

Fiche descriptive de l'indicateur : Tenue du dossier patient (TDP)	
Définition	<p>Cet indicateur, présenté sous la forme d'un score de qualité, évalue la tenue du dossier des patients hospitalisés.</p> <p>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.</p>
Numérateur	<p>Pour chaque dossier, le nombre de critères satisfaits est calculé à partir des dix critères suivants, dès lors qu'ils sont applicables :</p> <p>Eléments communs à tous les dossiers patient :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Présence du document médical relatif à l'admission (<i>si applicable</i>) 2. Examen médical d'entrée noté 3. Trace écrite des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (<i>si applicable</i>) 4. Présence d'un courrier de fin d'hospitalisation ou d'un compte rendu d'hospitalisation 5. Trace écrite d'un traitement de sortie (<i>si applicable</i>) 6. Dossier organisé et classé <p>Eléments dépendants de la prise en charge :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. Présence d'un dossier anesthésique (<i>si applicable</i>) 10. Présence d'un dossier transfusionnel (<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	<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.
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus.</p> <p>Indicateur composite.</p> <p>Ajustement sur le risque : non.</p>

Importance du thème	<p>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.</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>La HAS a fait une priorité de l'amélioration de cet outil et les résultats de la certification montrent la marge d'amélioration importante restant à faire.</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 concepteurs¹².</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/>

MODE D'ÉVALUATION DES CRITÈRES

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.

Éléments communs à tous les dossiers patient

1. Présence du document médical relatif à l'admission (*si applicable*)

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 noté

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

- (1). les motifs d'hospitalisation,
- (2). les antécédents et facteurs de risque,
- (3). les conclusions de l'examen clinique initial (hypothèses diagnostiques).

3. Trace écrite des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (*si applicable*)

Le critère est satisfait si chaque prescription médicamenteuse établie pendant l'hospitalisation comporte les six 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 (dosage unitaire et rythme d'administration des médicaments).

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 pendant 4 jours à partir de la date de la première prescription).

4. Présence d'un courrier de fin d'hospitalisation ou d'un compte rendu d'hospitalisation

Le critère est satisfait si le courrier de fin d'hospitalisation (ou le compte rendu d'hospitalisation) retrace les quatre éléments suivants :

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

5. Trace écrite d'un traitement de sortie (*si applicable*)

Le critère est satisfait si le traitement de sortie comporte les six 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 (dosage unitaire et rythme d'administration des médicaments),
- (6). la durée du traitement.

6. 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 conformément à ces procédures ; par exemple, en différentes rubriques (courriers, examens biologiques, dossier de soins, prescriptions) ou par ordre chronologique.

Éléments 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 toutes les interventions 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 pour tout accouchement (par voie basse ou césarienne).

9. Présence d'un dossier anesthésique (*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.

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. Présence d'un dossier transfusionnel (*si applicable*)

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

- (1). la fiche transfusionnelle,
- (2). la carte de groupe sanguin (ou sa copie),
- (3). la fiche de distribution nominative (attribution / distribution),
- (4). la prescription du produit sanguin 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'Evènement Indésirable (FEI), en cas d'incident transfusionnel.

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.