



**EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES  
DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

**DOSSIER DU PATIENT :**

**REALISATION PRATIQUE DE L'AUDIT CLINIQUE**

**JUIN 2003**

**SERVICE ÉVALUATION DES PRATIQUES**

---

# SOMMAIRE

---

<b>L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE LA TENUE DU DOSSIER DU PATIENT</b> .....	<b>2</b>
<b>I. POURQUOI ÉVALUER LA TENUE DU DOSSIER DU PATIENT ?</b> .....	<b>3</b>
<b>II. LA MÉTHODE D'ÉVALUATION : L'AUDIT CLINIQUE</b> .....	<b>3</b>
II.1. Étape 1 - Le choix du thème et l'initialisation de l'étude.....	4
II.1.1. <i>Le coordonnateur du groupe de projet</i> .....	4
II.1.2. <i>Le groupe de projet</i> .....	4
II.1.3. <i>Les correspondants dans les services</i> .....	6
II.2. Étape 2 - Le choix des critères (ou constitution du référentiel).....	6
II.3. Étape 3 - Le choix du type d'étude et de la méthode de mesure .....	7
II.3.1. <i>La méthode de mesure</i> .....	7
II.3.2. <i>Nombre de dossiers</i> .....	7
II.3.3. <i>Sélection des dossiers</i> .....	7
II.4. Étape 4 - Le recueil des données et la mesure .....	8
II.5. Étape 5 - Le traitement des données et l'analyse des résultats .....	8
II.5.1. <i>Dépouillement de l'étude</i> .....	8
II.5.2. <i>Analyse des écarts et interprétation des résultats</i> .....	9
II.6. Étape 6 - Élaboration des recommandations et du suivi.....	10
<b>III. LE RÉFÉRENTIEL D'AUDIT</b> .....	<b>11</b>
III.1. La présentation des critères.....	11
III.2. Critères d'ordre général .....	11
III.2.1. <i>Critères évaluant le guide d'utilisation et de gestion du dossier du patient</i> .....	11
III.2.2. <i>Critères évaluant l'informatisation du dossier</i> .....	14
III.2.3. <i>Critères évaluant les règles d'accès aux informations par des tiers</i> .....	14
III.2.4. <i>Critères évaluant la facilité d'utilisation du dossier et la satisfaction des utilisateurs</i> .....	16
III.3. Critères propres à chaque dossier.....	17
III.3.1. <i>Critères évaluant la tenue globale du dossier</i> .....	17
III.3.2. <i>Critères évaluant les informations saisies à l'entrée du patient</i> .....	19
III.3.3. <i>Critères évaluant les informations recueillies durant le séjour du patient</i> .....	27
III.3.4. <i>Critères évaluant les informations enregistrées lors de la sortie du patient</i> .....	33
<b>LE PROTOCOLE D'ÉVALUATION</b> .....	<b>36</b>
Champ d'application.....	36
Type d'évaluation.....	36
Calendrier de travail .....	36
Utilisation de la grille de recueil des données .....	36
Sources d'information .....	37
Présentation des résultats.....	37
Recherche des causes des écarts et propositions d'un plan d'actions d'amélioration.....	37
Rapport d'évaluation.....	37
<b>GRILLE D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ</b> .....	<b>38</b>
<b>GUIDE DE REMPLISSAGE DE LA GRILLE</b> .....	<b>48</b>
<b>LES GRILLES DE DÉPOUILLEMENT DES RÉSULTATS</b> .....	<b>69</b>
<b>LES GRILLES D'ANALYSE DES ÉCARTS</b> .....	<b>79</b>
<b>LE PLAN DU RAPPORT D'AUDIT</b> .....	<b>92</b>



---

## L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE LA TENUE DU DOSSIER DU PATIENT

---

Le groupe d'experts réunis par l'Anaes a souhaité conserver la méthodologie d'évaluation de la tenue du dossier du patient publiée en juin 1994. Seul le référentiel a été adapté aux évolutions de la réglementation et des recommandations envisagées dans les chapitres précédents.

Outre le référentiel de l'Andem, d'autres grilles d'audit ont été analysées :

- La grille de l'établissement public de santé mentale Lille-Métropole.
- La grille de l'hôpital Esquirol.
- La grille proposée par la DHOS pour les établissements de soins de suite et de réadaptation.
- La grille d'évaluation de la qualité de la tenue du dossier de soins de l'AP-HM.
- La grille d'évaluation de la tenue et du contenu du dossier du patient élaborée par le groupe régional des médecins DIM des établissements adhérents au CCECQA - Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine ([www.ccecqa.asso.fr](http://www.ccecqa.asso.fr)). Cette grille et son guide sont présentés en annexe.
- La grille d'évaluation du dossier du patient unique réalisée en Aquitaine en juin 2001 par un groupe issu des présidents de CME de l'hospitalisation privée avec l'aide méthodologique des correspondants régionaux de l'Anaes (non publiée).

La méthode d'évaluation préconisée dans ce document est celle de l'audit clinique, utilisable pour l'évaluation des pratiques professionnelles médicales et paramédicales.



**Les critères formant le référentiel conviennent à tous les types d'établissements de santé mais ils peuvent être adaptés ou précisés, selon le cas, pour tenir compte du contexte local de mise en œuvre et de la variété des spécialités médicales.**

Le document de l'Andem en 1994 proposait une grille de critères destinée à évaluer le dossier médical et une grille différente destinée à évaluer le dossier de soins infirmiers. Dans le présent document une grille commune est proposée permettant d'évaluer le dossier du patient. Ceci est le choix du groupe d'experts à partir de deux constatations :

- Le dossier du patient est un document partagé par l'ensemble des professionnels de santé ayant en charge le patient.
- De nombreuses redondances existent entre les deux grilles de 1994.



**Les professionnels qui désirent évaluer une partie de leur dossier (par exemple le dossier de soins ou les dossiers de consultation) peuvent extraire du référentiel les critères qui sont pertinents à la réalisation d'un référentiel spécifique à leur besoin.**

## I. POURQUOI ÉVALUER LA TENUE DU DOSSIER DU PATIENT ?

La qualité des soins est appréciée classiquement suivant un certain nombre de caractéristiques : acceptabilité, accessibilité, caractère approprié, continuité, délivrance au bon moment, efficacité, efficience, sécurité.

Étroitement liée à la qualité des soins, la tenue du dossier influence certaines de ces caractéristiques et plus particulièrement la continuité, la sécurité et l'efficacité :

- continuité : la coordination entre les différents professionnels intervenant auprès du patient suppose le partage des informations dans un support accessible ;
- sécurité : la présence d'informations spécifiques facilement identifiables et accessibles permet la prévention des risques pour le patient ;
- efficacité : la prise de décision médicale est facilitée par la structuration du dossier et les informations qui y sont consignées.

Par ailleurs, la bonne tenue du dossier est un préalable indispensable pour disposer de données nécessaires à l'évaluation qualitative des soins dont l'amélioration doit être un objectif prioritaire.

Le manuel d'accréditation précise dans le référentiel DPA que *"le dossier du patient fait l'objet d'un dispositif d'évaluation et d'amélioration continue"*.

Le guide du service de soins infirmiers stipule que *"l'infirmière participe à l'évaluation du dossier du patient et concourt à son amélioration"*.

Médecins et paramédicaux à l'hôpital cherchent des solutions pour obtenir une meilleure tenue de leurs dossiers. L'évaluation doit leur permettre d'identifier les insuffisances et d'en rechercher les causes pour pouvoir y remédier.

## II. LA MÉTHODE D'ÉVALUATION : L'AUDIT CLINIQUE

La méthode retenue pour réaliser l'évaluation de la tenue du dossier du patient est celle de l'audit clinique, couramment utilisée outre-Atlantique depuis plus de 30 ans et introduite en Europe plus récemment. Cette méthode s'applique parfaitement à l'évaluation du dossier du patient.



**L'audit clinique est une méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer les pratiques de soins à des références admises, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins avec l'objectif de les améliorer.**

De nombreuses présentations de la méthode de l'audit clinique existent, mais quelle que soit la version choisie, il est toujours nécessaire de procéder de la manière suivante :

- construction d'un référentiel ;
- mesure de la pratique réelle et comparaison au référentiel ;
- réajustement entre la pratique et la référence ;
- suivi de l'évaluation.

Les étapes de l'audit clinique sont résumées dans le *tableau 1* ci-après. Cette méthode a fait l'objet d'une base méthodologique publiée en juin 1994 par l'Andem et d'une réactualisation en 1999 par l'Anaes qui constituent la trame de présentation du présent document et dont il est recommandé d'avoir pris connaissance

préalablement. Un nouveau document de l'Anaes présente les moyens de réussir un audit clinique et son plan d'amélioration.

## **II.1. Étape 1 - Le choix du thème et l'initialisation de l'étude**

Le choix du thème doit être argumenté et justifié afin que les acteurs adhèrent à la démarche d'évaluation. L'argumentaire, pour un projet concernant le dossier du patient, s'appuie sur la fréquence de la pratique, le risque encouru par le patient, le potentiel d'amélioration et l'existence de références réglementaires et professionnelles.

Une fois le thème du travail défini, il est nécessaire d'organiser la mise en œuvre de l'audit à l'aide d'un dispositif de coordination et de suivi, comme pour tout projet.

L'organisation est simple si l'audit est limité à un service, sachant qu'il est toujours souhaitable d'associer les différents professionnels du service et de conduire la démarche sur l'ensemble du dossier du patient, médical et paramédical, compte tenu des aspects complémentaires de ces deux sources d'information.

Cette coordination s'impose dans l'hypothèse où un groupe de services volontaires entreprend la démarche au sein d'un même établissement de santé.

Elle peut prendre la forme suivante.

### **II.1.1. Le coordonnateur du groupe de projet**

Dès que la décision est prise d'évaluer la tenue du dossier du patient, il est important de choisir le coordonnateur, dont le rôle est d'animer le groupe de projet, d'organiser les réunions et d'assurer le suivi. Le responsable du projet doit avoir une légitimité professionnelle reconnue.

### **II.1.2. Le groupe de projet**

Le groupe de projet a pour rôle d'établir le protocole d'étude (un exemple est proposé en annexe) et de l'appliquer. Afin d'assurer le succès de la démarche, il est composé de l'ensemble des catégories professionnelles concernées par la tenue du dossier du patient : médecins, infirmières ou cadres de santé, secrétaires médicales et un membre de l'équipe de direction dont la participation est d'autant plus utile que la démarche peut révéler des difficultés organisationnelles qui relèvent de sa compétence au sein de l'établissement.

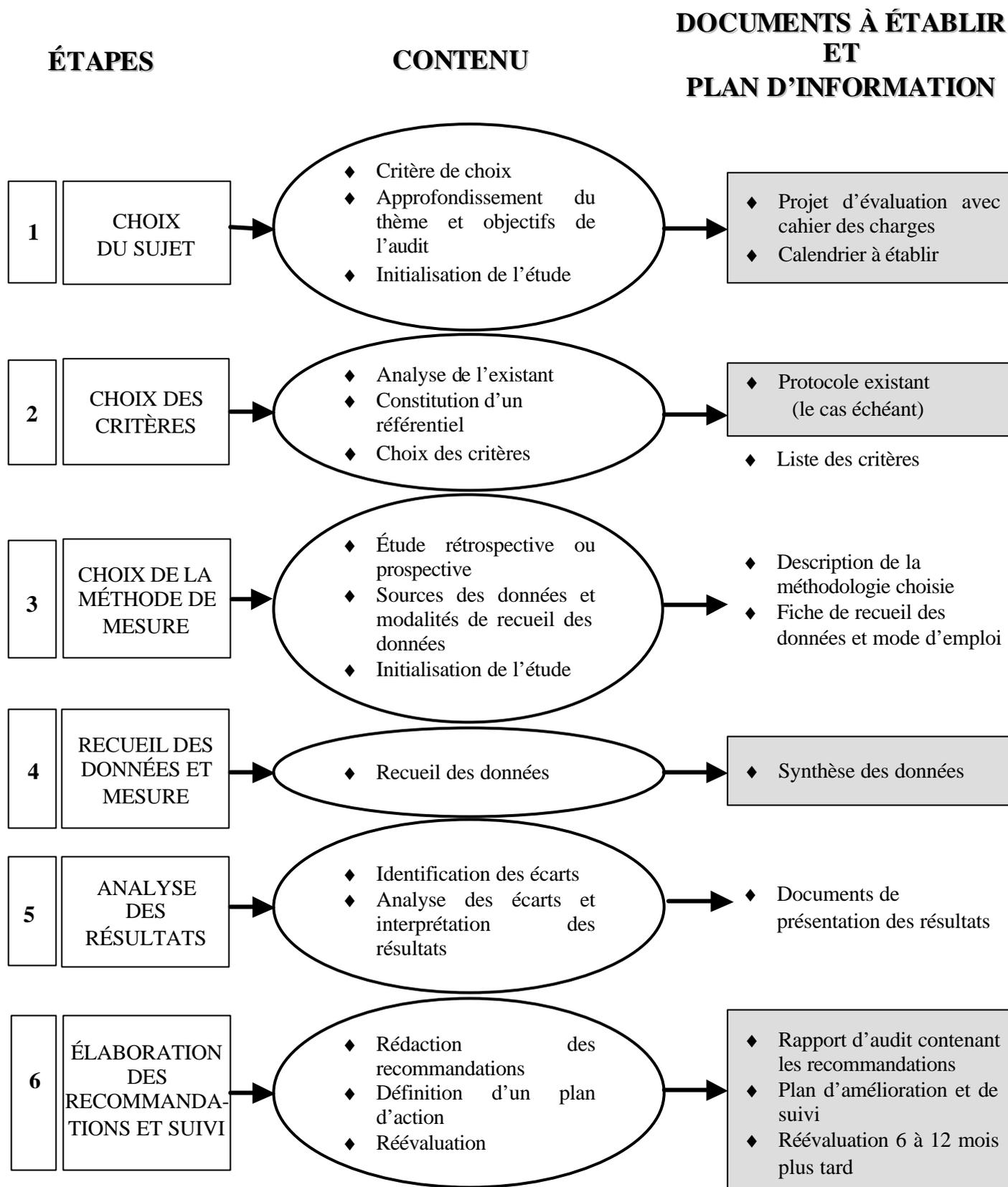
Une des missions du groupe de projet est de communiquer autour de l'audit auprès des instances de l'établissement et des professionnels concernés par celui-ci, pour sensibiliser l'ensemble des acteurs.

Ainsi, dès que le mode et le calendrier de réalisation de l'audit sont définis, il revient au groupe d'en informer la communauté médicale (CME par exemple), les paramédicaux (en CSSI par exemple) et la direction. Cette étape de communication est fondamentale pour la réussite de l'audit et de la mise en œuvre du plan d'amélioration qui suivra.

Une même présentation doit avoir lieu auprès des professionnels directement concernés par l'audit.

En fin d'audit, le groupe présente le rapport aux professionnels et aux instances (cf. étape 6).

**Tableau 1.** Les étapes de l'audit clinique



Information spécifique au niveau du service et/ou de l'institution

### II.1.3. Les correspondants dans les services

La liaison entre le groupe de projet et les services doit être assurée dans chaque service par un correspondant de l'étude. C'est avec ce correspondant que l'étude est menée sur le terrain.

## II.2. Étape 2 - Le choix des critères (ou constitution du référentiel)

La réalisation d'une évaluation suppose de concevoir un outil de mesure de la pratique, c'est-à-dire de déterminer un ensemble de critères d'évaluation organisé sous forme de grille d'évaluation. Il s'agit de la deuxième étape d'un audit de pratique.

Cette phase de l'évaluation est la plus délicate et la plus longue. La difficulté varie en fonction du thème traité. La tenue du dossier du patient faisant partie des thèmes difficiles, l'Anaes propose un référentiel d'application simple.

**Le référentiel, présenté plus loin, est constitué de deux types de critères :**

- des critères d'ordre général qui ne nécessitent qu'une réponse par service ou pour l'établissement. Ils constituent la première partie du référentiel ;
- des critères qui nécessitent une réponse pour chaque dossier de l'échantillon.

**Chaque critère est expliqué pour en faciliter la compréhension.**

La grille d'évaluation élaborée à partir du référentiel est d'utilisation simple, le mode de réponse étant facilité par son caractère binaire. Un guide de remplissage de la grille apporte une aide au recueil des données. La grille et le guide sont présentés en annexe.

Dans ces conditions, le travail du groupe est de prendre connaissance de la grille de critères et des commentaires, en adaptant ou ajoutant, le cas échéant, certains critères à la situation locale et à la politique du dossier du patient mise en œuvre dans l'établissement.

Il est préférable de mettre en œuvre la grille d'évaluation proposée après une analyse préalable des pratiques existantes et des documents utilisés dans le ou les services concernés.

**Le nombre de critères proposés dans le référentiel peut paraître élevé. Il permet l'évaluation du dossier du patient utilisé dans pratiquement toutes les situations rencontrées dans les établissements de santé qu'ils soient de court ou de moyen séjour, spécialisés ou non, pour des patients hospitalisés ou vus en consultation.**

**Il est indispensable d'effectuer un travail d'appropriation du référentiel en réalisant son adaptation à la pratique de l'établissement.**

**Il est tout à fait possible de ne retenir que les critères réglementaires. Il ne faut pas hésiter à supprimer les critères non applicables au service.**

Il est conseillé, lors d'une première démarche, d'utiliser le maximum des critères. Par contre, le nombre des critères peut être réduit pour la conduite d'une nouvelle évaluation centrée sur les critères identifiés comme devant être améliorés lors de la première investigation.



