

Fiche descriptive de l'indicateur : Tenue du dossier patient (TDP) en HAD	
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.</p> <p>L'indicateur est calculé à partir de 12 critères au maximum :</p> <p>Eléments communs à tous les dossiers de prise en charge en HAD:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Document médical justifiant l'admission en HAD (Critère 1) 2. Eléments relatifs à la pré-admission renseignés (Critère 2) 3. Accord du médecin traitant pour la prise en charge du patient en HAD (Critère 3) <i>(si applicable)</i> 4. Accord du patient ou de son entourage pour sa prise en charge en HAD (Critère 4) 5. Protocole de soins renseigné et daté (Critère 5) 6. Trace des prescriptions médicamenteuses nécessaires au démarrage de la prise en charge (Critère 6) 7. Trace d'une organisation du traitement médicamenteux à l'admission (Critère 7) <i>(si applicable)</i> 8. Evaluation de la dépendance par une échelle détaillée (Critère 8) 9. Trace d'une réunion de synthèse pluri-professionnelle au cours du séjour (Critère 9) 10. Trace de la transmission des informations assurant la continuité des soins à la sortie <i>(si applicable)</i>(Critère 10) 11. Courrier de fin d'hospitalisation ou compte-rendu d'hospitalisation comportant les éléments nécessaires à la coordination en aval (Critère 11) 12. Dossier organisé et classé (Critère 12)
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 60 dossiers.
Critère d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours d'au moins 8 jours non précédés par un autre séjour dans le mois précédent, ni suivi par un autre séjour dans le mois qui suit.
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours inférieurs ou égal à 7 jours ; ▪ Séjours des patients ayant moins de 18 ans au moment du séjour ; ▪ Séjours précédés et/ou suivis par un autre séjour sur une période d'un mois ; ▪ Séjours avec un GHPC erreur.
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus.</p> <p>Score composite.</p> <p>Ajustement sur le risque : non.</p>

Importance du thème	<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>Le recueil de l'indicateur TDP est obligatoire depuis 2008 pour les établissements de santé ayant une activité MCO, et depuis 2009 pour les établissements ayant une activité SSR dans le cadre de la procédure de certification V2010 (chapitre 2, référence 14, critère 14.a)¹². Depuis 2010, le recueil de l'indicateur TDP concerne également les établissements ayant une activité HAD dans le cadre de la procédure de certification V2010.</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 développeurs¹³. Il est adapté à la prise en charge en HAD.</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 Bami 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, révisé avril 2011.

¹³ <http://www.compaqh.fr>

MODE D'ÉVALUATION DES CRITÈRES

L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire comprenant les 12 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 :

Éléments communs à tous les dossiers de prise en charge en HAD

1. Document médical justifiant l'admission en HAD (Critère 1)

Le critère est satisfait si le document médical justifiant l'admission en HAD est retrouvé.

Il peut s'agir d'un document à en-tête d'un médecin ou d'un établissement de santé : courrier, demande d'admission, ou du courrier de sortie de l'hospitalisation précédente en cas de transfert/mutation en HAD.

La retranscription d'une demande téléphonique dans le dossier n'est pas à prendre en compte.

2. Éléments relatifs à la pré-admission renseignés (Critère 2)

Le critère est satisfait si les documents de pré-admission comportent les cinq éléments suivants :

- (1). les antécédents,
- (2). la pathologie à l'origine de la prise en charge,
- (3). le motif de la prise en charge,
- (4). une évaluation de la dépendance
 - réalisation à l'aide d'une échelle : type AVQ, AGGIR, Virginia Henderson, etc... ;
 - OU utilisation d'un questionnaire propre à l'établissement complété.
- (5). une évaluation sociale formalisée : facilement identifiable, spécifiée sous forme de rubrique, feuille à part, tête de chapitre... (*si applicable*)

3. Accord du médecin traitant pour la prise en charge du patient en HAD (Critère 3) (*si applicable*)

Le critère est satisfait si l'accord du médecin traitant pour la prise en charge du patient est retrouvé dans le dossier. Il peut s'agir de la retranscription d'un entretien téléphonique, d'un accord écrit, etc...

Le critère est non applicable pour les patientes suivies en obstétrique ainsi que pour les patients dont la demande d'HAD a été faite par le médecin traitant.

4. Accord du patient ou de son entourage pour sa prise en charge en HAD (Critère 4)

Le critère est satisfait s'il est notifié dans le dossier que le patient (ou son entourage) accepte ou non sa prise en charge en HAD ; ou s'il est notifié dans le dossier que le patient n'est pas en état de recevoir d'informations et qu'il n'a pas d'entourage.

