



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Cahier des charges Indicateurs de processus du thème

**« Qualité du Dossier patient en hospitalisation
à domicile »**

Expérimentation en 2016 de deux indicateurs

**Tenue du dossier patient version 2 (TDPv2
HAD)**

Coordination en HAD (COORD)

Sommaire

Avant - Propos	3
Groupe de travail.....	3
1 -JUSTIFICATION.....	5
1.1 Historique du thème	5
1.2 Méthode de travail.....	5
2- POPULATION	11
2.1 : Définition de la population cible	11
Critères d'inclusion	11
Critères d'exclusion	11
2.2 Modalités du tirage au sort rétrospectif et nombre de dossiers à évaluer	11
3- ORGANISATION GENERALE POUR L'EXPERIMENTATION.....	12
3.1 Recrutement des établissements de santé pour l'expérimentation.....	12
3.2 Recueil des données, test de faisabilité et de reproductibilité.....	12
3.3 Validation des indicateurs expérimentés.....	12
3.4 Restitution des principaux résultats aux ES expérimentateurs.....	12
3.5 Assistance pendant l'expérimentation.....	12
4 - ORGANISATION AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ POUR L'EXPÉRIMENTATION.....	12
4.1 Responsable du recueil	12
4.2 Support de recueil des données.....	12
4.3 Contrôle qualité des données	13
4.4 Diffusion interne des résultats	13
4.5 Confidentialité	13
5. PRÉSENTATION DES DEUX INDICATEURS EXPERIMENTÉS AU SEIN DU THEME DOSSIER PATIENT EN HAD.....	14
Consignes de remplissage du questionnaire.....	19
Grille de recueil des indicateurs du thème « Dossier patient HAD ».....	38
REFERENCES	42
Annexes : Validation des indicateurs de processus	43
1. Analyse de la faisabilité du recueil sur au moins 50 établissements	43
2. La pertinence pour l'amélioration de la qualité des soins	43
3. Les qualités métrologiques.....	43

Avant - Propos

Le thème « Qualité du dossier patient en HAD » comporte 5 indicateurs qui ont été recueillis pour la quatrième fois en 2016.

La HAS a souhaité faire évoluer ce set d'indicateurs afin de mieux évaluer la prise en charge des patients hospitalisés à domicile. Ainsi les indicateurs :

- « Tenue du dossier patient » évolue en une version 2 avec la suppression de critères anciens et l'introduction de nouveaux, adaptés à l'HAD ;
- « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » sera remplacé par un indicateur sur la Qualité de la lettre de liaison pour prendre en compte les nouvelles exigences réglementaires ;
- « Suivi du poids », « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » et « Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre » n'ont pas fait l'objet de modification par rapport à la version existante ;
- « Coordination lors de la prise en charge en HAD » est un nouvel indicateur développé et expérimenté en 2016.

Ce cahier des charges présente les modalités d'évolution de l'indicateur « Tenue du dossier patient (TDPv2 HAD) » et de développement du nouvel indicateur « Coordination lors de la prise en charge en HAD (COORD) ».

Groupe de travail

La méthode de travail retenue fait intervenir un groupe de travail composé de professionnels de santé exerçant en hospitalisation à domicile, dans le public et dans le privé et d'origine géographique diverse.

Le rôle du groupe de travail consiste, à partir des références professionnelles, à valider les critères et les indicateurs dans le cadre de réunions de travail qui se sont déroulées à la HAS. Le nom et la déclaration d'intérêts de l'ensemble des membres du groupe de travail sont publiés sur le site Internet de la HAS à l'adresse ci-contre https://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1249778/fr/declarations-publiques-d-interets

Une phase d'expérimentation des indicateurs développés est conduite auprès d'établissements de santé HAD volontaires. À l'issue de l'expérimentation, les indicateurs validés seront généralisés à l'ensemble des établissements de santé HAD sans diffusion publique la première année ; celle-ci intervient lors du deuxième recueil.