**L'ensemble des critères proposés ne représente pas une liste opposable mais bien une liste suffisamment détaillée dans un objectif d'amélioration de la qualité.**

### II.3. Étape 3 - Le choix du type d'étude et de la méthode de mesure

#### II.3.1. La méthode de mesure

La mise en œuvre de l'étude sur une base **rétrospective** est souvent préférable lorsque cela est possible, en raison de la plus grande facilité d'organisation et pour donner une meilleure fiabilité aux résultats.

En l'occurrence, la perspective de conduire l'audit de tenue du dossier du patient sur l'ensemble de ses supports (médical et paramédical) renforce l'opportunité de ce choix.

Toutefois, les outils proposés peuvent être utilisés ultérieurement dans le cadre d'une étude prospective, si l'on souhaite renforcer le caractère dynamique de la démarche par la mise en place immédiate des mesures correctives. Selon les résultats d'un premier audit, l'accent peut être mis ensuite sur les délais de remplissage de certains éléments ou l'accessibilité aux dossiers. Dans ces différentes situations, les démarches prospectives sur des points particuliers s'apparentent à des enquêtes de pratiques ciblées sur tel aspect particulier de la saisie des données médicales ou soignantes.

Il est préférable de proposer une **auto évaluation**, c'est-à-dire une évaluation réalisée par les professionnels d'un service sur leurs propres dossiers. Cette méthode permet une appropriation de la méthode de l'audit clinique qui pourra être utilisée sur d'autres thèmes et favorise l'implication des professionnels dans la mise en œuvre du plan d'amélioration.

#### II.3.2. Nombre de dossiers

Un effectif de 50 dossiers ou observations est habituellement considéré comme nécessaire pour conduire un audit clinique concernant des pratiques de soins.

S'agissant de la tenue du dossier, un effectif limité à 30 dossiers par service ou unité fonctionnelle paraît suffisant pour apprécier la situation.

#### II.3.3. Sélection des dossiers

La sélection des dossiers s'effectue par tirage au sort sur la base de la liste des patients sortis du service au cours des 3 derniers mois écoulés. Une fois cette liste numérotée de 1 au nombre n des patients du trimestre, un tirage au hasard est réalisé, soit par un procédé informatique, soit par l'utilisation d'une table des nombres aléatoires.

Les services informatiques ou le département d'information médicale de l'établissement peuvent être sollicités pour effectuer la sélection.

## **II.4. Étape 4 - Le recueil des données et la mesure**

L'audit est réalisé dans chaque service par au moins un binôme médecin-infirmier, membres du groupe de projet lorsque la démarche est limitée à quelques services. Lorsqu'elle est de plus grande envergure, un membre du groupe de projet assure l'encadrement méthodologique de chaque binôme.

L'audit porte sur les informations produites par les professionnels au cours du séjour du patient dans le service.

Avant de débiter l'audit proprement dit, il convient de tester sur quelques dossiers la grille de recueil de données afin de consolider l'appropriation de l'outil, de vérifier la compréhension des critères et d'apprécier le volume du travail nécessaire pour le réaliser dans la situation locale. Lors de cette phase d'appropriation la présence du correspondant du groupe de projet est indispensable auprès du binôme.

Une grille de recueil de données est utilisée par dossier évalué. Chaque grille est numérotée. Les coordonnées du patient n'ont pas à figurer sur les grilles de recueil.

Le recueil de l'ensemble des données est assuré par le groupe de travail constitué ou délégué à l'un de ses membres.

Le remplissage des grilles est simple et s'effectue par «OUI » ou par «NON » à l'exclusion des situations où la question n'est pas pertinente. Dans ce cas, la réponse « Non adapté » (NA) est utilisée. Cependant la possibilité de réponse non adaptée (NA) doit être l'exception, ces critères ayant été éliminés par le groupe lors de l'adaptation du référentiel à la situation locale.

Pour chaque critère, il est possible de commenter la réponse. Il est obligatoire de commenter les réponses « Non adapté » pour que leur usage soit conforme et justifié. Le commentaire est à porter dans la case «COMMENTAIRES » de la grille de recueil en regard du critère concerné.

## **II.5. Étape 5 - Le traitement des données et l'analyse des résultats**

### **II.5.1. Dépouillement de l'étude**

L'utilisation d'une grille de dépouillement des données, visualisant la totalité des critères retenus pour l'évaluation, permet de traiter l'ensemble des résultats des grilles d'évaluation.

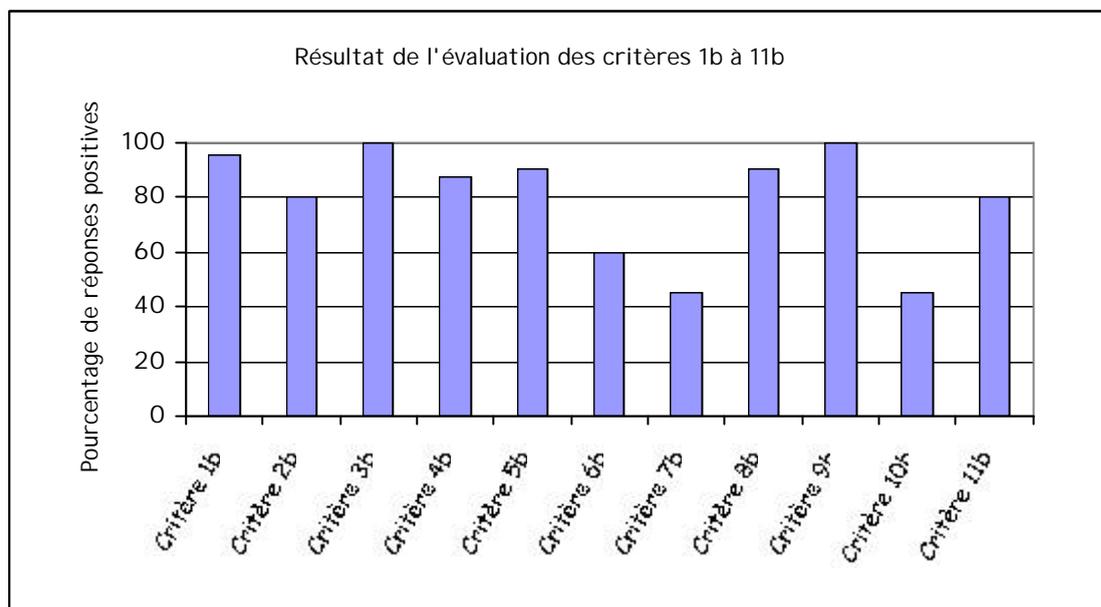
Cette grille peut être organisée sur le modèle présenté en annexe, permettant de comptabiliser les réponses positives et négatives, avant d'effectuer le calcul des pourcentages sur le total des OUI et des NON. Les NA sont exclus du calcul des pourcentages.

Une saisie informatique des résultats facilite leur traitement et leur présentation. Si le nombre de critères à recueillir est peu important, il est possible de traiter manuellement les résultats.

## II.5.2. Analyse des écarts et interprétation des résultats

La présentation des résultats sous forme de tableaux et de graphiques facilite l'interprétation des résultats et la communication avec les différents professionnels concernés.

### Exemple de présentation des résultats de l'évaluation



Tous les professionnels concernés par l'audit sont associés à la recherche des causes expliquant les écarts observés. Suivant les critères, ces causes d'écarts peuvent être d'ordre professionnel, organisationnel ou institutionnel, avec des perspectives de solutions variables et des niveaux d'importance différents par rapport à la qualité optimale à atteindre.

#### Exemple de cause d'écart d'ordre professionnel

**Critère 10b : les prescriptions médicales sont horodatées.**

- Le taux de réponses positives est de 45 %.
- L'analyse des écarts montre que les prescriptions médicales sont datées mais que souvent l'heure n'est pas précisée.
- Il s'agit d'une cause professionnelle puisque les médecins ne notent pas systématiquement l'heure de leur prescription.

#### Exemple de cause d'écart d'ordre organisationnel

**Critère 1b : le dossier du patient a été retrouvé.**

- Le taux de réponses positives est de 95 %.
- L'analyse des écarts montre que le dossier n'a pas été retrouvé lorsque l'évaluation était conduite car il se trouvait dans un autre endroit que les archives centrales, et son lieu de stockage était inconnu des archives, du service et du secrétariat.
- Il s'agit d'une cause organisationnelle car aucune traçabilité du dossier n'est prévue lorsqu'il sort du circuit des archives.

**Exemple de cause d'écart d'ordre institutionnel**

**Critère 2b : le support du dossier est en bon état.**

- Le taux de réponses positives est de 80 %.
- L'analyse des écarts montre que les pochettes d'archivage du dossier (changées récemment pour des raisons de coût) sont trop fragiles et ne résistent pas à la manipulation normale du dossier.
- Il s'agit d'une cause institutionnelle car les pochettes d'archivage ont été changées récemment dans le cadre d'un nouveau marché.

**II.6. Étape 6 - Élaboration des recommandations et du suivi**

Les recommandations sont hiérarchisées suivant l'importance des résultats observés et la plus ou moins grande facilité de mise en œuvre des mesures correctives.

**Le plan d'actions** tient compte des mesures supposant de nouveaux supports d'informations, matériels, locaux ou personnels le cas échéant, qui nécessitent des calendriers de réalisation adaptés à chacune de ces situations.

**Exemple de plan d'actions**

**Critère 10b : les prescriptions médicales sont horodatées.**

- Action : programmation d'un rappel en CME sur les règles de la prescription médicale.
- Délai de mise en œuvre : immédiat.

**Critère 1b : le dossier du patient a été retrouvé.**

- Action : mise en œuvre d'une procédure de traçabilité centralisée du dossier.
- Délai de mise en œuvre : 2 mois - rédaction de la procédure : 2 semaines, test : 1 mois, révision : 2 semaines.

**Critère 2b : le support du dossier est en bon état.**

- Action : achat de pochettes d'archivage plus solides.
- Délai de mise en œuvre : appel d'offres pour un nouveau marché de papeterie en début d'année prochaine.

**L'échéancier** à retenir pour une nouvelle évaluation est adapté à celui retenu pour la mise en œuvre des recommandations et peut constituer un élément d'un projet de service. Dans ce cas, la grille de critères peut être adaptée pour cibler plus particulièrement les points à améliorer à la suite du premier audit. Il est possible également, dans une démarche d'assurance qualité, de créer une grille « simplifiée » de critères qui seront suivis régulièrement et serviront d'indicateurs d'amélioration (cf. chapitre Méthodes d'amélioration de la qualité applicable à ce thème).

Une fois toutes ces étapes abouties, le groupe réalise **le rapport de l'audit** dont le plan est présenté en annexe. Celui-ci comprend les résultats globaux à l'établissement. Les résultats propres à chaque service sont individualisés et consignés dans un rapport particulier. Chaque service est destinataire du rapport global et du rapport particulier de ses résultats.

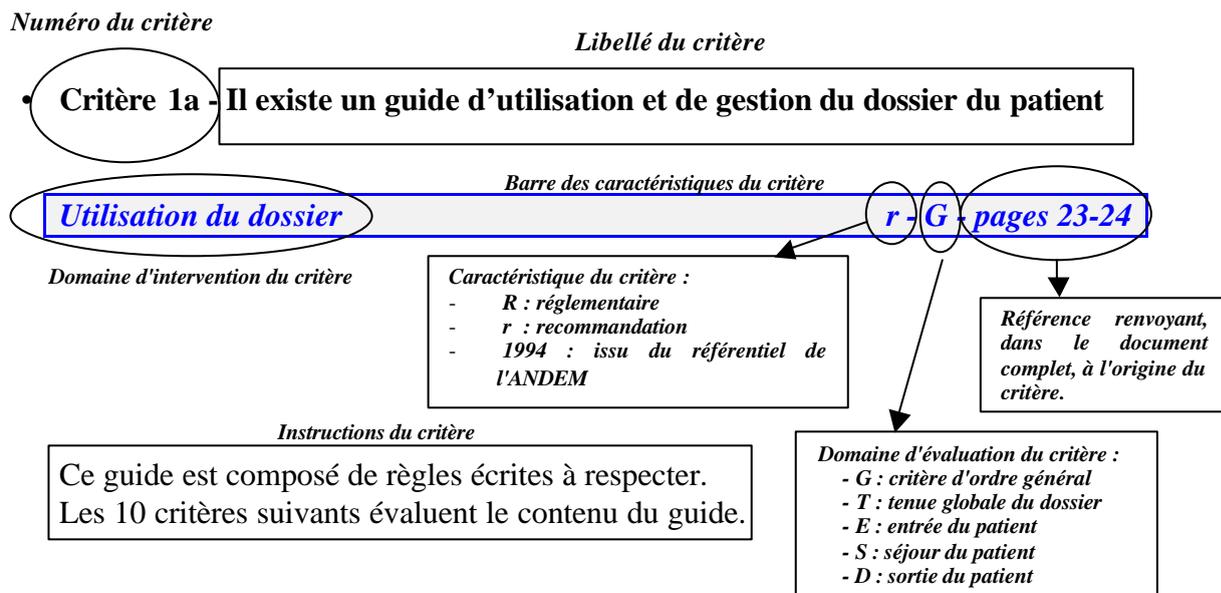
**Une phase de communication** apporte ses résultats à chaque service ayant participé à l'audit et le rapport global est présenté devant les instances (CME, CSSI, direction).

### III. LE RÉFÉRENTIEL D'AUDIT

Le référentiel est constitué de critères auxquels il convient de répondre en utilisant la grille de recueil présentée en annexe.

#### III.1. La présentation des critères

La présentation des critères permet de retrouver plusieurs informations pratiques.



#### III.2. Critères d'ordre général

Ils ne sont à remplir qu'une seule fois pour l'établissement, le service ou l'unité.

Ces critères explorent :

- le guide d'utilisation et de gestion du dossier du patient (critères 1a à 13a) ;
- le dossier informatisé (critères 14a à 17a) ;
- les règles d'accès aux informations par des tiers (critères 18a à 25a) ;
- la facilité d'utilisation du dossier et la satisfaction des utilisateurs (critères 26a à 29a).

##### III.2.1. Critères évaluant le guide d'utilisation et de gestion du dossier du patient

- **Critère 1a - Il existe un guide d'utilisation et de gestion du dossier du patient**

*Utilisation du dossier*

*r - G - pages 23, 24*

Ce guide est composé de règles écrites à respecter.

Les 10 critères suivants évaluent le contenu du guide.

- **Critère 2a – Le guide précise la composition et le classement des différents éléments constitutifs du dossier pendant la prise en charge du patient**

*Utilisation du dossier*

*r - G - pages 23, 24*

Il s'agit de la précision des différents documents qui constituent le dossier actif pendant la prise en charge du patient et leur classement adopté dans l'établissement ou le service : par exemple, la fiche d'identification du patient, l'observation médicale d'entrée, les fiches de prescription médicamenteuse et d'examen complémentaires, les fiches de suivi médical, le recueil des données infirmières, etc.

Il est tout à fait possible à partir de ces règles de réaliser un référentiel d'audit de la tenue du dossier du patient en cours d'hospitalisation.

- **Critère 3a – Le guide précise les règles d'utilisation des différents éléments**

*Utilisation du dossier*

*r - G - pages 23, 24*

Il s'agit de règles précisant les modalités d'utilisation des divers documents composant le dossier et les personnes responsables des écrits.

- **Critère 4a – Le guide précise la responsabilité des intervenants dans la tenue du dossier**

*Utilisation du dossier*

*r - G - pages 23, 24*

Il s'agit de la définition des responsabilités des personnes dans le rangement des divers éléments du dossier.

- **Critère 5a – Le guide précise les règles d'accessibilité aux documents et aux informations**

*Accès au dossier*

*R - G - pages 23, 24, 35, 36, 37, 42*

Ces règles définissent les droits d'accès des professionnels du service au dossier du patient et aux informations qu'il contient.

- **Critère 6a – Le guide précise les règles de confidentialité lors de la conservation du dossier dans le service**

*Confidentialité*

*R - G - pages 23, 24, 35, 36, 37*

Ces règles précisent les modalités de conservation du dossier dans le service afin de préserver la confidentialité de la présence du patient et des informations le concernant

- **Critère 7a – Le guide précise les règles de circulation du dossier dans l'établissement**

*Circulation des informations*

*r - G - pages 23, 24, 29*

Il s'agit des modalités et responsabilités de circulation du dossier (par exemple dans une pochette scellée et opaque). Il s'agit des conditions de transport du dossier permettant de respecter la confidentialité des informations circulantes.

- **Critère 8a – Le guide précise les règles d'échange d'informations avec les professionnels d'autres services**

*Circulation des informations*

*r - G - pages 23, 24, 29*

Les informations à transmettre en fonction du professionnel destinataire sont définies en particulier en précisant les formulaires spécifiques à utiliser.

- **Critère 9a – Le guide précise les modalités de transmission des éléments utiles à la continuité des soins lors de la fin du séjour hospitalier**

*Continuité des soins*

*R - G - pages 23, 24, 39*

Il est précisé que les informations nécessaires à la continuité des soins sont remises au patient au moment de sa sortie ou, si le patient le demande, envoyées au médecin de son choix.