5. Protocole de soins renseigné et daté (Critère 5)

Le critère est satisfait si le protocole de soins satisfait aux quatre éléments suivants :

- (1). **Protocole de soins daté au plus tard dans les 7 jours suivant l'admission** : entre la pré-admission et les 7 jours suivant l'admission ;
- (2). **Identification des intervenants (HAD ou libéral) qui interviendront au domicile du patient (*au moins un intervenant*)** : IDE, kiné, cabinet libéral, etc... ;
- (3). **Pour chaque intervenant identifié (HAD ou libéral), il est précisé :**
 - (3a) **le(s) type(s) d'intervention(s)** : type de soins qui sera fourni par le professionnel (pansements escarre, nursing, rééducation kiné, bilan psychologique, etc...) ;
 - (3b) **la fréquence/rythme** (ex : 3 fois/semaine, tous les jours, etc.), et/ou **le nombre d'interventions** (2 séances, passage hebdomadaire, etc.).

6. Trace des prescriptions médicamenteuses nécessaires au démarrage de la prise en charge (Critère 6)

Le critère est satisfait

- si les prescriptions médicamenteuses ou l'ordonnance nécessaires au démarrage de la prise en charge sont retrouvées et datées au plus tard dans les 48 heures suivant l'admission. Elles peuvent être

antérieures à l'admission.

- OU s'il est noté dans le dossier que le patient n'a pas de traitement à l'admission ;

Une retranscription du traitement habituel dans le dossier n'est pas à prendre en compte pour répondre à la présence des prescriptions médicamenteuses.

7. Trace d'une organisation du traitement médicamenteux à l'admission (Critère 7) (si applicable)

Le critère est satisfait si l'organisation du traitement médicamenteux à l'admission contient les deux éléments suivants :

- (1). Nom/fonction ou entité du responsable de la préparation des médicaments ;
- (2). Nom/fonction ou entité du responsable de l'administration des médicaments.

Ces informations sont à rechercher sur des documents datés entre la pré-admission jusqu'aux 7 jours suivant l'admission. Elles peuvent être retrouvées sur les documents de pré-admission.

Ce critère est non applicable quand il est écrit que le patient n'a pas de traitement médicamenteux à l'admission.

8. Evaluation de la dépendance par une échelle détaillée (Critère 8)

Le critère est satisfait :

- si l'évaluation de la dépendance est réalisée à l'aide d'une échelle détaillée (type AVQ, AGGIR, Virginia Henderson, etc.) ;

ET

- si le détail de cette évaluation apparaît.

Le score seul n'est pas à prendre en compte.

9. Trace d'une réunion de synthèse pluri-professionnelle au cours du séjour (Critère 9)

Le critère est satisfait si la trace d'une réunion de synthèse pluri-professionnelle est retrouvée dans le dossier du patient au moins une fois au cours du séjour : réunion pluri-professionnelle, réunion de synthèse, staff, etc....

10. Trace de la transmission des informations assurant la continuité des soins à la sortie (Critère 10) (si applicable)

Le critère est satisfait uniquement si on retrouve une trace des informations assurant la continuité des soins à la sortie (*cas de mutation ou de transfert*) :

- copie de la fiche de liaison IDE remplie ;
- indication dans le dossier de la transmission des informations nécessaires à la continuité des soins à l'unité d'aval (exemple : « patient transféré aux urgences, informations communiquées », etc.).

Ce critère s'applique uniquement aux patients transférés ou mutés à la fin du séjour.

11. Courrier de fin d'hospitalisation ou compte-rendu d'hospitalisation comportant les éléments nécessaires à la coordination en aval (Critère 11)

Le critère est satisfait si le courrier de fin d'hospitalisation (ou le compte-rendu d'hospitalisation) retrace les trois éléments 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 de séjour (date d'entrée et date de sortie) ;
- (3). une synthèse du séjour (contenu médical sur la prise en charge du patient).

En cas de mutation (sortie du patient vers une autre unité médicale de la même entité juridique ou du même établissement), une trace justifiant médicalement cette mutation est acceptée.

12. Dossier organisé et classé (Critère 12)

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

- il existe des procédures relatives à l'organisation du dossier dans l'établissement et/ou les services,
- 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 : Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC) en HAD	
Définition	Cet indicateur évalue la qualité et le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation. Il est composé de deux niveaux donnant lieu au calcul de deux mesures distinctes, présentées sous la forme d'un taux.
Numérateur	<p>Nombre de séjours pour lesquels le courrier de fin d'hospitalisation est envoyé dans un délai inférieur ou égal à huit jours,</p> <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dont le contenu comprend les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Echantillon	Chaque niveau de l'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 60 séjours.
Critère d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours d'au moins 8 jours non précédés par un autre séjour dans le mois précédent, ni suivi par un autre séjour dans le mois qui suit.
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours inférieurs ou égal à 7 jours ; ▪ Séjours des patients ayant moins de 18 ans au moment du séjour ; ▪ Séjours précédés et/ou suivis par un autre séjour sur une période d'un mois ; ▪ Séjours avec un GHPC erreur ; ▪ Séjours de patients décédés ; ▪ Séjours de patients mutés.
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus.</p> <p>Ajustement sur le risque : non.</p>