❖ Composition du groupe de travail

Les personnes ayant contribué à l'évolution et au développement des indicateurs décrits dans ce cahier des charges sont :

- Dr Laurent AMICO ; Médecin, CH Chambéry
- Mathieu AST ; Responsable Qualité, HAD-FEDOSAD 21
- Nathalie BREMAUD ; Responsable HAD, Centre Georges-François Leclerc, Dijon
- Carole CASTAGNET ; Responsable Qualité, HAD mutualiste / Mutualiste Française Charente
- Stéphanie COUDERT ; Responsable qualité et gestion des risques Cadre social, HAD Limoges
- Dr Anne COUSTETS ; Médecin, Santé service Bayonne et Région

- Nadine DESHORMIERE ; Pharmacienne, CHU de Montpellier
- Dr Stéphane FERRANDO ; Médecin, Chef de Service HAD, CH Annecy
- Martine HENNING ; Directrice des Soins, HAD Groupe Hospitalier St Vincent de Paul / Strasbourg
- Alain LE HENAFF ; Représentant Usagers ; Nantes
- Jérôme LEMAI ; Adjoint de Direction Santé Service Lens
- Olivier MAGAJA; Directeur Général HAD Cap Domicile, La Seyne sur Mer
- Renelle MENNESSIER ; Cadre de santé, Responsable Qualité et Gestion des risques auprès de la Société HAD France MAS Les Campanules (08) Auvillers-les-Forges
- Catherine OUIN ; Cadre administratif et financier, Clinique du Cèdre à Bois Guillaume
- Dr Pierre PERUCHO ; Médecin, Chef de service HAD, Coordinateur Prévention IEAS, CH de CH Perpignan
- Anne-Marie PRONOST ; Directrice Adjointe Clinique Pasteur, Toulouse
- Martine SEMAT ; Directrice Santé relais 31 Domicile

❖ Coordination par la Haute Autorité de santé

Le développement et l'expérimentation des deux indicateurs pré-cités sont assurés par Marie Gloanec (chef de projet) ; les analyses statistiques sont assurées par Frédéric Capuano (statisticien) ; le secrétariat par Sylvaine Egea sous la coordination de Rose Derenne et Arnaud Fouchard (adjoints) et sous la responsabilité de Laetitia May-Michelangeli (chef de service) – Service Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS), Direction de l'amélioration de la qualité et sécurité des soins (DAQSS).

Le cahier des charges est rédigé par Rose Derenne.

1 -JUSTIFICATION

1.1 Historique du thème

La bonne tenue du dossier du patient contribue à la continuité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Elle est le reflet de la qualité de la pratique professionnelle. Le dossier est également un support privilégié de l'évaluation des pratiques. Il est enfin un outil d'enseignement et de recherche pour les professionnels de santé. Pour ces raisons, l'amélioration du dossier est une thématique constante des démarches d'amélioration continue de la qualité des soins dans les établissements de santé [1]. L'amélioration du dossier de soins est d'actualité pour des raisons de qualité de soins mais aussi réglementaires et médico-légales. La nécessité de mise en œuvre de démarches d'amélioration de la qualité du dossier du patient a été réaffirmée dans la Loi du 4 Mars 2002 [2].

La Haute Autorité de santé (HAS), par le nombre de décisions concernant la tenue et le contenu du dossier patient figurant dans les comptes rendus des procédures de certification des établissements de santé, souligne la marge d'amélioration importante et la priorité qu'elle entend donner à l'amélioration de cet outil [3, 4, 5].

Des travaux français ont suggéré que des démarches d'amélioration de la qualité du dossier du patient permettaient d'améliorer la tenue et le contenu de ce dernier [6, 7, 8, 9].

1.2 Méthode de travail

L'actualisation des indicateurs du thème respectera la méthode de développement et de validation des indicateurs de qualité et de sécurité des soins du service IPAQSS.

L'actualisation et le développement de nouveaux indicateurs en HAD devront répondre à plusieurs exigences :

- Remplir les objectifs principaux des indicateurs de qualité et de sécurité des soins de la HAS
 - Amélioration de la qualité : potentiel d'amélioration pour les ES et caractère discriminant de la mesure ;
 - Diffusion publique : intérêt pour l'utilisateur, comparaison inter-ES ;
 - Régulation par la qualité : intégration au niveau national (notamment dans la démarche IFAQ et au niveau régional (CPOM)) ;
- Respecter la cohérence des actualisations des autres thèmes évalués par les indicateurs de la HAS :
 - Actualisation de l'indicateur sur la tenue du dossier patient en MCO et SSR : rajout/modification/retrait de critères
 - Développement du nouvel indicateur sur la qualité de la lettre de liaison en MCO et en SSR
- Intégrer les travaux de développement des nouveaux indicateurs de coordination proposés par la FNEHAD
- Limiter la charge de travail inhérente au recueil pour les établissements de santé.