Ces informations ne sont pas seulement médicales, elles peuvent être des éléments nécessaires à la continuité des soins paramédicaux.

- **Critère 10a – Le guide précise le classement des documents avant archivage**

*Archivage*

*r - G - pages 23, 24, 58*

Il s'agit de règles précisant le tri nécessaire des documents composant le dossier avant son archivage, l'ordre de classement de ces documents dans le dossier à archiver ainsi que les personnes responsables de ces actions.

- **Critère 11a – Le guide précise le dispositif d'évaluation et d'amélioration de la tenue du dossier**

*Évaluation*

*r - G - pages 23, 24, 65*

Le guide précise succinctement les modalités mises en œuvre pour l'évaluation régulière de la qualité du dossier et le suivi de son amélioration : évaluateurs, périodicité, nombre de dossiers à évaluer et référentiel à utiliser.

Il n'est pas nécessaire d'être trop précis, ces modalités pouvant varier dans le temps.

- **Critère 12a – Ce guide est à la disposition de tous les professionnels devant y intervenir**

*Guide*

*r - G - pages 23, 24*

Le guide est notamment remis pour lecture à chaque nouveau personnel médical ou paramédical (y compris les étudiants) et accessible dans le service à tous les autres professionnels ayant à l'utiliser.

- **Critère 13a – Ce guide est réactualisé autant de fois que nécessaire**

*Guide*

*r - G - pages 23, 24*

Les réactualisations du guide suivent les modifications des éléments constitutifs du dossier, des droits d'accès, etc., et les évolutions de la législation.

### III.2.2. Critères évaluant l'informatisation du dossier

Si le dossier est informatisé, les 4 critères suivants évaluent le respect des règles liées à l'informatisation du dossier.

- **Critère 14a – La base de données est déclarée à la CNIL**

*Informatisation*

*R - G - pages 34, 35*

Tout fichier contenant des données nominatives doit être déclaré à la CNIL.

- **Critère 15a – Le patient est informé et dispose d'un droit d'opposition, contestation et rectification**

*Informatisation*

*R - G - pages 34, 35*

L'information figure au moins dans le livret d'accueil. Il peut aussi s'agir d'affiches disposées dans les services ou les secrétariats en particulier de consultation.

- **Critère 16a – Les codes d'accès et les utilisateurs du dossier du patient sont définis, attribués et maintenus sous la responsabilité d'un médecin désigné par la CME ou la CM**

*Informatisation*

*R - G - pages 34, 35*

Tout professionnel de santé est responsable, à son niveau, de la protection des données concernant les patients qu'il prend en charge. Il peut déléguer cette responsabilité à un autre professionnel de santé.

Ce critère est à adapter au fonctionnement défini dans l'établissement.

- **Critère 17a – Le logiciel assure l'ineffaçabilité des informations et la traçabilité de leurs modifications**

*Informatisation*

*R - G - pages 34, 35*

Il s'agit d'une obligation médico-légale.

### III.2.3. Critères évaluant les règles d'accès aux informations par des tiers

- **Critère 18a – Il existe un protocole d'accès au dossier du patient par des tiers extérieurs à l'établissement**

*Accès au dossier*

*r - G - pages 39 à 52*

Le protocole regroupe les règles d'accès et de communication des informations enregistrées dans le dossier du patient, au patient ou à des tiers extérieurs à l'établissement.

Les 6 critères suivants évaluent le contenu du protocole.

- **Critère 19a – Le protocole précise les modalités de réception de la demande d'accès**

*Accès au dossier*

*r - G - pages 50, 51*

La demande doit être adressée préférentiellement par écrit à la direction de l'établissement ou au professionnel de santé ayant pris en charge le patient. Elle peut être ensuite transmise à un praticien, désigné par la CME ou la CM, qui organisera et assurera l'accès au demandeur.

Le protocole précise aussi les modalités de gestion des demandes par fax parvenues de professionnels d'autres établissements.

- **Critère 20a – Le protocole précise les conditions d'accès en fonction de la qualité du demandeur**

*Accès au dossier*

*R et r - G - pages 48 à 52*

Chaque accès est précisé en fonction du demandeur : patient, ayant droit, personne ayant l'autorité parentale, tuteur, médecin intermédiaire, praticien ayant prescrit l'hospitalisation, médecin désigné par le patient, autres médecins autorisés à consulter le dossier, etc.

Pour les ayants droit, il ne faut pas oublier de connaître le motif de la demande.

- **Critère 21a – Le protocole précise les modalités de vérification de l'identité du demandeur**

*Accès au dossier*

*R et r - G - pages 41, 43, 52*

Avant toute communication, l'établissement doit s'assurer de l'identité du demandeur.

- **Critère 22a – Le protocole précise les modalités de vérification de la qualité du médecin intermédiaire**

*Accès au dossier*

*R - G - page 43*

Le médecin intermédiaire doit être inscrit à l'Ordre des médecins et ne pas être un médecin d'assurances.

- **Critère 23a – Le protocole précise le mode de communication**

*Accès au dossier*

*R - G - pages 51, 52*

Plusieurs propositions sont possibles : soit la consultation sur place, avec ou sans accompagnement médical, avec ou sans la présence d'une tierce personne, soit l'envoi de copies.

L'établissement doit également avoir précisé le mode de communication par défaut qu'il a retenu.

- **Critère 24a – Le protocole précise la traçabilité des accès au dossier**

*Accès au dossier*

*r - G - page 52*

Il s'agit de retrouver la trace de chaque accès au dossier par un tiers extérieur à l'établissement dans le dossier : original de la demande, réponse apportée à la demande, pièces transmises.

- **Critère 25a – Il existe une procédure systématique d'information du médecin désigné par le patient**

*Information du médecin*

*R - G -*

Les hôpitaux publics et les hôpitaux privés participant au service public hospitalier sont tenus d'avertir le médecin, désigné par le patient ou sa famille, de la date et de l'heure d'admission du patient, et de fournir les coordonnées du service dans lequel le patient est hospitalisé (article R. 1112-6 du CSP).

La réponse NA est autorisée pour les autres types d'établissements.

#### III.2.4. Critères évaluant la facilité d'utilisation du dossier et la satisfaction des utilisateurs

- **Critère 26a – L'ergonomie du dossier est satisfaisante**

*Satisfaction des utilisateurs*

*1994 - G -*

Les utilisateurs du dossier sont satisfaits du dossier en termes de qualité des supports (feuilles de recueil de données, feuilles de prescription, etc.), du classement interne, etc.

L'ergonomie du dossier répond aux attentes des professionnels et se trouve adaptée à son utilisation quotidienne.

- **Critère 27a – Le matériel de stockage des dossiers est adapté à son utilisation pendant l'hospitalisation**

*Satisfaction des utilisateurs*

*1994 - G -*

Le matériel servant au stockage des dossiers pendant l'hospitalisation satisfait les utilisateurs. Il s'agit des classeurs, des chariots, etc.

Ce matériel est également apte à préserver la confidentialité.

- **Critère 28a – Les dossiers sont facilement accessibles à tous les acteurs de soins pendant le séjour**

*Satisfaction des utilisateurs*

*1994 - G -*

Le dossier du patient est accessible dans toutes ses composantes aux professionnels de santé du service ayant en charge le patient.

Il s'agit bien d'un dossier partagé entre les professionnels du service ayant le droit d'accès. Pour ces professionnels, le dossier est en permanence accessible afin qu'ils puissent y noter les informations utiles à leur pratique.

- **Critère 29a – Les différentes rubriques de l'en-tête sont pré-imprimées**

**Satisfaction des utilisateurs**

**1994 - G -**

L'en-tête du dossier est préimprimé, facilitant ainsi l'identification du dossier ; par exemple : en-tête de l'hôpital, identification du patient, numéro du dossier, etc.

Il s'agit d'une aide à l'identification du dossier permettant d'individualiser le dossier au patient.

### **III.3. Critères propres à chaque dossier**

Ce sont les critères à remplir pour chaque dossier de l'échantillon.

Ils explorent :

- la tenue globale du dossier ;
- les informations saisies à l'entrée du patient ;
- les informations recueillies durant le séjour du patient ;
- les informations enregistrées lors de la sortie du patient.

#### **III.3.1. Critères évaluant la tenue globale du dossier**

Ces critères concernent :

- l'archivage (critères 1b à 3b) ;
- l'identification des éléments du dossier (critères 4b et 5b) ;
- les écrits (critères 6b à 9b) ;
- les prescriptions médicales (critères 10b et 11b).

#### **— Critères évaluant l'archivage des dossiers**

- **Critère 1b – Le dossier a été retrouvé**

**Archivage**

**R - T - pages 21, 53**

Ne pas retrouver le dossier est un dysfonctionnement grave à l'origine de la perte d'informations lors d'une nouvelle prise en charge du patient.

Ce critère analyse la qualité de l'archivage.

Il est possible d'ajouter à ce critère un délai de temps d'accès au dossier qui réponde aux besoins des professionnels (urgence ou non).

- **Critère 2b – Le support matériel du dossier est en bon état**

**Archivage**

**1994 - T -**

Ce critère analyse la qualité de l'archivage.

Lorsque le support du dossier est en mauvais état (présence de ruban adhésif, de colle, d'agrafes retenant le dossier, de dossier déchiré), le service des archives réalise ou fait réaliser son remplacement.

- **Critère 3b – Le dossier est organisé et classé**

*Archivage*

*R et r - T - pages 21, 23 à 25*

Soit l'établissement a rédigé une procédure de classement des documents composant le dossier pour son archivage et c'est le respect de ce classement qui est évalué.

Soit l'établissement ne dispose pas d'une procédure particulière et c'est le classement défini dans l'article R. 1112-2 du CSP (cf. pages 24 et 25) qui s'applique et son respect qui est évalué.

— *Critères évaluant l'identification des éléments du dossier*

- **Critère 4b – Chaque pièce du dossier comporte l'identification du patient**

*Identification*

*R - T - page 22*

Chaque pièce du dossier doit comporter l'identité du patient (nom, prénom, date de naissance ou numéro d'identification).

- **Critère 5b – Chaque pièce du dossier comporte l'identification du contact concerné**

*Identification*

*r - T - page 24*

Chaque pièce du dossier est-elle identifiée à l'épisode de soins concerné ?

Il peut s'agir du numéro d'hospitalisation ou de la date de la consultation.

— *Critères évaluant la qualité des écrits*

- **Critère 6b – Tous les éléments écrits comportent l'identification du rédacteur**

*Écrits*

*R - T - pages 22, 32*

Chaque écrit est-il identifié au professionnel qui l'a réalisé ?

Il s'agit de trouver le nom du rédacteur, sa fonction et sa signature. Ceci concerne notamment l'observation médicale d'entrée et le recueil infirmier de données.

- **Critère 7b – Tous les éléments écrits comportent la date et l'heure de rédaction**

*Écrits*

*R et r - T - pages 22, 24, 32*

Chaque écrit doit être daté.

Il est recommandé de faire figurer l'heure de chaque écrit dans un souci de traçabilité.

Il est possible de décliner ce critère en deux «sous-critères», le premier évaluant la présence de la date et le second la présence de l'heure.

- **Critère 8b – Tous les éléments écrits sont lisibles**

*Écrits*

*r - T - page 24*

Les écrits doivent être lisibles pour ne prêter à aucune interprétation.

- **Critère 9b – Tous les éléments écrits sont indélébiles**

*Écrits*

*R et r - T - page 24*

Les écrits doivent être indélébiles pour ne prêter à aucune discussion en matière de responsabilité.

Ce critère est une recommandation pour les médecins et une exigence pour les infirmières.

— *Critères évaluant les prescriptions médicales*

- **Critère 10b – Les prescriptions médicales sont toutes horodatées**

*Prescriptions médicales*

*R - T - page 22*

Il s'agit bien de retrouver pour chaque prescription médicale la date et l'heure de celle-ci.

Le terme de prescription médicale ne concerne pas uniquement les prescriptions médicamenteuses, mais aussi les prescriptions de surveillance, d'examen complémentaires, etc.

- **Critère 11b – Les prescriptions médicales sont toutes signées et comportent le nom lisible du médecin**

*Prescriptions médicales*

*R - T - page 22*

Il s'agit bien de retrouver pour chaque prescription médicale la signature du médecin ainsi que son nom lisible.

Si les initiales du médecin sont utilisées à la place de son nom, leur signification doit figurer dans le dossier.

III.3.2. Critères évaluant les informations saisies à l'entrée du patient

Ces critères concernent :

- les informations socio-démographiques (critères 1c à 26c) ;
- les informations médicales (critères 27c à 41c).

— *Critères évaluant les informations socio-démographiques recueillies à l'entrée*

- **Critère 1c – L'identité civile du patient est notée et comporte son nom et son prénom**

*Identité civile du patient*

*R - E - pages 19 à 21*

L'exactitude de l'identité du patient est très importante pour éviter les erreurs de dossier.

- **Critère 2c – L'identité civile du patient est notée et comporte son nom de famille**

*Identité civile du patient*

*R - E - pages 19 à 21*

Il s'agit du nom de naissance encore appelé nom patronymique ou de jeune fille. Ce nom est intangible, il est donc très important chez les femmes.

- **Critère 3c – L'identité civile du patient est notée et comporte le sexe**

*Identité civile du patient*

*1994 - E -*

Cette information est pertinente pour identifier parfaitement le patient.

- **Critère 4c – L'identité civile du patient est notée et comporte sa date de naissance**

*Identité civile du patient*

*R - E - pages 19 à 21*

Cette information est réglementaire.

- **Critère 5c – L'identité civile du patient est notée et comporte son lieu de naissance**

*Identité civile du patient*

*1994 - E -*

Cette information permet de gérer les éventuels doublons d'identité.

- **Critère 6c – L'identité civile du patient est notée et comporte son adresse**

*Identité civile du patient*

*1994 - E -*

Cette information permet de gérer les éventuels doublons d'identité.

Il s'agit d'un élément important au cas où il faudrait recontacter le patient.

Si celle-ci est inconnue ou que le patient est sans domicile fixe, cette notion doit figurer dans le dossier et l'information est alors considérée comme présente.

- **Critère 7c – L'identité civile du patient est notée et comporte son numéro de téléphone**

*Identité civile du patient*

*1994 - E -*

Il s'agit d'un élément important au cas où il faudrait recontacter le patient.

Si le patient ne dispose pas de téléphone, cette notion doit figurer dans le dossier et l'information est alors considérée comme présente.

- **Critère 8c – L'identité sociale du patient est notée et comporte sa situation professionnelle et sa profession**

*Identité sociale du patient*

*r - E - page 21*

Cette information est intéressante pour certaines pathologies professionnelles mais aussi pour les éventuelles suites à donner après le séjour hospitalier (reclassement, etc.).

La situation professionnelle s'entend comme : actif, retraité, invalide, demandeur d'emploi, mi-temps thérapeutique, maladie de longue durée, étudiant, niveau de scolarité, etc.

La profession correspond au métier exercé.

- **Critère 9c – L'identité sociale du patient est notée et comporte la couverture sociale**

*Identité sociale du patient*

*r - E - page 20*

Cette information est intéressante pour orienter certaines démarches médicales : possibilité de bilan ambulatoire ou non, nécessité d'un contact avec l'assistant social du service, etc.

- **Critère 10c – La situation familiale du patient est notée**

*Situation familiale*

*1994 - E -*

Il s'agit de connaître si le patient est marié, célibataire, veuf, divorcé, pacsé. Cette information peut concerner un mineur, sinon c'est la situation familiale des parents qui est notée.

Cette information est importante en cas de besoin d'accès à un proche, notamment pour assurer le relais des soins.

- **Critère 11c – Les éventuelles personnes à charge sont notées**

*Situation familiale*

*1994 - E -*

Il s'agit de connaître les éventuels enfants et/ou personnes à charges.

Ceci renseigne sur les possibilités de soins à domicile mais permet aussi de proposer des aides individualisées à la situation.

- **Critère 12c – La situation juridique du patient est notée, s'il y a lieu, et comporte la mesure de protection juridique**

*Situation juridique*

*1994 - E -*

Si la personne est sous tutelle, les coordonnées du tuteur sont notées. Cette information est importante pour connaître la personne à qui demander l'autorisation d'actes invasifs.

Il peut aussi être précisé si le patient fait l'objet d'une mesure de protection civile : sauvegarde, curatelle.

- **Critère 13c – La situation juridique du patient est notée, s'il y a lieu, et comporte le mode d'hospitalisation en psychiatrie**

*Situation juridique*

*1994 - E -*

L'hospitalisation en psychiatrie relève de réglementations différentes selon qu'il s'agit d'hospitalisation libre (HL), d'hospitalisation d'office (HO) ou d'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT).

Il est important de savoir si l'hospitalisation est consentie ou imposée.

- **Critère 14c – La situation juridique du patient est notée, s'il y a lieu, et comporte la ou les identités du ou des titulaires de l'autorité parentale**

*Situation juridique*

*1994 - E -*

Cette information concerne les mineurs. Elle permet de connaître la personne à qui demander l'autorisation de soins.

- **Critère 15c – Si le patient est majeur sous tutelle ou mineur non émancipé, le dossier contient l'autorisation de soins invasifs signée par le tuteur ou le détenteur de l'autorité parentale**

*Situation juridique*

*1994 - E -*

Cette autorisation de soins est spécifique d'un acte et doit être renouvelée pour chaque acte invasif, hors situation d'urgence.

