, critère 12.a)³. Depuis 2009, le recueil de l'indicateur TRD est obligatoire pour les établissements ayant une activité SSR dans le cadre de la procédure de certification (V2010 puis V2014) ; et depuis 2010, pour les établissements ayant une activité HAD.</p> <p>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 les secteurs SSR et HAD.</p>
Diffusion publique	<p>Indicateur diffusé publiquement avec un objectif de performance à atteindre fixé à 80 %, soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées.</p> <p>Diffusion publique des résultats par établissement sur www.scopesante.fr</p>
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements.</p> <p>Pas d'ajustement sur le risque.</p>
Numérateur	<p>Nombre de séjours pour lesquels il existe :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ au moins <u>un résultat</u> de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du <u>patient non algique</u> ; <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ au moins <u>deux résultats</u> de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du <u>patient algique</u>.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Echantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 80 séjours.
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours hors séances d'au moins un jour.
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.
Mode d'évaluation de l'indicateur TRD	<p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire.</p> <p>L'évaluation de la douleur est recherchée dans tous les éléments du dossier du patient relevant du séjour analysé.</p> <p>Chaque mesure de la douleur doit être réalisée avec une échelle.</p> <p>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.</p>

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/>
Campagne 2016 – Données 2015
HAS/DAQSS/SIPAQSS/7/12/2015

Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins Dépistage des troubles nutritionnels (DTN) en MCO

Définition	Cet indicateur évalue le dépistage des troubles nutritionnels au cours des 2 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	<p>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'IMC¹.</p> <p>Depuis 2008, le recueil de l'indicateur DTN est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité MCO dans le cadre de la procédure de certification V2010².</p> <p>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 concepteurs³.</p>
Diffusion publique	<p>Indicateur diffusé publiquement avec un objectif de performance à atteindre fixé à 80 %, soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées.</p> <p>Diffusion publique des résultats par établissement sur www.scopesante.fr</p>
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements</p> <p>Pas d'ajustement sur le risque.</p>
Numérateur	<p>Nombre de séjours de patients adultes pour lesquels au cours des 2 premiers jours du séjour :</p> <p>Niveau 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une mesure du poids a été effectuée et notée dans le dossier ; <p>Niveau 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une mesure du poids ET un calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) ont été effectués et notés dans le dossier ; <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une mesure du poids ET une évolution du poids avant l'admission ont été effectuées et notées dans le dossier. <p>Niveau 3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une mesure du poids ET un calcul de l'IMC ET une évolution du poids avant l'admission ont été effectués et notés dans le dossier.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Echantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 80 séjours.
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours hors séances d'au moins un jour.
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 de 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 ; ▪ Séjours de patients âgés de moins de 18 ans ; ▪ Séjours de patients hospitalisés moins de 2 jours ; ▪ Séjours de patients pris en charge au cours des 2 premiers jours du séjour en réanimation, soins intensifs, surveillance continue, maternité, zone de

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/>

	surveillance de très courte durée, ou en soins palliatifs.
Mode d'évaluation de l'indicateur DTN	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 a été effectuée et notée dans le dossier.
	Le niveau 2 est satisfait si une mesure du poids et un calcul de l'IMC OU une mesure du poids et une évolution du poids avant l'admission ont été effectués et notés dans le dossier.
	Le niveau 3 est satisfait si une mesure du poids ET un calcul de l'IMC ET une évolution du poids avant l'admission ont été effectués et notés dans le dossier. La notification du poids, de l'évolution du poids avant l'admission et de l'IMC à l'entrée est recherchée dans les supports suivants : examen médical d'entrée, dossier de soins, compte rendu de consultation ou dossier d'anesthésie.

Algorithmes de calcul de l'indicateur DTN en MCO

Variable	Algorithme	
Dépistage des troubles nutritionnels en MCO		
Niveau 1 : Poids noté dans le dossier au cours des deux premiers jours du séjour		
Pourcentage de dossiers = $\sum_{i=1}^{80} [\text{num IND DTN1}] / \sum_{i=1}^{80} [\text{den IND DTN1}]$	Dossier i : [num IND DTN1]	Si [DTN 1.1] = "Oui" 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 FinSi
Niveau 2 : (Poids ET IMC) OU (poids Et variation du poids avant l'admission) notés dans le dossier au cours des deux premiers jours du séjour		
Pourcentage de dossiers = $\sum_{i=1}^{80} [\text{num IND DTN2}] / \sum_{i=1}^{80} [\text{den IND DTN2}]$	Dossier i : [num IND DTN2]	Si ([DTN 1.1]="Oui" Et [DTN 1.2]="Oui") Ou ([DTN 1.1]="Oui" Et [DTN 1.3]="Oui") Alors [num IND DTN2] = 1 Sinon [num IND DTN2] = 0 FinSi
	Dossier i : [den IND DTN2]	Si ([DTN 1.1]="Oui" Ou [DTN 1.1]="Non") Et ([DTN 1.2]="Oui" Ou [DTN 1.2]="Non") Et ([DTN 1.3]="Oui" Ou [DTN 1.3]="Non") Alors [den IND DTN2] = 1 FinSi
Niveau 3 : (Poids ET IMC ET variation du poids avant l'admission) notés dans le dossier au cours des deux premiers jours du séjour		
Pourcentage de dossiers = $\sum_{i=1}^{80} [\text{num IND DTN3}] / \sum_{i=1}^{80} [\text{den IND DTN3}]$	Dossier i : [num IND DTN3]	Si ([DTN 1.1]="Oui" Et [DTN 1.2]="Oui" Et [DTN 1.3]="Oui") Alors [num IND DTN3] = 1 Sinon [num IND DTN3] = 2 FinSi
	Dossier i : [den IND DTN3]	Si ([DTN 1.1]="Oui" Ou [DTN 1.1]="Non") Et ([DTN 1.2]="Oui" Ou [DTN 1.2]="Non") Et ([DTN 1.3]="Oui" Ou [DTN 1.3]="Non") Alors [den IND DTN3] = 1 FinSi