Après la troisième campagne nationale de recueil de 2014, la HAS a souhaité actualiser le set d'indicateurs. Lors de l'actualisation d'un set d'indicateurs, plusieurs cas de figure sont possibles :

- Suppression d'un critère / d'un indicateur : règles quantitatives (score $\geq 95\%$ / faible nombre de dossiers inclus) et qualitatives (potentiel d'amélioration atteint, évolution des recommandations non prise en compte).
- Augmentation du niveau d'exigence d'un critère / d'un indicateur : retrouver un potentiel d'amélioration, évolution des recommandations à prendre en compte.

- Ajout d'un nouvel indicateur / nouveau critère : porter sur une pratique recommandée, pour laquelle il y a un potentiel d'amélioration pour le patient (et un caractère discriminant), applicable à l'ensemble des ES éligibles aux indicateurs, nombre limité (<8 indicateurs par thème).

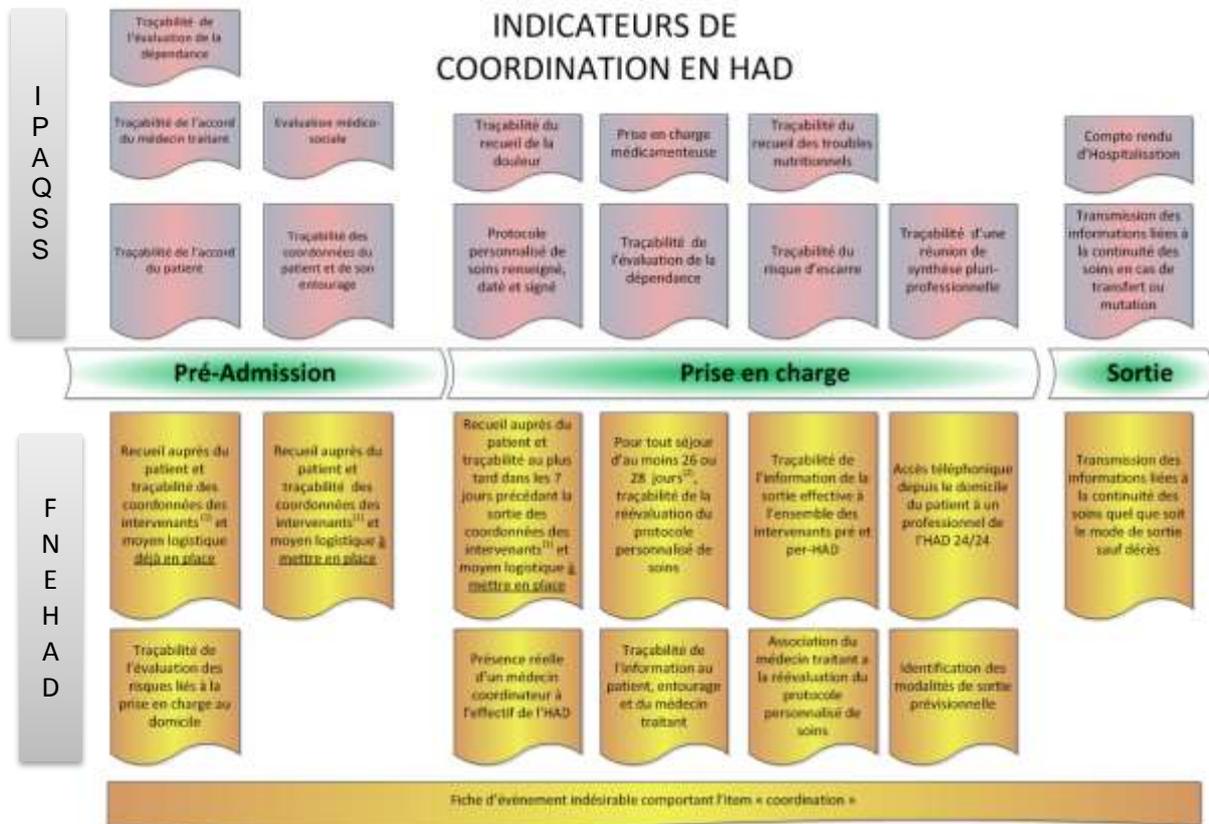
La FNEHAD a entrepris en 2013, le développement de 13 « indicateurs d'évaluation de la coordination de la prise en charge des patients sur l'ensemble du séjour en HAD de la préadmission à la sortie ». Ces indicateurs ayant fait l'objet d'un test de recueil dans la région Languedoc Roussillon, la FNEHAD a souhaité que ces indicateurs soient repris par la HAS et que ceux-ci soient intégrés dans le thème dossier patient en HAD lors de l'actualisation.