- **Critère 16c – L'identité de la personne à prévenir est notée et comporte son nom**

*Personne à prévenir*

*R - E - page 19*

Cette information est importante pour le personnel en cas de nécessité.

En cas d'absence de personne à prévenir, cette notion doit être présente.

- **Critère 17c – L'identité de la personne à prévenir est notée et comporte son adresse et/ou son numéro de téléphone**

*Personne à prévenir*

*R - E - page 19*

L'adresse permet de contacter la personne par télégramme en cas de difficultés pour la joindre par téléphone.

- **Critère 18c – L'identité de la personne à prévenir est notée et comporte son lien avec le patient**

*Personne à prévenir*

*R - E - page 19*

Il s'agit de savoir si la personne à prévenir est un parent, un ami, un voisin, etc.

- **Critère 19c – L'identité de la personne de confiance est notée, si nécessaire, et comporte son nom**

*Personne de confiance*

*R - E - page 19*

Le patient a la faculté de désigner ou non une personne de confiance. En cas de refus, celui-ci doit être signifié à cette place.

- **Critère 20c – L'identité de la personne de confiance est notée, si nécessaire, et comporte son adresse et/ou son numéro de téléphone**

*Personne de confiance*

*R - E - page 19*

L'adresse permet de contacter la personne par télégramme en cas de difficultés pour la joindre par téléphone.

- **Critère 21c – L'identité de la personne de confiance est notée, si nécessaire, et comporte son lien avec le patient**

*Personne de confiance*

*R - E - page 19*

Il s'agit de savoir si la personne de confiance est un parent, un proche ou un médecin désigné par le patient.

- **Critère 22c – L'accord ou le désaccord éventuel du patient à la communication des informations concernant sa santé est noté dans le dossier**

*Communication*

*R et r - E - pages 19, 27, 38 à 52*

Le dossier peut comporter une fiche spécifique sur laquelle sont notés éventuellement :

- le souhait du patient de garder la confidentialité ou même le secret sur sa présence dans l'établissement ;
- le refus ou l'autorisation du patient de voir communiquer les informations concernant sa santé à certaines personnes.

- **Critère 23c – Le dossier permet de retrouver les modalités d'entrée**

*Modalités d'entrée*

*R et r - E - pages 20, 27*

Sont notés dans le dossier la provenance du patient (domicile, institution, transfert d'un autre établissement) et le mode d'admission (urgence, directe, programmée).

- **Critère 24c – Le dossier permet de retrouver la date et l'heure d'entrée**

*Modalités d'entrée*

*R et r - E - pages 20, 27*

L'heure d'entrée est importante car elle permet de reconnaître une action effectuée dans le cadre de l'urgence.

En cas de consultation, la date de celle-ci figure dans le dossier.

- **Critère 25c – Le dossier contient, si nécessaire, la fiche inventaire**

*Inventaire*

*R et r - E -*

Il s'agit de la fiche sur laquelle sont enregistrés les effets personnels du patient. Cette fiche est obligatoire en psychiatrie, recommandée en réanimation, gériatrie et soins de suite ou de réadaptation (SSR).

- **Critère 26c – Le dossier contient, s'il existe dans l'établissement, le bordereau d'enregistrement des pièces versées au dossier**

*Inventaire*

*r - E - page 27*

Ce bordereau est régulièrement tenu à jour.

— *Critères évaluant les informations médicales recueillies à l'entrée*

- **Critère 27c – Les informations médicales comportent les coordonnées du médecin désigné par le patient**

*Médecin*

*1994 - E -*

Il s'agit du médecin traitant ou du médecin spécialiste dont le nom est fourni par le patient ou son entourage. Si le patient ne désire pas désigner ce médecin, son choix doit figurer à cet endroit.

En cas d'hospitalisation dans un établissement public ou PSPH, ce praticien devra être averti de l'hospitalisation de son patient.

C'est à ce médecin que sera transmis, à la demande du patient, le compte rendu de consultation ou d'hospitalisation.

- **Critère 28c – Les informations médicales comportent les coordonnées du médecin adresseur**

*Médecin*

*1994 - E -*

Il s'agit du médecin qui a adressé le patient en consultation ou en hospitalisation.

Ce médecin pourra accéder aux informations du patient seulement après accord du patient.

- **Critère 29c – Les informations médicales comportent les coordonnées du médecin responsable du patient au cours de sa prise en charge hospitalière**

*Médecin*

*R et r - E - pages 26, 38, 50*

Le médecin hospitalier responsable du patient doit être identifié, qu'il s'agisse d'une hospitalisation ou d'une consultation.

Ce médecin est celui qui aura la responsabilité de la prise en charge du patient, de la communication au patient des informations contenues dans le dossier, la possibilité de trier le dossier avant archivage.

- **Critère 30c – Les informations médicales comportent le lieu de prise en charge du patient**

*Prise en charge*

*1994 - E -*

Le service ou l'unité fonctionnelle dans laquelle le patient a été pris en charge est noté dans le dossier.

Il pourra s'agir du lieu de consultation (ex. : consultation de chirurgie X ou consultation du Dr Y).

- **Critère 31c – Les informations médicales comportent le document médical à l'origine de la prise en charge**

*Prise en charge*

*R - E - page 24*

Il s'agit de la lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission :

- lettre du médecin adresseur ;
- lettre de mutation inter-services ;
- fiche des urgences ;
- lettre de consultation hospitalière.

- **Critère 32c – Les informations médicales comportent les motifs d'hospitalisation ou de consultation**

*Prise en charge*

*R et r - E - pages 24, 27*

Ces informations figurent sur l'observation médicale d'entrée ou la fiche de consultation. Il peut s'agir d'un symptôme, d'une maladie, d'une anomalie découverte fortuitement lors d'un examen complémentaire, etc.

- **Critère 33c – Les informations médicales comportent les antécédents et les facteurs de risque du patient**

*Facteurs de risque*

*R et r - E - pages 24, 27*

Si la recherche d'antécédents et de facteurs de risque est négative, il convient de le préciser.

- **Critère 34c – Les informations médicales comportent, si nécessaire, le questionnaire de repérage de la maladie de Creutzfeld-Jacob**

*Facteurs de risque*

*R - E - page 26*

La recherche de facteurs de risque de la maladie de Creutzfeld-Jacob doit être présente pour les cas qui l'exigent. Il s'agit des situations à risque d'infection par le prion (acte invasif type endoscopie et chirurgie surtout sur le système nerveux).

- **Critère 35c – Les informations médicales comportent les conclusions de l'évaluation clinique initiale**

*Observation médicale*

*R et r - E – pages 24, 26, 28*

Cette information doit conclure l'observation médicale d'entrée. Ces conclusions doivent être portées dans le dossier dans les meilleurs délais après l'admission du patient.

- **Critère 36c – Les informations médicales comportent le type de prise en charge prévu**

*Observation médicale*

*R - E - page 24*

Il peut s'agir d'une hospitalisation de jour, de semaine, complète pour un bilan, une surveillance, un traitement.

- **Critère 37c – Les informations médicales comportent les prescriptions effectuées à l'entrée**

*Prescriptions initiales*

*R - E - page 24*

Il s'agit bien de tout type de prescriptions, qu'il s'agisse d'examen complémentaire, de surveillance ou de traitement.

- **Critère 38c – Les informations médicales comportent le recueil infirmier des données ou l'analyse de la situation initiale**

*Recueil infirmier*

*R - E - pages 25, 31*

Il peut être présenté sous forme :

- d'une macro-cible d'entrée si les IDE utilisent les transmissions ciblées ;
- ou d'une fiche de recueil de données spécifique.

Il concerne les éléments de connaissance de la personne soignée et comporte, en plus des données médicales, le mode de vie, les besoins et les attentes du patient.

- **Critère 39c – En cas de consultation externe ou de passage aux urgences les informations médicales comportent la nature des soins dispensés**

*Consultation, urgences*

*R - E - page 24*

Le compte rendu de consultation ou de passage aux urgences fait partie du dossier du patient. Les soins réalisés dans ces cas doivent être notés sur ce compte rendu.

- **Critère 40c – En cas de consultation externe ou de passage aux urgences les informations médicales comportent les prescriptions établies**

*Consultation, urgences*

*R - E - page 24*

Le compte rendu de consultation ou de passage aux urgences fait partie du dossier du patient. Les prescriptions établies dans ces cas doivent être notées sur ce compte rendu. Il s'agit bien de tout type de prescriptions, qu'elles soient d'examen complémentaire, de surveillance ou de traitement.

- **Critère 41c – En cas d'hospitalisation, l'observation médicale d'entrée établie par un étudiant est validée par un médecin senior**

*Observation médicale*

*r - E - page 28*

L'observation médicale d'entrée établie par un étudiant doit être validée ou corrigée par un senior.

### III.3.3. Critères évaluant les informations recueillies durant le séjour du patient

Ces critères concernent :

- les informations médicales (critères 1d à 4d) ;
- les informations spécialisées (critères 5d à 14d) ;
- l'exécution des prescriptions (critères 15d à 17d) ;
- la prise en charge globalisée du patient (critères 18d à 25d) ;
- les informations recueillies par divers intervenants (critères 26d à 29d) ;
- les informations relatives à la prise en charge de la douleur (critères 30d à 33d).

— *Critères évaluant les informations médicales recueillies au cours du séjour*

- **Critère 1d – Les informations médicales comprennent les informations, facilement identifiables, recueillies auprès de tiers**

*Informations de tiers*

*R et r - S – pages 25, 28*

Il s'agit des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique du patient (en général recueillies à l'insu du patient) ou concernant de tels tiers.

Ces informations n'étant pas communicables, il est recommandé de les saisir sur une fiche spécifique facilement identifiable.

- **Critère 2d – Les informations médicales comprennent les informations actualisées relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation**

*Informations médicales*

*R et r - S – pages 25, 26*

Il s'agit des informations sur l'évolution de l'état clinique, les soins reçus ou devant être reçus, et les examens paracliniques réalisés (notamment d'imagerie médicale).

Ces informations sont saisies sur des fiches de « suivi médical ». Les infirmières noteront leur propres informations dans le dossier de soins (cf. critères 20d, 21d, 22d).

- **Critère 3d – Les informations médicales comprennent les traces de la réflexion bénéfique/risque de la stratégie diagnostique et thérapeutique**

*Informations médicales*

*R et r - S – pages 25, 27*

Cette réflexion doit être adoptée, avec le patient, avant chaque acte invasif ou traitement lourd (article L. 1110-5 du CSP).

- **Critère 4d – Les informations médicales comprennent les correspondances échangées entre professionnels de santé**

*Informations médicales*

*R et r - S - pages 25, 29*

Ce critère ne nécessite pas d'instruction particulière.

— *Critères évaluant les informations spécialisées*

- **Critère 5d – Le dossier contient, selon le cas, le dossier d'anesthésie**

*Informations spécialisées*

*R et r - S - pages 25, 27*

Le dossier d'anesthésie comprend la consultation préanesthésique, la fiche opératoire et le suivi en salle de surveillance postopératoire.

Ce dossier est constitué pour toute anesthésie autre que locale.

- **Critère 6d – Le dossier contient, selon le cas, le compte rendu opératoire**

*Informations spécialisées*

*R et r - S - pages 25, 27, 28, 29*

Chaque intervention doit donner lieu à un compte rendu opératoire dont le contenu doit être conforme aux recommandations du Conseil de l'Ordre des médecins.

- **Critère 7d – Le dossier contient, selon le cas, le compte rendu d'accouchement**

*Informations spécialisées*

*R et r - S - pages 25, 27*

Ce critère ne nécessite pas d'instruction particulière.

- **Critère 8d – Le dossier contient, selon le cas, les comptes rendus des examens complémentaires**

*Informations spécialisées*

*R et r - S - pages 25, 29*

Le dossier doit comporter les comptes rendus des examens complémentaires significatifs, par exemple les comptes rendus d'imagerie médicale et d'anatomopathologie.

- **Critère 9d – Le dossier contient le consentement écrit du patient pour les situations qui l'exigent légalement ou réglementairement**

*Informations spécialisées*

*R et r - S - pages 25, 26, 27*

Il s'agit notamment des cas de transfusion, dépistage du VIH, greffes de tissus humains, procréation médicalement assistée, recherche biomédicale, chirurgie esthétique, etc.

- **Critère 10d – Le dossier contient, selon le cas, le dossier transfusionnel conforme à la réglementation en vigueur**

*Informations spécialisées*

*R et r - S - pages 25, 26, 27*

Le dossier transfusionnel contient la copie de l'information écrite délivrée au patient et au médecin traitant, la fiche transfusionnelle, la carte de groupe sanguin ou sa copie, la prescription médicale signée, la fiche de distribution nominative, les résultats du RAI et le cas échéant la fiche d'incident transfusionnel.

- **Critère 11d – Le dossier contient, selon le cas, la traçabilité de la stérilisation interne pour le matériel médico-chirurgical recyclable**

*Informations spécialisées*

*R - S - page 26*

La traçabilité des actes, du matériel, ainsi que des procédés et procédures de traitement des dispositifs médicaux doit être assurée chaque fois qu'il est fait usage de matériel recyclable en contact avec des tissus considérés comme infectieux (circulaire DGS/5C/DHOS/E2 n° 2001-138 du 14 mars 2001).

- **Critère 12d – Le dossier contient, selon le cas, la traçabilité des dispositifs implantables**

*Informations spécialisées*

*R - S - page 26*

Ce critère ne nécessite pas d'instruction particulière.

- **Critère 13d – Le dossier contient, selon le cas, la traçabilité de la désinfection des endoscopes**

*Informations spécialisées*

*R - S - page 26*

Ce critère ne nécessite pas d'instruction particulière.

- **Critère 14d – Le dossier contient, selon le cas, le compte rendu de la synthèse pluridisciplinaire**

*Informations spécialisées*

*r - S -*

Ce compte rendu concerne les synthèses pluridisciplinaires de cancérologie, de psychiatrie, etc.

Cette synthèse peut être hebdomadaire en SSR, elle permet la saisie du PMSI-SSR.

— *Critères évaluant l'exécution des prescriptions*

- **Critère 15d – Le dossier contient les éléments relatifs à l'exécution de la prescription médicale et notamment l'enregistrement des prescriptions médicamenteuses administrées**

*Exécution des prescriptions*

*R et r - S - pages 23, 25, 28, 29, 31*

Cet enregistrement comporte la date et l'heure, le nom du produit, sa forme galénique, la voie d'administration, la dose administrée, le nom du dispensateur avec sa signature.

- **Critère 16d – Le dossier contient les éléments relatifs à l'exécution de la prescription médicale et notamment la date et le lieu de rendez-vous des examens complémentaires**

*Exécution des prescriptions*

*R - S - page 25*

Cet enregistrement concerne notamment les radiographies, les endoscopies, le scanner ou les examens biologiques qui nécessitent un rendez-vous, les consultations auprès d'autres professionnels de santé, etc.

- **Critère 17d – Le dossier contient les éléments relatifs à l'exécution de la prescription médicale et notamment la date et l'heure de réalisation de ces examens complémentaires**

*Exécution des prescriptions*

*R - S - page 25*

L'heure peut être importante en cas de survenue d'effet indésirable (allergie, etc.).

— *Critères évaluant la prise en charge globalisée du patient par les infirmières*

- **Critère 18d – Le dossier contient les informations relatives à la prise en charge globalisée du patient par les infirmières et notamment le recueil actualisé des données**

*Prise en charge globalisée*

*R - S - pages 31, 32, 33*

Le recueil des données est régulièrement mis à jour. Il est daté et identifié par l'infirmière qui l'a réalisé.

- **Critère 19d – Le dossier contient les informations relatives à la prise en charge globalisée du patient par les infirmières et notamment les observations cliniques**

*Prise en charge globalisée*

*R - S - pages 31, 32, 33*

Les observations cliniques comprennent la surveillance des paramètres cliniques. Elles documentent la situation problématique de la personne soignée par rapport à sa santé. Elles permettent d'identifier les diagnostics infirmiers à prendre en charge.

Elles alimentent la rubrique des données des transmissions ciblées.

- **Critère 20d – Le dossier contient les informations relatives à la prise en charge globalisée du patient par les infirmières et notamment les problèmes de santé et/ou diagnostics infirmiers identifiés**

*Prise en charge globalisée*

*R - S - pages 31, 32, 33*

Ils définissent les problèmes de santé identifiés. Ils peuvent être notés sous forme de cibles.

Ils intègrent trois composantes :

- la difficulté ressentie par le patient ;
- la ou les causes probables ou réelles ;
- les signes qui permettent d'identifier le problème.

- **Critère 21d – Le dossier contient les informations relatives à la prise en charge globalisée du patient par les infirmières et notamment l'énoncé des objectifs de soins**

*Prise en charge globalisée*

*R - S - pages 31, 32, 33*

Les objectifs de soins ont été négociés avec le patient chaque fois que cela a été possible.

- **Critère 22d – Le dossier contient les informations relatives à la prise en charge globalisée du patient par les infirmières et notamment l'énoncé des actions de soins entreprises**

*Prise en charge globalisée*

*R - S - pages 31, 32, 33*

Les actions de soins sont d'ordre technique, relationnel et éducatif. Elles peuvent figurer sous la rubrique des interventions et/ou sur un diagramme de soins.