Importance du thème	<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>L'envoi du courrier de fin d'hospitalisation doit être effectué réglementairement dans un délai de 8 jours (article R 1112-1 du CSP)¹⁴.</p> <p>Le recueil de l'indicateur DEC est obligatoire depuis 2008 pour les établissements de santé ayant une activité MCO, et depuis 2009 pour les établissements de santé ayant une activité SSR dans le cadre de la procédure de certification V2010 (chapitre 2, référence 24, critère 24.a)¹⁵. Depuis 2010, le recueil de l'indicateur DEC concerne également les établissements ayant une activité HAD dans le cadre de la procédure de certification V2010.</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 développeurs¹⁶. Sa construction est similaire à celui généralisé dans les secteurs MCO et SSR.</p>
----------------------------	---

¹⁴ Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, reprise et complétée dans la loi du 22 Avril 2005.

¹⁵ Manuel de certification des établissements de santé, V2010, révisé avril 2011.

¹⁶ <http://www.compaqh.fr>

MODE D'ÉVALUATION DES NIVEAUX

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).

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.

Fiche descriptive de l'indicateur : Suivi du poids(DTN) en HAD	
Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux de conformité, évalue le suivi du poids à partir de la pré-admission chez le patient adulte.
Numérateur	<p>Nombre de séjours de patients adultes pour lesquels sont retrouvés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ une notification du poids, au plus tard dans les 7 jours suivant l'admission, accompagné d'une autre mesure du poids dans les 15 jours suivant la 1ère mesure ; <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ la mention de la recherche de la variation du poids avant l'hospitalisation notée au plus tard dans les 7 jours suivants l'admission.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Echantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 60 séjours.
Critère d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours d'au moins 8 jours non précédés par un autre séjour dans le mois précédent, ni suivis par un autre séjour dans le mois qui suit.
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours inférieurs ou égal à 7 jours ; ▪ Séjours des patients ayant moins de 18 ans au moment du séjour ; ▪ Séjours précédés et/ou suivi par un autre séjour sur une période d'un mois ; ▪ Séjours avec un GHPC erreur ; ▪ Séjours de patientes prises en charge en obstétrique (<i>surveillance de grossesse à risque, retour précoce à domicile, post-partum pathologique</i>) ; ▪ Séjours de patients pris en charge en soins palliatifs au cours des 21 premiers jours du séjour.
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus.</p> <p>Ajustement sur le risque : non.</p>
Importance du thème	<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'IMC¹⁷.</p> <p>Le recueil de l'indicateur DTN est obligatoire depuis 2008 pour les établissements de santé ayant une activité MCO, et depuis 2009 pour les établissements de santé ayant une activité SSR, dans le cadre de la procédure de certification V2010 (chapitre 2, référence 19, critère 19.b)¹⁸. Depuis 2010, le recueil de l'indicateur DTN concerne également les établissements ayant une activité HAD dans le cadre de la procédure de certification V2010.</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 concepteurs¹⁹. Il a été adapté au secteur de l'HAD.</p>

¹⁷ 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.

¹⁸ Manuel de certification des établissements de santé, V2010, révisé avril 2011.

MODE D'ÉVALUATION DE L'INDICATEUR

L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire.

L'évaluation du suivi du poids à partir de la pré-admission chez le patient adulte est recherchée sur tous les supports datés dans la période entre la pré-admission et les 7 premiers jours suivant l'admission.

Le critère est conforme si :

- Une notification du poids dans la période entre la pré-admission et les 7 premiers jours suivant l'admission **ET** une autre mesure du poids dans les 15 jours suivant la 1^{ère} (*si applicable*) ;

OU

- la mention de la recherche de la variation du poids avant l'hospitalisation entre la pré-admission et les 7 premiers jours suivant l'admission

est retrouvée dans le dossier du patient adulte dans la période.

