

	Fiche descriptive de l'indicateur : Tenue du dossier patient (TDP)
Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un score de qualité, évalue la tenue du dossier des patients hospitalisés. Pour chaque dossier tiré au sort, un score de qualité, compris entre 0 et 1, est calculé à partir de 10 critères, au maximum. La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score est proche de 1.
Numérateur	Pour chaque dossier, le nombre de critères satisfaits est calculé à partir des dix critères suivants, dès lors qu'ils sont applicables : Eléments communs à tous les dossiers : 1. Présence d'un document médical relatif à l'admission 2. Examen médical d'entrée renseigné 3. Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (<i>si applicable</i>) 4. Courrier de fin d'hospitalisation ou compte rendu d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval 5. Rédaction d'un traitement de sortie (<i>si applicable</i>) 6. Dossier organisé et classé Eléments dépendants de la prise en charge : 7. Présence d'un (ou des) compte(s) rendu(s) opératoire(s) (<i>si applicable</i>) 8. Présence d'un compte rendu d'accouchement (<i>si applicable</i>) 9. Dossier anesthésique renseigné (<i>si applicable</i>) 10. Dossier transfusionnel renseigné (<i>si applicable</i>)
Dénominateur	Nombre de critères qualité applicables pour chaque dossier.
Echantillon	Pour chaque établissement, le score de qualité, correspondant à la moyenne des scores de qualité, est calculé sur un échantillon aléatoire de 80 dossiers.
Critère d'inclusion	Séjours stratifiés selon l'activité MCO.
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
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Indicateur composite. Ajustement sur le risque : non.

Importance du thème	La bonne tenue du dossier du patient est un élément essentiel de la continuité, la sécurité et l'efficacité des soins. Elle est un reflet de la qualité de la pratique professionnelle et permet d'assurer la coordination des différents professionnels auprès du patient. Le contenu du dossier médical est défini réglementairement dans le code de santé publique (article R1112-1)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. La HAS a fait une priorité de l'amélioration de cet outil et les résultats de la certification montrent qu'il existe encore une marge d'amélioration. 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 ¹².
----------------------------	--

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/>

MODE D'EVALUATION DES CRITERES

L'évaluation des dossiers est réalisée au moyen d'une grille d'analyse comprenant 10 critères.

Si un critère n'est pas applicable, il est retiré à la fois du numérateur et du dénominateur.

Chaque réponse valide est comptabilisée par 1 point. 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. Présence d'un document médical relatif à l'admission

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

2. Examen médical d'entrée renseigné

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

- (1). les motifs d'hospitalisation,
- (2). les antécédents et facteurs de risque,
- (3). le traitement habituel (cet élément est ajouté pour la campagne 2009. Il n'est pas, pour cette année, pris en compte dans la conformité),
- (4). les conclusions de l'examen clinique initial.

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

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,
- (2). la date de prescription,
- (3). la signature du prescripteur,
- (4). le nom du prescripteur,
- (5). la dénomination des médicaments,
- (6). la posologie,
- (7). la voie d'administration (cet élément est ajouté pour la campagne 2009. Il n'est pas, pour cette année, pris en compte dans la conformité).

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).

4. 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 quatre éléments suivants :

- (1). l'identité du médecin destinataire (nom et adresse) ou du service en cas de mutation,
- (2). une référence aux dates de séjour (date d'entrée et date de sortie),
- (3). une synthèse du séjour (contenu médical sur la prise en charge du patient),
- (4). une trace écrite d'un traitement de sortie.

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

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

- (1). le nom et le prénom du patient,
- (2). la date de prescription,
- (3). le nom du médecin,
- (4). la dénomination des médicaments,
- (5). la posologie,
- (6). la voie d'administration (cet élément est ajouté pour la campagne 2009. Il n'est pas, pour cette année, pris en compte dans la conformité),
- (7). la durée du traitement.

6. Dossier organisé et classé

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

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

Eléments dépendants de la prise en charge

7. Présence d'un (ou des) compte(s) rendu(s) opératoire(s) (si applicable)

Le critère est satisfait si un (ou des) compte(s) rendu(s) opératoire(s) est (sont) retrouvé(s) pour chaque intervention entraînant un passage au bloc opératoire et/ou obstétrical, ainsi que les endoscopies et les actes invasifs.

8. Présence d'un compte rendu d'accouchement (si applicable)

Le critère est satisfait 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.

9. Dossier anesthésique renseigné (si applicable)

Le critère est satisfait si 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 VPA 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.

Les éléments relatifs à chacune des phases d'anesthésie doivent être retrouvés dans le dossier anesthésique. Seule la présence de ces trois éléments est vérifiée. Leur contenu est évalué dans le cadre de l'indicateur spécifique à la «Tenue du dossier anesthésique».

10. Dossier transfusionnel renseigné (si applicable)

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

- (1). la fiche transfusionnelle,
- (2). les documents de groupage sanguin,
- (3). la fiche de distribution nominative (attribution / distribution),
- (4). la prescription du produit sanguin labile signée par le médecin,
- (5). Doivent également figurer dans le dossier transfusionnel :
 - (5.a) les résultats de la Recherche d'Agglutinines Irrégulières (RAI), en cas de transfusion de globules rouges,
 - (5.b) la Fiche d'Effet Indésirable (FEI), en cas d'effet indésirable.

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'incident transfusionnel.