- **Critère 23d – Le dossier contient les informations relatives à la prise en charge globalisée du patient par les infirmières et notamment les évaluations des actions de soins**

*Prise en charge globalisée*

*R - S - pages 31, 32, 33*

Les évaluations (ou résultats) des actions de soins sont notées et réajustées si nécessaire.

Elles renseignent sur l'évolution de l'état de santé de la personne soignée.

Elles mesurent l'atteinte des objectifs posés et l'efficacité des soins.

Elles peuvent être notées sous la rubrique des résultats.

- **Critère 24d – Le dossier contient les informations relatives à la prise en charge globalisée du patient par les infirmières et notamment les réajustements consécutifs aux évaluations**

*Prise en charge globalisée*

*R - S - pages 31, 32, 33*

Les réajustements sont garants de l'adaptation des soins à l'évolution de l'état de santé du patient.

- **Critère 25d – Le dossier contient les informations relatives à la prise en charge globalisée du patient par les infirmières et notamment l'évaluation régulière de l'autonomie et de la dépendance du patient**

*Prise en charge globalisée*

*R - S - pages 31, 32, 33*

Ces informations sont notamment importantes en gériatrie et SSR.

— Critères évaluant les informations recueillies par divers intervenants

- **Critère 26d – Le dossier contient, selon le cas, le diagnostic initial de kinésithérapie**

*Autres intervenants*

*R et r - S - pages 25, 33*

Les informations ayant trait aux soins dispensés par tout intervenant doivent être retrouvées dans le dossier du patient.

- **Critère 27d – Le dossier contient, selon le cas, le bilan de rééducation et les consignes de réadaptation**

*Autres intervenants*

*R et r - S - pages 25, 33*

Les informations ayant trait aux soins dispensés par tout intervenant doivent être retrouvées dans le dossier du patient.

- **Critère 28d – Le dossier contient, selon le cas, la prise en charge diététique**

*Autres intervenants*

*R et r - S - pages 25, 33*

Les informations ayant trait aux soins dispensés par tout intervenant doivent être retrouvées dans le dossier du patient.

- **Critère 29d – Le dossier contient, selon le cas, les prises en charge par d'autres intervenants**

*Autres intervenants*

*R et r - S - pages 25, 33*

Les informations ayant trait aux actions réalisées par tout intervenant doivent être retrouvées dans le dossier du patient.

Il s'agit des actions réalisées par un psychologue ou un travailleur social, etc.

— Critères évaluant les informations relatives à la prise en charge de la douleur

- **Critère 30d – Le dossier contient les informations relatives à la prise en charge de la douleur, et notamment le protocole antidouleur appliqué**

*Douleur*

*R - S - page 32*

Il s'agit du ou des protocoles de lutte contre la douleur individualisé(s) au patient.

- **Critère 31d – Le dossier contient les informations relatives à la prise en charge de la douleur, et notamment le bilan initial et le schéma thérapeutique**

*Douleur*

*R - S - page 32*

Il s'agit de l'évaluation de la douleur réalisée à l'entrée du patient et de la prise en charge envisagée du syndrome douloureux.

- **Critère 32d – Le dossier contient les informations relatives à la prise en charge de la douleur, et notamment les actions entreprises et leurs évaluations**

*Douleur*

*R - S - page 32*

Les évaluations peuvent être, si nécessaire, pluriquotidiennes.  
Le mode d'évaluation (utilisation d'une règle par exemple) est précisé.

- **Critère 33d – Le dossier contient les informations relatives à la prise en charge de la douleur, et notamment les ordonnances nominatives et individuelles de la prescription de stupéfiants**

*Douleur*

*R - S - pages 22, 26*

Ce critère ne nécessite pas d'instruction particulière.

#### III.3.4. Critères évaluant les informations enregistrées lors de la sortie du patient

- **Critère 1e – Le dossier permet de retrouver la fiche d'aptitude au retour**

*Modalités de sortie*

*R - D - page 20*

Cette fiche est aussi appelée « fiche d'aptitude à la rue » ou autorisation de sortie.  
Elle est exigée pour la sortie des hospitalisations en structure alternative de type chirurgie ambulatoire ou hôpital de jour.  
Cette fiche doit être signée par le médecin qui délivre l'autorisation de sortie.

- **Critère 2e – Le dossier permet de retrouver les modalités de sortie**

*Modalités de sortie*

*R - D - pages 20, 25*

Sont notés dans le dossier la destination du patient (domicile, institution, transfert, mutation) et le mode de sortie (seul, accompagné, en ambulance, en taxi, etc.).

- **Critère 3e – Le dossier contient, si nécessaire, l'avis de sortie contre avis médical signé par le patient**

*Modalités de sortie*

*R - D - pages 20, 25*

Il s'agit d'une modalité particulière de sortie.

- **Critère 4e – Le dossier permet de retrouver la date et l'heure de sortie**

*Modalités de sortie*

*R - D - page 20*

Ce critère ne nécessite pas d'instruction particulière.

- **Critère 5e – Le dossier contient le double de la lettre rédigée à l'occasion de la sortie**

*Documents de sortie*

*R et r - D - pages 25, 27*

Cette lettre assure la continuité des soins.  
Elle est remise directement au patient ou adressée, à sa demande, au médecin qu'il désigne dans des délais permettant la continuité de la prise en charge.

**Critère 6e – Le dossier contient la prescription de sortie et les doubles de l'ordonnance de sortie**

*Documents de sortie*

*R et r - D - pages 25, 30*

La prescription peut figurer sur la lettre de sortie remise au patient.  
Le double de l'ordonnance de sortie est parfois différent de la prescription, notamment en cas de traitement chronique à poursuivre (prescription ne figurant pas sur l'ordonnance car médicaments en possession du patient).

• **Critère 7e – Le dossier contient la synthèse de la prise en charge infirmière**

*Documents de sortie*

*R - D - page 25*

Elle synthétise la démarche clinique engagée durant le séjour de la personne soignée. Elle peut être exprimée sous forme de macro-cible de sortie.

• **Critère 8e – Le dossier contient la fiche de liaison infirmière**

*Documents de sortie*

*R - D - page 25*

Elle permet la continuité des soins infirmiers, en interne en cas de mutation, et en externe en cas de transfert ou de retour à domicile.

• **Critère 9e – Le dossier contient, si nécessaire, les fiches de liaison paramédicale**

*Documents de sortie*

*r - D -*

Ces fiches concernent la poursuite de soins spécifiques (fiche de diététicienne, de kinésithérapeute, etc.) si le relais de la prise en charge doit se faire par d'autres professionnels paramédicaux dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, de soins de suite ou de rééducation, etc.

• **Critère 10e – Le dossier contient, en cas de décès, l'heure de celui-ci, ses circonstances et les soins dispensés**

*Documents de sortie*

*r - D - page 30*

Certains services conservent une copie du certificat de décès.

• **Critère 11e – Le dossier contient, si nécessaire, le procès-verbal d'autopsie**

*Documents de sortie*

*R - D - 25*

Ce critère ne nécessite pas d'instruction particulière.

• **Critère 12e – Le dossier contient le compte rendu d'hospitalisation**

*Documents de sortie*

*R et r - D - pages 25, 27, 29*

Le compte rendu d'hospitalisation gagne à être formalisé.  
Il comporte au minimum les coordonnées du patient, les dates et lieu de l'hospitalisation, la conclusion de l'hospitalisation et les prescriptions de sortie.

La comparaison entre la date de sortie du patient et la date du compte rendu permet de calculer le délai du courrier.

- **Critère 13e** – *Le dossier contient, si nécessaire, la fiche comportant la liste des éléments remis au patient*

*Documents de sortie*

*r - D - page 30*

Il s'agit d'une liste comportant par exemple les radiographies, les résultats d'examens biologiques, etc., remis au patient lors de sa sortie.

\*\*\*

---

## **ANNEXES**

---

### **LE PROTOCOLE D'ÉVALUATION**

Le protocole d'évaluation a pour but de faciliter la réalisation de l'audit.

#### **Champ d'application**

L'évaluation porte sur la qualité de la tenue du dossier du patient pris en charge dans l'établissement de santé que ce soit en hospitalisation ou en consultation.

#### **Type d'évaluation**

Il s'agit d'une auto-évaluation rétrospective portant sur 30 dossiers par service.

La sélection des dossiers s'effectue par tirage au sort sur la base de la liste des patients sortis du service au cours des 3 derniers mois écoulés.

L'évaluation utilise une grille de critères proposés par l'Anaes et adaptée au contexte local.

La grille de critères est répartie en deux :

- la première partie est à renseigner une seule fois par service ;
- la seconde partie est à renseigner pour chaque dossier évalué.

#### **Calendrier de travail**

L'évaluation se déroulera sur une période définie compte tenu du temps nécessaire à l'analyse d'un dossier et des disponibilités des évaluateurs.

L'analyse des dossiers ne devrait pas excéder 2 mois.

La synthèse de l'audit est réalisée par le coordonnateur.

#### **Utilisation de la grille de recueil des données**

Un guide d'aide à la lecture des critères est proposé pour aider au recueil des données à l'aide de la grille.

Les modalités d'utilisation de la grille sont les suivantes :

- utiliser une grille par dossier évalué ;
- numéroter chaque grille par ordre chronologique ;
- les coordonnées du patient n'ont pas à figurer sur les grilles ; le coordonnateur est chargé de veiller au respect de la confidentialité ;
- répondre à chaque critère par OUI ou par NON ;
- commenter obligatoirement la réponse NA (non adapté ou non applicable) qui est possible pour certains critères ;
- utiliser la case « commentaires » pour préciser certaines pratiques ou organisations spécifiques au service.

### **Sources d'information**

La première partie du questionnaire est remplie à partir des protocoles existant dans le service, de l'interrogation éventuelle du responsable du dossier informatisé et d'entretiens avec le personnel du service pour évaluer leur satisfaction.

C'est le dossier du patient qui est la source exclusive des informations permettant de renseigner la deuxième partie du questionnaire.

### **Présentation des résultats**

Après avoir traité les données en valeur absolue, en s'aidant de la grille de dépouillement des résultats, il convient de les présenter en pourcentage sur le total des OUI et des NON. Les NA sont exclus du calcul de ces pourcentages.

Il est possible ensuite de présenter les résultats sous forme de graphiques ou histogrammes.

### **Recherche des causes des écarts et propositions d'un plan d'actions d'amélioration**

Cette étape est réalisée par un groupe de travail pluriprofessionnel concerné par la tenue du dossier et conduite par le coordonnateur de l'audit. L'analyse des écarts permet de définir un plan d'amélioration avec un échéancier précis et des responsables d'actions désignés.

### **Rapport d'évaluation**

Il est rédigé, suivant le type proposé, par le coordonnateur de l'audit qui en assure la diffusion au sein de l'établissement.

## GRILLE D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE LA TENUE DU DOSSIER DU PATIENT

N° de la grille :

\_\_\_\_\_

Date de l'évaluation : \_\_\_\_\_

Unité fonctionnelle : \_\_\_\_\_

Service : \_\_\_\_\_

Établissement : \_\_\_\_\_

Fonction de l'évaluateur : \_\_\_\_\_

Dans la grille, les cases grisées ne sont pas utilisables. Dans ces cas, seules les réponses «OUI » ou «NON » sont autorisées. La réponse «Non adapté » ou «Non applicable » ne peut être utilisée que pour un nombre restreint de critères et son utilisation doit être justifiée par un commentaire.

<b>I. QUESTIONS D'ORDRE GÉNÉRAL</b>				
<b>(à ne remplir qu'une seule fois par service ou pour l'établissement)</b>				
<b>CRITÈRES D'ÉVALUATION</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NA</b>	<b>COMMENTAIRES</b>
1a - Il existe un guide d'utilisation et de gestion du dossier du patient <i>Si la réponse est NON, passez au critère 14a</i> <i>Si la réponse est OUI, ce guide précise :</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2a - la composition et le classement des différents éléments constitutifs du dossier, lors de l'utilisation pendant la prise en charge du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3a - les règles d'utilisation des différents éléments du dossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4a - la responsabilité des intervenants dans la tenue du dossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5a - les règles d'accessibilité aux documents et aux informations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6a - les règles de confidentialité lors de la conservation du dossier dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7a - les règles de circulation du dossier dans l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8a - les règles d'échange d'informations avec les professionnels d'autres services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9a - les modalités de transmission des éléments utiles à la continuité des soins lors de la fin du séjour hospitalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10a - le classement des documents avant archivage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11a - le dispositif d'évaluation et d'amélioration de la tenue du dossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12a - ce guide est à la disposition de tous les professionnels devant y intervenir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13a - ce guide est réactualisé autant de fois que nécessaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

<b>Si le dossier du patient est informatisé :</b>				
14a - la base de données est déclarée à la CNIL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15a - le patient est informé et dispose d'un droit d'opposition, contestation et rectification	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
16a - les codes d'accès et les utilisateurs du dossier du patient sont définis, attribués et maintenus sous la responsabilité d'un médecin désigné par la CME ou la CM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
17a - le logiciel assure l'ineffaçabilité des informations et la traçabilité de leurs modifications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

<b>CRITÈRES D'ÉVALUATION</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NA</b>	<b>COMMENTAIRES</b>
18a - Il existe un protocole d'accès au dossier du patient par des tiers extérieurs à l'établissement <i>Si la réponse est NON, passez directement au critère 25a</i> <i>Si la réponse est OUI, le protocole précise :</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
19a - les modalités de réception de la demande d'accès	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
20a - les conditions d'accès en fonction de la qualité du demandeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
21a - les modalités de vérification de l'identité du demandeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
22a - les modalités de vérification de la qualité du médecin intermédiaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
23a - le mode de communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
24a - la traçabilité des accès au dossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
25a - Il existe une procédure systématique d'information du médecin désigné par le patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26a - L'ergonomie du dossier est satisfaisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
27a - Le matériel de stockage des dossiers est adapté à son utilisation pendant l'hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
28a - Les dossiers sont facilement accessibles à tous les acteurs de soins pendant le séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
29a - Les différentes rubriques de l'en-tête sont préimprimées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

## II. QUESTIONS À REMPLIR POUR CHAQUE DOSSIER DE L'ÉCHANTILLON

### TENUE GLOBALE DU DOSSIER

<i>CRITÈRES D'ÉVALUATION</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>NA</i>	<i>COMMENTAIRES</i>
1b - Le dossier du patient a été retrouvé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2b - Le support matériel du dossier est en bon état	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3b - Le dossier est organisé et classé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

### Chaque pièce du dossier comporte :

4b - l'identification du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5b - l'identification du contact concerné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

### Tous les éléments écrits :

6b - comportent l'identification du rédacteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7b - comportent la date et l'heure de rédaction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8b - sont lisibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9b - sont indélébiles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

### Les prescriptions médicales sont toutes :

10b - horodatées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11b - signées et comportent le nom lisible du médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

<b>ENTRÉE DU PATIENT</b>				
<b>CRITÈRES D'ÉVALUATION</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NA</b>	<b>COMMENTAIRES</b>

<b>LES INFORMATIONS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES</b>				
--	--	--	--	--

**L'identité civile du patient est notée et comporte :**

1c - le nom et le prénom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2c - le nom de famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3c - le sexe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4c - la date de naissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5c - le lieu de naissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6c - l'adresse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7c - le numéro de téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**L'identité sociale du patient est notée et comporte :**

8c - la situation professionnelle et la profession	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9c - la couverture sociale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10c - la situation familiale - <i>marié(e), célibataire, veuf(ve), divorcé(e), pacsé(e)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11c - les éventuelles personnes à charges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**La situation juridique du patient est notée, s'il y a lieu, et comporte :**

12c - la mesure de protection juridique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13c - le mode d'hospitalisation en psychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14c - la ou les identités du ou des titulaires de l'autorité parentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15c - Si le patient est majeur sous tutelle ou mineur non émancipé, le dossier contient l'autorisation de soins invasifs signée par le tuteur ou le détenteur de l'autorité parentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**L'identité de la personne à prévenir est notée et comporte :**

16c - le nom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17c - l'adresse et/ou le numéro de téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18c - le lien avec le patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>CRITÈRES D'ÉVALUATION</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NA</b>	<b>COMMENTAIRES</b>
<b>L'identité de la personne de confiance est notée, si nécessaire, et comporte :</b>				
19c - le nom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20c - l'adresse et/ou le numéro de téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21c - le lien avec le patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

22c - L'accord ou le désaccord éventuel du patient à la communication des informations concernant sa santé est noté dans le dossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23c - Le dossier permet de retrouver les modalités d'entrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24c - Le dossier permet de retrouver la date et l'heure d'entrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25c - Le dossier contient, si nécessaire, la fiche inventaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26c - Le dossier contient, s'il existe dans l'établissement, le bordereau d'enregistrement des pièces versées au dossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### LES INFORMATIONS MÉDICALES

<b>Les informations médicales comportent :</b>				
27c - les coordonnées du médecin désigné par le patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28c - les coordonnées du médecin adresseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29c - les coordonnées du médecin responsable du patient au cours de sa prise en charge hospitalière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30c - le lieu de prise en charge du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31c - le document médical à l'origine de la prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32c - les motifs d'hospitalisation ou de consultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33c - les antécédents et facteurs de risque du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
34c - le questionnaire de repérage de la maladie de Creutzfeld-Jacob, si nécessaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
35c - les conclusions de l'évaluation clinique initiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<i>CRITÈRES D'ÉVALUATION</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>NA</i>	<i>COMMENTAIRES</i>
<b>Les informations médicales comportent également :</b>				
36c - le type de prise en charge prévu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
37c - les prescriptions effectuées à l'entrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
38c - le recueil infirmier des données ou l'analyse de la situation initiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