¹⁹ <http://www.compaqh.fr>

Fiche descriptive de l'indicateur : Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD) en HAD	
Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux de conformité, évalue la traçabilité dans le dossier du patient de l'évaluation de la douleur avec une échelle.
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 60 séjours.
Critère d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours d'au moins 8 jours non précédés par un autre séjour dans le mois précédent, ni suivi par un autre séjour dans le mois qui suit.
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours inférieurs ou égal à 7 jours ; ▪ Séjours de patients ayant moins de 18 ans au moment du séjour ; ▪ Séjours précédés et/ou suivi par un autre séjour sur une période d'un mois ; ▪ Séjours avec un GHPC erreur.
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus.</p> <p>Ajustement sur le risque : non.</p>
Importance du thème	<p>La prise en charge de la douleur est une priorité de santé publique (Plan douleur 2006-2010)²⁰. 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)²¹.</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>Le recueil de l'indicateur TRD est obligatoire depuis 2008 pour les établissements de santé ayant une activité MCO, et depuis 2009 pour les établissements de santé ayant une activité SSR, dans le cadre de la procédure de certification V2010 (chapitre 2, référence 12, critère 12.a)²². Depuis 2010, le recueil de l'indicateur TRD concerne également les établissements ayant une activité HAD dans le cadre de la procédure de certification V2010.</p>

²⁰ Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010, Ministère de la Santé

²¹ 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.

²² Manuel de certification des établissements de santé, V2010, révisé avril 2011.

	<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 développeurs²³. Il est identique à celui généralisé dans les secteurs MCO et SSR.</p>
--	---

MODE D'ÉVALUATION DE L'INDICATEUR

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. La deuxième mesure (ou « mesure de suivi »), réalisée avec une échelle, succède à la mesure diagnostique de la douleur chez le patient algique.

Fiche descriptive de l'indicateur : Evaluation du risque d'escarre (TRE) en HAD	
Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux de conformité, évalue la traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre entre la pré-admission et au plus tard les 7 jours suivant l'admission chez le patient adulte.
Numérateur	<p>Nombre de séjours de patients adultes pour lesquels on retrouve notés dans le dossier du patient dans la période entre la pré-admission et les 7 premiers jours suivant l'admission :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une évaluation du risque d'escarre : une échelle remplie OU un jugement clinique ; <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une conclusion vis-à-vis du risque d'escarre.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Echantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 60 séjours.
Critère d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours d'au moins 8 jours non précédés par un autre séjour dans le mois précédent, ni suivis par un autre séjour dans le mois qui suit.
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours inférieurs ou égal à 7 jours ; ▪ Séjours des patients ayant moins de 18 ans au moment du séjour ; ▪ Séjours précédés et/ou suivi par un autre séjour sur une période d'un mois ; ▪ Séjours avec un GHPC erreur ; ▪ Séjours de patients dont l'indice de Karnofsky est supérieur à 50 à l'admission (1ère semaine).
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus.</p> <p>Indicateur obligatoire pour les établissements HAD.</p> <p>Ajustement sur le risque : non.</p>
Importance du thème	<p>L'escarre, qui altère la qualité de vie, peut provoquer une gêne douloureuse accompagnée d'une souffrance morale et physique et une limitation des capacités fonctionnelles. Néanmoins, l'escarre est une pathologie que l'on peut prévenir dans une grande majorité des cas, avec des mesures de prévention simple. L'ANAES a publié en 1998 un premier guide d'évaluation des pratiques professionnelles sur le thème «Evaluation de la prévention des escarres»²⁴.</p> <p>La prévention est primordiale pour réduire l'incidence des escarres. La mise en place de mesures générales de prévention commence dès l'identification des facteurs de risque et concerne l'ensemble des professionnels en contact avec le patient. Celle-ci s'effectue au moyen du jugement clinique associé à l'utilisation d'une échelle validée d'identification des facteurs de risque.</p> <p>Le recueil de l'indicateur TRE est optionnel depuis 2009 pour les établissements de santé ayant une activité MCO, et ceux ayant une activité SSR, dans le cadre de la procédure de certification V2010 (chapitre 2, référence 14, critère 14.a). Depuis 2010, le recueil de l'indicateur TRE est obligatoire pour les établissements ayant une activité HAD dans le cadre de la procédure de certification V2010. La population concernée par l'indicateur est ciblée : patient dont l'indice de Karnofsky de la première semaine est inférieur ou égal à 50. Ce paramètre permet de rendre</p>

malades et à la qualité du système de santé et repris dans la loi n°2005-370 du 22 Avril 2005.

²⁴ Manuel de certification des établissements

	<p>obligatoire le recueil de l'indicateur.</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 développeurs²⁵.</p>
--	--

MODE D'ÉVALUATION DE L'INDICATEUR

L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire.

L'évaluation du risque d'escarre et sa conclusion sont recherchées dans le dossier du patient entre la pré-admission et les 7 jours suivant l'admission. L'évaluation s'effectue au moyen du jugement clinique ou d'une échelle d'évaluation du risque d'escarre.

ts de santé, V2010, révisé avril 2011.

25 <http://www.compaqh.fr>