<b>En cas de consultation externe ou de passage aux urgences, les informations médicales comportent :</b>				
39c - la nature des soins dispensés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
40c - les prescriptions établies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

41c - En cas d'hospitalisation, l'observation médicale d'entrée établie par un étudiant est validée par un médecin senior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

<b>SÉJOUR DU PATIENT</b>				
<b>CRITÈRES D'ÉVALUATION</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NA</b>	<b>COMMENTAIRES</b>

<b>Les informations médicales comprennent :</b>				
1d - les informations, facilement identifiables, recueillies auprès de tiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2d - les informations actualisées relatives à l'évolution et à la prise en charge en cours d'hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3d - les traces de la réflexion bénéfique/risque de la stratégie diagnostique et thérapeutique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4d - les correspondances échangées entre professionnels de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>Le dossier contient, selon le cas, les éléments d'informations spécialisées suivants :</b>				
5d - le dossier d'anesthésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6d - le compte rendu opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7d - le compte rendu d'accouchement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8d - les comptes rendus des examens complémentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9d - le consentement écrit du patient pour les situations qui l'exigent légalement ou réglementairement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10d - le dossier transfusionnel conforme à la réglementation en vigueur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11d - la traçabilité de la stérilisation interne pour le matériel médico-chirurgical recyclable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12d - la traçabilité des dispositifs implantables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13d - la traçabilité de la désinfection des endoscopes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14d - le compte rendu de la synthèse pluridisciplinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>Le dossier contient les éléments relatifs à l'exécution de la prescription médicale, et notamment :</b>				
15d - l'enregistrement des prescriptions médicamenteuses administrées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16d - la date et le lieu de rendez-vous des examens complémentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17d - la date et l'heure de réalisation de ces examens complémentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>CRITÈRES D'ÉVALUATION</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NA</b>	<b>COMMENTAIRES</b>
<b>Le dossier contient les informations relatives à la prise en charge globalisée du patient par les infirmières, et notamment :</b>				
18d - le recueil actualisé des données	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
19d - les observations cliniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
20d - les problèmes de santé et/ou diagnostics infirmiers identifiés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
21d - l'énoncé des objectifs de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
22d - l'énoncé des actions de soins entreprises	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
23d - les évaluations des actions de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
24d - les réajustements consécutifs aux évaluations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
25d - l'évaluation régulière de l'autonomie et de la dépendance du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>Le dossier contient, selon le cas, les informations relatives à la prise en charge par d'autres intervenants :</b>				
26d - le diagnostic initial de kinésithérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27d - le bilan de rééducation et les consignes de réadaptation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28d - la prise en charge diététique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29d - les prises en charge par d'autres intervenants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>Le dossier contient les informations relatives à la prise en charge de la douleur, et notamment :</b>				
30d - le protocole antidouleur appliqué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31d - le bilan initial et le schéma thérapeutique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32d - les actions entreprises et leurs évaluations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33d - les ordonnances nominatives et individuelles de la prescription de stupéfiants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>SORTIE DU PATIENT</b>				
<b>CRITÈRES D'ÉVALUATION</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NA</b>	<b>COMMENTAIRES</b>
<b>Le dossier permet de retrouver les éléments suivants :</b>				
1e - la fiche d'aptitude au retour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2e - les modalités de sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3e - l'avis de sortie contre avis médical signé par le patient, si nécessaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4e - la date et l'heure de sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5e - le double de la lettre rédigée à l'occasion de la sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6e - la prescription de sortie et les doubles de l'ordonnance de sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7e - la synthèse de la prise en charge infirmière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8e - la fiche de liaison infirmière, si nécessaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9e - les fiches de liaison paramédicale, si nécessaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10e - en cas de décès, l'heure de celui-ci, ses circonstances et les soins dispensés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11e - le procès-verbal d'autopsie, si nécessaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12e - le compte rendu d'hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13e - la fiche comportant la liste des éléments remis au patient, si nécessaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## GUIDE DE REMPLISSAGE DE LA GRILLE

### Critères d'ordre général



**Ils ne sont à remplir qu'une seule fois pour l'établissement, le service ou l'unité.**

*Critère 1a – Il existe un guide d'utilisation et de gestion du dossier du patient*

Ce guide ou protocole est composé de règles écrites à respecter.

Si la réponse est NON, passez directement au critère 14a.

*Critère 2a – Le guide précise la composition et le classement des différents éléments constitutifs du dossier pendant la prise en charge du patient*

Il s'agit de la précision des différents documents qui constituent le dossier actif pendant la prise en charge du patient et leur classement adopté dans l'établissement ou le service : par exemple, la fiche d'identification du patient, l'observation médicale d'entrée, les fiches de prescription médicamenteuse et d'examen complémentaires, les fiches de suivi médical, le recueil des données infirmières, etc.

Réponse NA impossible.

*Critère 3a – Le guide précise les règles d'utilisation des différents éléments*

Il s'agit de règles précisant les modalités d'utilisation des divers documents composant le dossier et les personnes responsables des écrits.

Réponse NA impossible.

*Critère 4a – Le guide précise la responsabilité des intervenants dans la tenue du dossier*

Il s'agit de la définition des responsabilités des personnes dans le rangement des divers éléments du dossier.

Réponse NA impossible.

*Critère 5a – Le guide précise les règles d'accessibilité aux documents et aux informations*

Ces règles définissent les droits d'accès des professionnels du service au dossier du patient et aux informations qu'il contient.

Réponse NA impossible.

*Critère 6a – Le guide précise les règles de confidentialité lors de la conservation du dossier dans le service*

Ces règles précisent les modalités de conservation du dossier dans le service afin de préserver la confidentialité de la présence du patient et des informations le concernant

Réponse NA impossible.

*Critère 7a – Le guide précise les règles de circulation du dossier dans l'établissement*

Il s'agit des modalités et responsabilités de circulation du dossier (par exemple dans une pochette scellée et opaque).

Il s'agit des conditions de transport du dossier permettant de respecter la confidentialité des informations circulantes.

Réponse NA impossible.

*Critère 8a – Le guide précise les règles d'échange d'informations avec les professionnels d'autres services*

Les informations à transmettre en fonction du professionnel destinataire sont définies en particulier en précisant les formulaires spécifiques à utiliser.

Réponse NA impossible.

*Critère 9a – Le guide précise les modalités de transmission des éléments utiles à la continuité des soins lors de la fin du séjour hospitalier*

Il est précisé que les informations nécessaires à la continuité des soins sont remises au patient au moment de sa sortie ou, si le patient le demande, envoyées au médecin de son choix.

Ces informations ne sont pas seulement médicales, elles peuvent être des éléments nécessaires à la continuité des soins paramédicaux.

Réponse NA impossible.

*Critère 10a – Le guide précise le classement des documents avant archivage*

Il s'agit de règles précisant le tri nécessaire des documents composant le dossier avant son archivage, l'ordre de classement de ces documents dans le dossier à archiver ainsi que les personnes responsables de ces actions.

Réponse NA impossible.

*Critère 11a – Le guide précise le dispositif d'évaluation et d'amélioration de la tenue du dossier*

Le guide précise succinctement les modalités mises en œuvre pour l'évaluation régulière de la qualité du dossier et le suivi de son amélioration : évaluateurs, périodicité, nombre de dossiers à évaluer et référentiel à utiliser.

Il n'est pas nécessaire d'être trop précis, ces modalités pouvant varier dans le temps.

Réponse NA impossible.

*Critère 12a – Ce guide est à la disposition de tous les professionnels devant y intervenir*

Le guide est notamment remis pour lecture à chaque nouveau personnel médical ou paramédical (y compris les étudiants) et accessible dans le service à tous les autres professionnels ayant à l'utiliser.

Réponse NA impossible.

*Critère 13a – Ce guide est réactualisé autant de fois que nécessaire*

Les réactualisations du guide suivent les modifications des éléments constitutifs du dossier, des droits d'accès, etc., et les évolutions de la législation.

Réponse NA impossible.

*Critère 14a – Si le dossier est informatisé, la base de données est déclarée à la CNIL*

Tout fichier contenant des données nominatives doit être déclaré à la CNIL.

Réponse NA impossible.

*Critère 15a – Si le dossier est informatisé, le patient est informé et dispose d'un droit d'opposition, contestation et rectification*

L'information figure au moins dans le livret d'accueil. Il peut aussi s'agir d'affiches disposées dans les services ou les secrétariats en particulier de consultation.

Réponse NA impossible.

*Critère 16a – Si le dossier est informatisé, les codes d'accès et les utilisateurs du dossier du patient sont définis, attribués et maintenus sous la responsabilité d'un médecin désigné par la CME ou la CM*

Tout professionnel de santé est responsable, à son niveau, de la protection des données concernant les patients qu'il prend en charge. Il peut déléguer cette responsabilité à un autre professionnel de santé.

Ce critère est à adapter au fonctionnement défini dans l'établissement.

Réponse NA impossible.

*Critère 17a – Si le dossier est informatisé, le logiciel assure l'ineffaçabilité des informations et la traçabilité de leurs modifications*

Il s'agit d'une obligation médico-légale.

Réponse NA impossible.

*Critère 18a – Il existe un protocole d'accès au dossier du patient par des tiers extérieurs à l'établissement*

Le protocole regroupe les règles d'accès et de communication des informations enregistrées dans le dossier du patient, au patient ou à des tiers extérieurs à l'établissement.

Si la réponse est NON, passez directement au critère 25a.

*Critère 19a – Le protocole précise les modalités de réception de la demande d'accès*

Le protocole précise les modalités de réception de la demande d'accès au dossier et notamment de gestion des demandes par fax parvenues de professionnels d'autres établissements.

Réponse NA impossible.

*Critère 20a – Le protocole précise les conditions d'accès en fonction de la qualité du demandeur*

Chaque accès est précisé en fonction du demandeur.

Pour les ayants droit, il ne faut pas oublier de connaître le motif de la demande.

Réponse NA impossible.

*Critère 21a – Le protocole précise les modalités de vérification de l'identité du demandeur*

Avant toute communication, l'établissement doit s'assurer de l'identité du demandeur.

Réponse NA impossible.

*Critère 22a – Le protocole précise les modalités de vérification de la qualité du médecin intermédiaire*

Le médecin intermédiaire doit être inscrit à l'Ordre des médecins et ne pas être médecin d'assurances.

Réponse NA impossible.

*Critère 23a – Le protocole précise le mode de communication*

Il doit être proposé soit :

- la consultation sur place, avec ou sans accompagnement médical, avec ou sans la présence d'une tierce personne ;
- l'envoi de copies.

L'établissement doit également préciser le mode de communication par défaut qu'il a retenu.

Réponse NA impossible.

*Critère 24a – Le protocole précise la traçabilité des accès au dossier*

Il s'agit de retrouver la trace de chaque accès au dossier par un tiers extérieur à l'établissement dans le dossier : original de la demande, réponse apportée à la demande, pièces transmises.

Réponse NA impossible.

*Critère 25a – Il existe une procédure systématique d'information du médecin désigné par le patient*

Les hôpitaux publics et les hôpitaux privés participant au service public hospitalier sont tenus d'avertir le médecin, désigné par le patient ou sa famille, de la date et de l'heure d'admission du patient, et de fournir les coordonnées du service dans lequel le patient est hospitalisé.

La réponse NA est autorisée pour les autres types d'établissements.

*Critère 26a – L'ergonomie du dossier est satisfaisante*

Les utilisateurs du dossier sont satisfaits du dossier en termes de qualité des supports (feuilles de recueil de données, feuilles de prescription, etc.), du classement interne, etc.

L'ergonomie du dossier répond aux attentes des professionnels et se trouve adaptée à son utilisation quotidienne.

Réponse NA impossible.

*Critère 27a – Le matériel de stockage des dossiers est adapté à son utilisation pendant l'hospitalisation*

Le matériel servant au stockage des dossiers pendant l'hospitalisation satisfait les utilisateurs. Il s'agit des classeurs, des chariots, etc.

Ce matériel est également apte à préserver la confidentialité.

Réponse NA impossible.

*Critère 28a – Les dossiers sont facilement accessibles à tous les acteurs de soins pendant le séjour*

Le dossier du patient est accessible dans toutes ses composantes aux professionnels de santé du service ayant en charge le patient.

Il s'agit bien d'un dossier partagé entre les professionnels du service ayant le droit d'accès.

Pour ces professionnels, le dossier est en permanence accessible afin qu'ils puissent y noter les informations utiles à leur pratique.

Réponse NA impossible.

*Critère 29a – Les différentes rubriques de l'en-tête sont préimprimées*

L'en-tête du dossier est préimprimé, facilitant ainsi l'identification du dossier ; par exemple : en-tête de l'hôpital, identification du patient, numéro du dossier, etc.

Il s'agit d'une aide à l'identification du dossier permettant d'individualiser le dossier au patient.

Réponse NA impossible.

## Critères propres à chaque dossier



**Ce sont les critères à remplir pour chaque dossier de l'échantillon.**

### — Critères qui explorent la tenue globale du dossier

#### Critère 1b – *Le dossier a été retrouvé*

Ne pas retrouver le dossier est un dysfonctionnement grave à l'origine de la perte d'informations lors d'une nouvelle prise en charge du patient.

Ce critère analyse la qualité de l'archivage.

Il est possible d'ajouter à ce critère un délai de temps d'accès au dossier qui réponde aux besoins des professionnels (urgence ou non).

Réponse NA impossible.

#### Critère 2b – *Le support matériel du dossier est en bon état*

Ce critère analyse la qualité de l'archivage. Lorsque le support du dossier est en mauvais état (présence de ruban adhésif, de colle, d'agrafes retenant le dossier, de dossier déchiré), le service des archives réalise ou fait réaliser son remplacement.

Réponse NA impossible.

#### Critère 3b – *Le dossier est organisé et classé*

Soit l'établissement a rédigé une procédure de classement des documents composant le dossier pour son archivage et c'est le respect de ce classement qui est évalué.

Soit l'établissement ne dispose pas d'une procédure particulière et c'est le classement défini dans l'article R. 1112-2 du CSP qui s'applique et son respect qui est évalué.

Réponse NA impossible.

#### Critère 4b – *Chaque pièce du dossier comporte l'identification du patient*

Chaque pièce du dossier doit comporter l'identité du patient (nom, prénom, date de naissance ou numéro d'identification).

Réponse NA impossible.

#### Critère 5b – *Chaque pièce du dossier comporte l'identification du contact concerné*

Chaque pièce du dossier est identifiée à l'épisode de soins concerné.

Il peut s'agir du numéro d'hospitalisation ou de la date de la consultation.

Réponse NA impossible.

*Critère 6b – Tous les éléments écrits comportent l'identification du rédacteur*

Chaque écrit est-il identifié au professionnel qui l'a réalisé ?

Il s'agit de trouver le nom du rédacteur, sa fonction et sa signature. Ceci concerne notamment l'observation médicale d'entrée et le recueil infirmier de données.

Réponse NA impossible.

*Critère 7b – Tous les éléments écrits comportent la date et l'heure de rédaction*

Chaque écrit doit être daté.

Il est recommandé de faire figurer l'heure de chaque écrit dans un souci de traçabilité.

Réponse NA impossible.

Il est possible de décliner ce critère en deux « sous-critères », le premier évaluant la présence de la date et le second la présence de l'heure.

*Critère 8b – Tous les éléments écrits sont lisibles*

Les écrits doivent être lisibles pour ne prêter à aucune interprétation.

Réponse NA impossible.

*Critère 9b – Tous les éléments écrits sont indélébiles*

Les écrits doivent être indélébiles pour ne prêter à aucune discussion en matière de responsabilité.

Ce critère est une recommandation pour les médecins et une exigence pour les infirmières.

Réponse NA impossible.

*Critère 10b – Les prescriptions médicales sont toutes horodatées*

Il s'agit bien de retrouver pour chaque prescription médicale la date et l'heure de celle-ci.

Le terme de prescription médicale ne concerne pas uniquement les prescriptions médicamenteuses, mais aussi les prescriptions de surveillance, d'examens complémentaires, etc.

Réponse NA impossible.

*Critère 11b – Les prescriptions médicales sont toutes signées et comportent le nom lisible du médecin*

Il s'agit bien de retrouver pour chaque prescription médicale la signature du médecin ainsi que son nom lisible.

Si les initiales du médecin sont utilisées à la place de son nom, leur signification doit figurer dans le dossier.

Réponse NA impossible.

— *Critères évaluant les informations saisies à l'entrée du patient*

Ces critères concernent :

- des informations socio-démographiques ;
- des informations médicales.

*Critère 1c – L'identité civile du patient est notée et comporte son nom et son prénom*

L'identité du patient est très importante pour éviter les erreurs de dossier.

Réponse NA impossible.

*Critère 2c – L'identité civile du patient est notée et comporte son nom de famille*

Il s'agit du nom de naissance encore appelé nom patronymique ou de jeune fille.

Ce nom est intangible, il est donc très important chez les femmes.

Réponse NA possible pour un homme.

*Critère 3c – L'identité civile du patient est notée et comporte le sexe*

Cette information est pertinente pour identifier parfaitement le patient.

Réponse NA impossible.

*Critère 4c – L'identité civile du patient est notée et comporte sa date de naissance*

Cette information est réglementaire.

Réponse NA impossible.

*Critère 5c – L'identité civile du patient est notée et comporte son lieu de naissance*

Cette information permet de gérer les éventuels doublons d'identité.

Réponse NA impossible.

*Critère 6c – L'identité civile du patient est notée et comporte son adresse*

Cette information permet de gérer les éventuels doublons d'identité.

Il s'agit d'un élément important au cas où il faudrait contacter le patient.

Si celle-ci est inconnue ou que le patient est sans domicile fixe, cette notion doit figurer dans le dossier et l'information est alors considérée comme présente.

Réponse NA impossible.

*Critère 7c – L'identité civile du patient est notée et comporte son numéro de téléphone*

Il s'agit d'un élément important au cas où il faudrait contacter le patient.

Si le patient ne dispose pas de téléphone, cette notion doit figurer dans le dossier et l'information est alors considérée comme présente.

Réponse NA impossible.

*Critère 8c – L'identité sociale du patient est notée et comporte sa situation professionnelle et sa profession*

Cette information est intéressante pour certaines pathologies professionnelles mais aussi pour les éventuelles suites à donner après le séjour hospitalier (reclassement, etc.).

La situation professionnelle s'entend comme : actif, retraité, invalide, demandeur d'emploi, mi-temps thérapeutique, maladie de longue durée, étudiant, niveau de scolarité, etc.

La profession correspond au métier exercé.

*Critère 9c – L'identité sociale du patient est notée et comporte la couverture sociale*

Cette information est intéressante pour orienter certaines démarches médicales : possibilité de bilan ambulatoire ou non, nécessité d'un contact avec l'assistant social du service, etc.

Réponse NA impossible.

*Critère 10c – La situation familiale du patient est notée*

Il s'agit de connaître si le patient est marié, célibataire, veuf, divorcé, pacsé. Cette information peut concerner un mineur, sinon c'est la situation familiale des parents qui est notée.

Cette information est importante en cas de besoin d'accès à un proche, notamment pour assurer le relais des soins.

Réponse NA en général possible pour les mineurs.

*Critère 11c – Les éventuelles personnes à charge sont notées*

Il s'agit de connaître les éventuels enfants et/ou personnes à charges.

Ceci renseigne sur les possibilités de soins à domicile mais permet aussi de proposer des aides individualisées à la situation.

Réponse NA en général possible pour les mineurs.

*Critère 12c – La situation juridique du patient est notée, s'il y a lieu, et comporte la mesure de protection juridique*

Si la personne est sous tutelle, les coordonnées du tuteur sont notées pour répondre OUI.

Cette information est importante pour connaître la personne à qui demander l'autorisation d'actes invasifs.

Elle peut aussi être précisée si le patient fait l'objet d'une mesure de protection civile : sauvegarde, curatelle.

*Critère 13c – La situation juridique du patient est notée, s'il y a lieu, et comporte le mode d'hospitalisation en psychiatrie*

L'hospitalisation en psychiatrie relève de réglementations différentes selon qu'il s'agit d'hospitalisation libre (HL), d'hospitalisation d'office (HO) ou d'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT).

Il est important de savoir si l'hospitalisation est consentie ou imposée.

*Critère 14c – La situation juridique du patient est notée, s'il y a lieu, et comporte la ou les identités du ou des titulaires de l'autorité parentale*

Cette information concerne les mineurs. Elle permet de connaître la personne à qui demander l'autorisation de soins.

Réponse NA possible si le patient est majeur.

*Critère 15c – Si le patient est majeur sous tutelle ou mineur non émancipé, le dossier contient l'autorisation de soins invasifs signée par le tuteur ou le détenteur de l'autorité parentale*

Cette autorisation de soins est spécifique d'un acte et doit être renouvelée pour chaque acte invasif, hors situation d'urgence.

*Critère 16c – L'identité de la personne à prévenir est notée et comporte son nom*

Cette information est importante pour le personnel en cas de nécessité.

Si le patient refuse de fournir cette identité, ce refus doit figurer dans le dossier. Dans ce cas répondre OUI.

Réponse NA possible uniquement si le patient est seul ou incapable de s'exprimer.

*Critère 17c – L'identité de la personne à prévenir est notée et comporte son adresse et/ou son numéro de téléphone*

L'adresse permet de contacter la personne par télégramme en cas de difficultés pour la joindre par téléphone.

Si le patient refuse de fournir cette identité, ce refus doit figurer dans le dossier. Dans ce cas répondre OUI.

Réponse NA possible uniquement si le patient est seul ou incapable de s'exprimer.

*Critère 18c – L'identité de la personne à prévenir est notée et comporte son lien avec le patient*

Il s'agit de savoir si la personne à prévenir est un parent, un ami, un voisin, etc.

Si le patient refuse de fournir cette identité, ce refus doit figurer dans le dossier. Dans ce cas répondre OUI.

Réponse NA possible uniquement si le patient est seul ou incapable de s'exprimer.

*Critère 19c – L'identité de la personne de confiance est notée, si nécessaire, et comporte son nom*

Le patient a la faculté de désigner ou non une personne de confiance.

En cas de refus, celui-ci doit être signifié à cette place. Dans ce cas répondre OUI.

Réponse NA possible uniquement si le patient est incapable de s'exprimer.

*Critère 20c – L'identité de la personne de confiance est notée, si nécessaire, et comporte son adresse et/ou son numéro de téléphone*

L'adresse permet de contacter la personne par télégramme en cas de difficultés pour la joindre par téléphone.

Réponse NA possible uniquement si le patient est incapable de s'exprimer.

*Critère 21c – L'identité de la personne de confiance est notée, si nécessaire, et comporte son lien avec le patient*

Il s'agit de savoir si la personne de confiance est un parent, un proche ou un médecin désigné par le patient.

Réponse NA possible uniquement si le patient est incapable de s'exprimer.

*Critère 22c – L'accord ou le désaccord éventuel du patient à la communication des informations concernant sa santé est noté dans le dossier*

Le dossier doit comporter une fiche spécifique sur laquelle sont notés éventuellement :

- le souhait du patient de garder la confidentialité ou même le secret sur sa présence dans l'établissement ;
- le refus ou l'autorisation du patient de voir communiquer les informations concernant sa santé à certaines personnes.

Réponse NA possible uniquement si le patient est incapable de s'exprimer.

*Critère 23c – Le dossier permet de retrouver les modalités d'entrée*

Sont notés dans le dossier la provenance du patient (domicile, institution, transfert d'un autre établissement) et le mode d'admission (urgence, directe, programmée).

Réponse NA impossible.

*Critère 24c – Le dossier permet de retrouver la date et l'heure d'entrée*

L'heure d'entrée est importante car elle permet de reconnaître une action effectuée dans le cadre de l'urgence.

En cas de consultation, la date de celle-ci figure dans le dossier.

Réponse NA impossible.

*Critère 25c – Le dossier contient, si nécessaire, la fiche inventaire*

Il s'agit de la fiche sur laquelle sont enregistrés les effets personnels du patient.

Cette fiche est obligatoire en psychiatrie, recommandée en réanimation, gériatrie et SSR.

*Critère 26c – Le dossier contient, s’il existe dans l’établissement, le bordereau d’enregistrement des pièces versées au dossier*

Ce bordereau est régulièrement tenu à jour.

*Critère 27c – Les informations médicales comportent les coordonnées du médecin désigné par le patient*

Il s’agit du médecin traitant ou du médecin spécialiste dont le nom est fourni par le patient ou son entourage. Si le patient ne désire pas désigner ce médecin, son choix doit figurer à cet endroit.

En cas d’hospitalisation dans un établissement public ou PSPH, ce praticien devra être averti de l’hospitalisation de son patient.

C’est à ce médecin que sera transmis, à la demande du patient, le compte rendu de consultation ou d’hospitalisation.

Réponse NA possible si le patient refuse ou ne peut désigner ce médecin.

*Critère 28c – Les informations médicales comportent les coordonnées du médecin adresseur*

Il s’agit du médecin qui a adressé le patient en consultation ou en hospitalisation.

Ce médecin pourra accéder aux informations du patient seulement après accord du patient.

Réponse NA possible en cas d’hospitalisation sans avis médical préalable.

*Critère 29c – Les informations médicales comportent les coordonnées du médecin responsable du patient au cours de sa prise en charge hospitalière*

Le médecin hospitalier responsable du patient doit être identifié, qu’il s’agisse d’une hospitalisation ou d’une consultation.

Ce médecin est celui qui aura la responsabilité de la prise en charge du patient, de la communication au patient des informations contenues dans le dossier, et de la possibilité de trier le dossier avant archivage.

Réponse NA impossible.

*Critère 30c – Les informations médicales comportent le lieu de prise en charge du patient*

Le service ou l’unité fonctionnelle dans laquelle le patient a été pris en charge est noté dans le dossier.

Il pourra s’agir du lieu de consultation (ex. : consultation de chirurgie X ou consultation du Dr Y).

Réponse NA impossible.

*Critère 31c – Les informations médicales comportent le document médical à l'origine de la prise en charge*

Il s'agit de la lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission :

- lettre du médecin adresseur ;
- lettre de mutation inter-services ;
- fiche des urgences ;
- lettre de consultation hospitalière.

Réponse NA impossible.

*Critère 32c – Les informations médicales comportent les motifs d'hospitalisation ou de consultation*

Ces informations figurent sur l'observation médicale d'entrée ou la fiche de consultation. Il peut s'agir d'un symptôme, d'une maladie, d'une anomalie découverte fortuitement lors d'un examen complémentaire, etc.

Réponse NA impossible.

*Critère 33c – Les informations médicales comportent les antécédents et facteurs de risque du patient*

Si la recherche d'antécédents et de facteurs de risque est négative, il convient de le préciser.

Réponse NA impossible.

*Critère 34c – Les informations médicales comportent, si nécessaire, le questionnaire de repérage de la maladie de Creutzfeld-Jacob*

La recherche de facteurs de risque de la maladie de Creutzfeld-Jacob doit être présente pour les cas qui l'exigent.

Il s'agit des situations à risque d'infection par le prion (acte invasif type endoscopie et chirurgie surtout sur le système nerveux).

*Critère 35c – Les informations médicales comportent les conclusions de l'évaluation clinique initiale*

Cette information doit conclure l'observation médicale d'entrée. Ces conclusions doivent être portées dans le dossier dans les meilleurs délais après l'admission du patient.

Réponse NA impossible.

*Critère 36c – Les informations médicales comportent le type de prise en charge prévu*

Il peut s'agir d'une hospitalisation de jour, de semaine, complète pour un bilan, une surveillance, un traitement.

Réponse NA impossible.

*Critère 37c – Les informations médicales comportent les prescriptions effectuées à l'entrée*

Il s'agit bien de tout type de prescriptions, qu'elles soient d'examen complémentaire, de surveillance ou de traitement.

Réponse NA impossible.

*Critère 38c – Les informations médicales comportent le recueil infirmier des données ou l'analyse de la situation initiale*

Il peut être présenté sous forme :

- d'une macro-cible d'entrée si les IDE utilisent les transmissions ciblées ;
- ou d'une fiche de recueil de données spécifique.

Il concerne les éléments de connaissance de la personne soignée et comporte, en plus des données médicales, le mode de vie, les besoins et les attentes du patient.

Réponse NA impossible.

*Critère 39c – En cas de consultation externe ou de passage aux urgences les informations médicales comportent la nature des soins dispensés*

Le compte rendu de consultation ou de passage aux urgences fait partie du dossier du patient. Les soins réalisés dans ces cas doivent être notés sur ce compte rendu.

*Critère 40c – En cas de consultation externe ou de passage aux urgences les informations médicales comportent les prescriptions établies*

Le compte rendu de consultation ou de passage aux urgences fait partie du dossier du patient. Les prescriptions établies dans ces cas doivent être notées sur ce compte rendu.

Il s'agit bien de tout type de prescriptions, qu'elles soient d'examen complémentaire, de surveillance ou de traitement.

*Critère 41c – En cas d'hospitalisation, l'observation médicale d'entrée établie par un étudiant est validée par un médecin senior*

L'observation médicale d'entrée établie par un étudiant doit être validée ou corrigée par un senior.

— *Critères évaluant les informations recueillies durant le séjour du patient*

Ces critères concernent :

- les informations médicales ;
- les informations spécialisées ;
- l'exécution des prescriptions ;
- la prise en charge globalisée du patient ;
- les informations recueillies par divers intervenants ;
- les informations relatives à la prise en charge de la douleur.

*Critère 1d – Les informations médicales comprennent les informations, facilement identifiables, recueillies auprès de tiers*

Il s'agit des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique du patient (en général recueillies à l'insu du patient) ou concernant de tels tiers.

Ces informations n'étant pas communicables, il est recommandé de les saisir sur une fiche spécifique facilement identifiable.

Réponse NA possible, si la feuille étant vierge a été supprimée du dossier avant archivage.

*Critère 2d – Les informations médicales comprennent les informations actualisées relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation*

Il s'agit des informations sur l'évolution de l'état clinique, les soins reçus ou devant être reçus, et les examens paracliniques réalisés (notamment d'imagerie médicale).

Ces informations sont saisies sur des fiches de « suivi médical ».

Les infirmières noteront leur propres informations dans le dossier de soins (cf. critères 20d, 21d, 22d).

Réponse NA impossible.

*Critère 3d – Les informations médicales comprennent les traces de la réflexion bénéfique/risque de la stratégie diagnostique et thérapeutique*

Cette réflexion doit être adoptée, avec le patient, avant chaque acte invasif ou traitement lourd (article L. 1110-5 du CSP).

*Critère 4d – Les informations médicales comprennent les correspondances échangées entre professionnels de santé*

Ce critère ne nécessite pas d'instruction particulière.

*Critère 5d – Le dossier contient, selon le cas, le dossier d'anesthésie*

Le dossier d'anesthésie comprend la consultation préanesthésique, la fiche opératoire et le suivi en salle de surveillance postopératoire.

Ce dossier est constitué pour toute anesthésie autre que locale.

*Critère 6d – Le dossier contient, selon le cas, le compte rendu opératoire*

Chaque intervention doit donner lieu à un compte rendu opératoire dont le contenu doit être conforme aux recommandations du Conseil de l'Ordre des médecins.

*Critère 7d – Le dossier contient, selon le cas, le compte rendu d'accouchement*

Ce critère ne nécessite pas d'instruction particulière.

*Critère 8d – Le dossier contient, selon le cas, les comptes rendus des examens complémentaires*

Le dossier doit comporter les comptes rendus des examens complémentaires significatifs, par exemple les comptes rendus d'imagerie médicale et d'anatomo-pathologie.

*Critère 9d – Le dossier contient le consentement écrit du patient pour les situations qui l'exigent légalement ou réglementairement*

Il s'agit notamment des cas de transfusion, dépistage du VIH, greffes de tissus humains, procréation médicalement assistée, recherche biomédicale, chirurgie esthétique, etc.

*Critère 10d – Le dossier contient, selon le cas, le dossier transfusionnel conforme à la réglementation en vigueur*

Le dossier transfusionnel contient la copie de l'information écrite délivrée au patient et au médecin traitant, la fiche transfusionnelle, la carte de groupe sanguin ou sa copie, la prescription médicale signée, la fiche de distribution nominative, les résultats du RAI et le cas échéant la fiche d'incident transfusionnel.

*Critère 11d – Le dossier contient, selon le cas, la traçabilité de la stérilisation interne pour le matériel médico-chirurgical recyclable*

La traçabilité des actes, du matériel, ainsi que des procédés et procédures de traitement des dispositifs médicaux doit être assurée chaque fois qu'il est fait usage de matériel recyclable en contact avec des tissus considérés comme infectieux (circulaire DGS/5C/DHOS/E2 n° 2001-138 du 14 mars 2001).

*Critère 12d – Le dossier contient, selon le cas, la traçabilité des dispositifs implantables*

Ce critère ne nécessite pas d'instruction particulière.

*Critère 13d – Le dossier contient, selon le cas, la traçabilité de la désinfection des endoscopes*

Ce critère ne nécessite pas d'instruction particulière.

*Critère 14d – Le dossier contient, selon le cas, le compte rendu de la synthèse pluridisciplinaire*

Ce compte rendu concerne les synthèses pluridisciplinaires de cancérologie, de psychiatrie, etc.

Cette synthèse peut être hebdomadaire en SSR, elle permet la saisie du PMSI-SSR.

*Critère 15d – Le dossier contient les éléments relatifs à l'exécution de la prescription médicale et notamment l'enregistrement des prescriptions médicamenteuses administrées*

Cet enregistrement comporte la date et l'heure, le nom du produit, sa forme galénique, la voie d'administration, la dose administrée, le nom du dispensateur avec sa signature.

*Critère 16d – Le dossier contient les éléments relatifs à l'exécution de la prescription médicale et notamment la date et le lieu de rendez-vous des examens complémentaires*

Cet enregistrement concerne notamment les radiographies, les endoscopies, le scanner ou les examens biologiques qui nécessitent un rendez-vous, les consultations auprès d'autres professionnels de santé, etc.

*Critère 17d – Le dossier contient les éléments relatifs à l'exécution de la prescription médicale et notamment la date et l'heure de réalisation de ces examens complémentaires*

L'heure peut être importante en cas de survenue d'effet indésirable (allergie, etc.).

*Critère 18d – Le dossier contient les informations relatives à la prise en charge globalisée du patient par les infirmières et notamment le recueil actualisé des données*

Le recueil des données est régulièrement mis à jour. Il est daté et identifié par l'infirmière qui l'a réalisé.

Réponse NA impossible.

*Critère 19d – Le dossier contient les informations relatives à la prise en charge globalisée du patient par les infirmières et notamment les observations cliniques*

Les observations cliniques comprennent la surveillance des paramètres cliniques. Elles documentent la situation problématique de la personne soignée par rapport à sa santé.

Elles permettent d'identifier les diagnostics infirmiers à prendre en charge.

Elles alimentent la rubrique des données des transmissions ciblées.

Réponse NA impossible.

Critère 20d – *Le dossier contient les informations relatives à la prise en charge globalisée du patient par les infirmières et notamment les problèmes de santé et/ou diagnostics infirmiers identifiés*

Ils définissent les problèmes de santé identifiés.

Ils intègrent trois composantes :

- la difficulté ressentie par le patient ;
- la ou les causes probables ou réelles ;
- les signes qui permettent d'identifier le problème.

Ils peuvent être notés sous forme de cibles.

Réponse NA impossible.

Critère 21d – *Le dossier contient les informations relatives à la prise en charge globalisée du patient par les infirmières et notamment l'énoncé des objectifs de soins*

Les objectifs de soins ont été négociés avec le patient chaque fois que cela a été possible.

Réponse NA impossible.

Critère 22d – *Le dossier contient les informations relatives à la prise en charge globalisée du patient par les infirmières et notamment l'énoncé des actions de soins entreprises*

Les actions de soins sont d'ordre technique, relationnel et éducatif.

Elles peuvent figurer sous la rubrique des interventions et/ou sur un diagramme de soins.

Réponse NA impossible.

Critère 23d – *Le dossier contient les informations relatives à la prise en charge globalisée du patient par les infirmières et notamment les évaluations des actions de soins*

Les évaluations (ou résultats) des actions de soins sont notées et réajustées si nécessaire.

Elles renseignent sur l'évolution de l'état de santé de la personne soignée.

Elles mesurent l'atteinte des objectifs posés et l'efficacité des soins.

Elles peuvent être notées sous la rubrique des résultats.

Réponse NA impossible.

Critère 24d – *Le dossier contient les informations relatives à la prise en charge globalisée du patient par les infirmières et notamment les réajustements consécutifs aux évaluations*

Les réajustements sont garants de l'adaptation des soins à l'évolution de l'état de santé du patient.

Réponse NA impossible.

Critère 25d – *Le dossier contient les informations relatives à la prise en charge globalisée du patient par les infirmières et notamment l'évaluation régulière de l'autonomie et de la dépendance du patient*

Ces informations sont notamment importantes en gériatrie et SSR.

Critère 26d – *Le dossier contient, selon le cas, le diagnostic initial de kinésithérapie*

Les informations ayant trait aux soins dispensés par tout intervenant doivent être retrouvées dans le dossier du patient.

Critère 27d – *Le dossier contient, selon le cas, le bilan de rééducation et les consignes de réadaptation*

Les informations ayant trait aux soins dispensés par tout intervenant doivent être retrouvées dans le dossier du patient.

Critère 28d – *Le dossier contient, selon le cas, la prise en charge diététique*

Les informations ayant trait aux soins dispensés par tout intervenant doivent être retrouvées dans le dossier du patient.

Critère 29d – *Le dossier contient, selon le cas, les prises en charge par d'autres intervenants*

Les informations ayant trait aux actions réalisées par tout intervenant doivent être retrouvées dans le dossier du patient.

Il s'agit des actions réalisées par un psychologue ou un travailleur social, etc.

Critère 30d – *Le dossier contient les informations relatives à la prise en charge de la douleur, et notamment le protocole antidouleur appliqué*

Il s'agit du ou des protocoles de lutte contre la douleur individualisé(s) au patient.

Critère 31d – *Le dossier contient les informations relatives à la prise en charge de la douleur, et notamment le bilan initial et le schéma thérapeutique*

Il s'agit de l'évaluation de la douleur réalisée à l'entrée du patient et de la prise en charge du syndrome douloureux envisagée.

Critère 32d – *Le dossier contient les informations relatives à la prise en charge de la douleur, et notamment les actions entreprises et leurs évaluations*

Les évaluations peuvent être, si nécessaire, pluriquotidiennes.

Le mode d'évaluation (utilisation d'une règle par exemple) est précisé.

Critère 33d – *Le dossier contient les informations relatives à la prise en charge de la douleur, et notamment les ordonnances nominatives et individuelles de la prescription de stupéfiants*

Ce critère ne nécessite pas d'instruction particulière.

— *Critères évaluant les informations enregistrées lors de la sortie du patient*

*Critère 1e – Le dossier permet de retrouver la fiche d'aptitude au retour*

Cette fiche est aussi appelée « fiche d'aptitude à la rue » ou autorisation de sortie.

Elle est exigée pour la sortie des hospitalisations en structure alternative de type chirurgie ambulatoire ou hôpital de jour.

Cette fiche doit être signée par le médecin qui délivre l'autorisation de sortie.

*Critère 2e – Le dossier permet de retrouver les modalités de sortie*

Sont notés dans le dossier la destination du patient (domicile, institution, transfert, mutation) et le mode de sortie (seul, accompagné, en ambulance, en taxi, etc.).

Réponse NA impossible.

*Critère 3e – Le dossier contient, si nécessaire, l'avis de sortie contre avis médical signé par le patient*

Il s'agit d'une modalité particulière de sortie.

*Critère 4e – Le dossier permet de retrouver la date et l'heure de sortie*

Ce critère ne nécessite pas d'instruction particulière.

Réponse NA impossible.

*Critère 5e – Le dossier contient le double de la lettre rédigée à l'occasion de la sortie*

Cette lettre assure la continuité des soins.

Elle est remise directement au patient ou adressée, à sa demande, au médecin qu'il désigne dans des délais permettant la continuité de la prise en charge.

Réponse NA impossible.

*Critère 6e – Le dossier contient la prescription de sortie et les doubles de l'ordonnance de sortie*

La prescription peut figurer sur la lettre de sortie remise au patient.

Le double de l'ordonnance de sortie est parfois différent de la prescription, notamment en cas de traitement chronique à poursuivre (prescription ne figurant pas sur l'ordonnance car médicaments en possession du patient).

*Critère 7e – Le dossier contient la synthèse de la prise en charge infirmière*

Elle synthétise la démarche clinique engagée durant le séjour de la personne soignée.

Elle peut être exprimée sous forme de macro-cible de sortie.

Réponse NA impossible.

*Critère 8e – Le dossier contient la fiche de liaison infirmière*

Elle permet la continuité des soins infirmiers, en interne en cas de mutation, et en externe en cas de transfert ou de retour à domicile.

*Critère 9e – Le dossier contient, si nécessaire, les fiches de liaison paramédicale*

Ces fiches concernent la poursuite de soins spécifiques (fiche de diététicienne, de kinésithérapeute, etc.) si le relais de la prise en charge doit se faire par d'autres professionnels paramédicaux dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, de soins de suite ou de rééducation, etc.

*Critère 10e – Le dossier contient, en cas de décès, l'heure de celui-ci, ses circonstances et les soins dispensés*

Certains services conservent une copie du certificat de décès.

*Critère 11e – Le dossier contient, si nécessaire, le procès-verbal d'autopsie*

Ce critère ne nécessite pas d'instruction particulière.

*Critère 12e – Le dossier contient le compte rendu d'hospitalisation*

Le compte rendu d'hospitalisation gagne à être formalisé.

Il comporte au minimum les coordonnées du patient, les dates et lieu de l'hospitalisation, la conclusion de l'hospitalisation et les prescriptions de sortie.

La comparaison entre la date de sortie du patient et la date du compte rendu permet de calculer le délai du courrier.

Réponse NA impossible.

*Critère 13e – Le dossier contient, si nécessaire, la fiche comportant la liste des éléments remis au patient*

Il s'agit d'une liste comportant par exemple les radiographies, les résultats d'examens biologiques, etc., remis au patient lors de sa sortie.

## LES GRILLES DE DÉPOUILLEMENT DES RÉSULTATS

### QUESTIONS D'ORDRE GÉNÉRAL (une seule grille)

Établissement : .....

Service : .....

Coordonnateur : .....

CRITÈRES	RÉSULTATS					
	NON	OUI	NA			
1a						
2a						
3a						
4a						
5a						
6a						
7a						
8a						
9a						
10a						
11a						
12a						
13a						
14a						
15a						
16a						
17a						
18a						
19a						
20a						
21a						
22a						
23a						
24a						
25a						
26a						
27a						
28a						
29a				% NA	% OUI (S/ OUI + NON)	% NON (S/ OUI + NON)
<b>TOTAL</b>						















## GRILLE DE DÉPOUILLEMENT DES RÉSULTATS

### *Séjour du patient - 3 -*

Établissement : ..... Service : ..... Coordonnateur : .....

GRILLES →	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	TOTAUX								
	CRITÈRES																															NON	OUI	NA	% NA	% OUI (S/ OUI+ NON)	% NON (S/ OUI+ NON)		
<b>30d</b>																																							
<b>31d</b>																																							
<b>32d</b>																																							
<b>33d</b>																																							

## GRILLE DE DÉPOUILLEMENT DES RÉSULTATS

### *Sortie du patient*

Établissement : ..... Service : ..... Coordonnateur : .....

GRILLES →	CRITÈRES																														TOTAUX							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	NON	OUI	NA	% NA	% OUI (S/ OUI+ NON)	% NON (S/ OUI+ NON)		
1e																																						
2e																																						
3e																																						
4e																																						
5e																																						
6e																																						
7e																																						
8e																																						
9e																																						
10e																																						
11e																																						
12e																																						
13e																																						

## LES GRILLES D'ANALYSE DES ÉCARTS

### QUESTIONS D'ORDRE GÉNÉRAL - 1 -

*Établissement* : .....

*Service* : .....

*Coordonnateur* : .....

CRITÈRES	NON	OUI	CAUSE DES ÉCARTS	PROPOSITIONS D' ACTIONS D'AMÉLIORATION
1a				
2a				
3a				
4a				
5a				
6a				
7a				
8a				
9a				
10a				

## GRILLE D'ANALYSE DES ÉCARTS

### QUESTIONS D'ORDRE GÉNÉRAL - 2 -

*Établissement* : .....

*Service* : .....

*Coordonnateur* : .....

CRITÈRES	NON	OUI	CAUSE DES ÉCARTS	PROPOSITIONS D' ACTIONS D'AMÉLIORATION
<b>11a</b>				
<b>12a</b>				
<b>13a</b>				
<b>14a</b>				
<b>15a</b>				
<b>16a</b>				
<b>17a</b>				
<b>18a</b>				
<b>19a</b>				
<b>20a</b>				

## GRILLE D'ANALYSE DES ÉCARTS

### QUESTIONS D'ORDRE GÉNÉRAL - 3 -

*Établissement* : .....

*Service* : .....

*Coordonnateur* : .....

CRITÈRES	NON	OUI	CAUSE DES ÉCARTS	PROPOSITIONS D' ACTIONS D'AMÉLIORATION
21a				
22a				
23a				
24a				
25a				
26a				
27a				
28a				
29a				

## GRILLE D'ANALYSE DES ÉCARTS

### *Tenue globale du dossier*

Établissement : ..... Service : .....

Coordonnateur : .....

CRITÈRES	% NA	% OUI (S/ OUI + NON)	% NON (S/ OUI + NON)	CAUSE DES ÉCARTS	PROPOSITIONS D' ACTIONS D' AMÉLIORATION
1b					
2b					
3b					
4b					
5b					
6b					
7b					
8b					
9b					
10b					
11b					

## GRILLE D'ANALYSE DES ÉCARTS

### *Entrée du patient (informations socio-démographiques) - 1 -*

Établissement : ..... Service : .....

Coordonnateur : .....

CRITÈRES	% NA	% OUI (S/ OUI + NON)	% NON (S/ OUI + NON)	CAUSE DES ÉCARTS	PROPOSITIONS D' ACTIONS D' AMÉLIORATION
1c					
2c					
3c					
4c					
5c					
6c					
7c					
8c					
9c					
10c					
11c					

## GRILLE D'ANALYSE DES ÉCARTS

### *Entrée du patient (informations socio-démographiques) - 2 -*

*Établissement* : ..... *Service* : .....

*Coordonnateur* : .....

CRITÈRES	% NA	% OUI (S/ OUI + NON)	% NON (S/ OUI + NON)	CAUSE DES ÉCARTS	PROPOSITIONS D' ACTIONS D'AMÉLIORATION
12c					
13c					
14c					
15c					
16c					
17c					
18c					
19c					
20c					
21c					
22c					

## GRILLE D'ANALYSE DES ÉCARTS

### *Entrée du patient (informations socio-démographiques) - 3 -*

Établissement : ..... Service : .....

Coordonnateur : .....

CRITÈRES	% NA	% OUI (S/ OUI + NON)	% NON (S/ OUI + NON)	CAUSE DES ÉCARTS	PROPOSITIONS D' ACTIONS D'AMÉLIORATION
23c					
24c					
25c					
26c					

### *Entrée du patient (informations médicales) – 1 -*

CRITÈRES	% NA	% OUI (S/ OUI + NON)	% NON (S/ OUI + NON)	CAUSE DES ÉCARTS	PROPOSITIONS D' ACTIONS D'AMÉLIORATION
27c					
28c					
29c					
30c					
31c					

## GRILLE D'ANALYSE DES ÉCARTS

### *Entrée du patient (informations médicales) - 2 -*

Établissement : ..... Service : .....

Coordonnateur : .....

CRITÈRES	% NA	% OUI (S/ OUI + NON)	% NON (S/ OUI + NON)	CAUSE DES ÉCARTS	PROPOSITIONS D' ACTIONS D' AMÉLIORATION
32c					
33c					
34c					
35c					
36c					
37c					
38c					
39c					
40c					
41c					

## GRILLE D'ANALYSE DES ÉCARTS

### *Séjour du patient - 1 -*

*Établissement* : ..... *Service* : .....

*Coordonnateur* : .....

CRITÈRES	% NA	% OUI (S/ OUI + NON)	% NON (S/ OUI + NON)	CAUSE DES ÉCARTS	PROPOSITIONS D' ACTIONS D' AMÉLIORATION
1d					
2d					
3d					
4d					
5d					
6d					
7d					
8d					
9d					
10d					
11d					

## GRILLE D'ANALYSE DES ÉCARTS

### *Séjour du patient - 2 -*

Établissement : ..... Service : .....

Coordonnateur : .....

CRITÈRES	% NA	% OUI (S/ OUI + NON)	% NON (S/ OUI + NON)	CAUSE DES ÉCARTS	PROPOSITIONS D' ACTIONS D' AMÉLIORATION
12d					
13d					
14d					
15d					
16d					
17d					
18d					
19d					
20d					
21d					
22d					

## GRILLE D'ANALYSE DES ÉCARTS

### *Séjour du patient - 3 -*

*Établissement* : ..... *Service* : .....

*Coordonnateur* : .....

CRITÈRES	% NA	% OUI (S/ OUI + NON)	% NON (S/ OUI + NON)	CAUSE DES ÉCARTS	PROPOSITIONS D' ACTIONS D' AMÉLIORATION
23d					
24d					
25d					
26d					
27d					
28d					
29d					
30d					
31d					
32d					
33d					

## GRILLE D'ANALYSE DES ÉCARTS

### *Sortie du patient - 1 -*

*Établissement* : ..... *Service* : .....

*Coordonnateur* : .....

CRITÈRES	% NA	% OUI (S/ OUI + NON)	% NON (S/ OUI + NON)	CAUSE DES ÉCARTS	PROPOSITIONS D' ACTIONS D' AMÉLIORATION
1e					
2e					
3e					
4e					
5e					
6e					
7e					
8e					
9e					
10e					
11e					

## GRILLE D'ANALYSE DES ÉCARTS

### *Sortie du patient - 2 -*

*Établissement* : ..... *Service* : .....

*Coordonnateur* : .....

CRITÈRES	% NA	% OUI (S/ OUI + NON)	% NON (S/ OUI + NON)	CAUSE DES ÉCARTS	PROPOSITIONS D' ACTIONS D' AMÉLIORATION
12e					
13e					

## LE PLAN DU RAPPORT D'AUDIT

Établissement: .....

Coordonnateur : .....

### 1 – Présentation du contexte

### 2 - Objectifs de l'étude

### 3 – Organisation et déroulement de la démarche

- Composition du groupe de projet
- Services ou unités impliqués
- Plan de communication au sein de l'établissement
- Description succincte de la méthode d'audit
- Calendrier de réalisation et déroulement des différentes étapes

### 4 – Résultats

Présentation des résultats chiffrés sous forme de tableaux avec ou sans graphiques

### 5 – Analyse qualitative des résultats avec identification des causes d'écarts

### 6 – Proposition des axes d'amélioration

- Plan d'actions d'amélioration et de suivi
- Calendrier des actions et du suivi

### 7 – Conclusion et impact de la démarche au sein de l'établissement

#### Annexes :

Outils utilisés pour la réalisation de l'audit (ceux proposés par l'Anaes et ceux spécifiques à l'établissement).