En 2015, le service IPAQSS de la HAS a réuni un groupe de travail¹ en charge du suivi de l'évolution des résultats des indicateurs du dossier patient en HAD et a décidé d'actualiser l'indicateur « Tenue du dossier Patient » (TDP) en une nouvelle version (TDP v2 HAD). Il a été décidé de cibler des thèmes prioritaires tels que l'administration médicamenteuse [10], la mention de la personne de confiance [11] ou de la personne à prévenir ; et, à partir des travaux de la FNEHAD, de développer l'indicateur sur la coordination de la prise en charge en HAD (COORD). De fait, cela a été l'occasion pour le groupe de travail de repositionner les critères et indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS) existants dans une logique de parcours patient en HAD (cf. graphique de la FNEHAD ci-dessous).

La HAS, après avoir étudié les 13 indicateurs de coordination qui ont fait l'objet de travaux au sein de la FNEHAD, a proposé :

- d'intégrer certains indicateurs comme des critères de l'indicateur « Tenue du dossier patient » ce qui permet d'en augmenter le niveau d'exigence ;
- d'abandonner certains indicateurs qui relevaient d'un recueil au niveau de la structure HAD et non au niveau du dossier patient ;
- que des indicateurs sur la coordination soient transformés en critères et participent au score composite du nouvel indicateur de coordination en HAD.

¹ Certains professionnels ayant participé au GT de la FNEHAD ont également participé aux travaux sous l'égide de la HAS. Les professionnels invités à un groupe de travail s'exprime toujours *intuitu personae*.



* Graphique réalisé par la FNEHAD dans le cadre du GT sur les indicateurs de coordination

Remarque concernant l'indicateur DEC

Évolution de l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation ou de compte-rendu de fin d'hospitalisation (DEC) »

Le décret N° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison rend caduque l'indicateur DEC. Un nouvel indicateur doit être développé prenant en compte l'exigence de remettre au patient une lettre de liaison au moment de sa sortie d'hospitalisation. Dans le secteur MCO cet indicateur dénommé « Qualité de la lettre de liaison (QLS) » est déjà en recueil. Des travaux seront entrepris pour expérimenter cet indicateur dans le secteur HAD ultérieurement.

Tableau présentant les critères des indicateurs « Tenue du dossier patient – Version 2 (TDPv2 HAD) » et « Coordination de la prise en charge (COORD) » tels qu'ils ont été expérimentés auprès d'un échantillon d'établissements HAD volontaires.

Tenue du dossier patient – Version 1	Tenue du dossier patient – Version 2	Coordination de la prise en charge	Commentaires
Document médical <u>justifiant</u> l'admission en HAD	Document médical de <u>demande</u> l'admission en HAD (<i>critère inchangé</i>)		Le terme « justifiant » est remplacé par « demande », plus conforme à la réalité de l'hospitalisation à domicile.
Éléments relatifs à la pré-admission	Éléments relatifs à la pré-admission (<i>critère inchangé</i>)		Le GT a discuté la possibilité d'intégrer l'évaluation psychologique aux éléments relatifs à la pré-admission mais <i>in fine</i> ne l'a pas retenu.
Accord du médecin traitant pour la prise en charge en HAD	Accord du médecin traitant pour la prise en charge en HAD (<i>critère inchangé</i>)		Le GT a discuté la possibilité d'ajouter l'accord du médecin coordonnateur pour la prise en charge en HAD dans ce critère mais a trouvé plus pertinent de l'intégrer dans le nouvel indicateur sur la coordination.
Accord du patient ou de son entourage pour la prise en charge en HAD	Accord du patient ou de son entourage pour la prise en charge en HAD (<i>critère inchangé</i>)		Des marges d'améliorations existant pour ce critère il a été décidé de le maintenir.
Prescriptions médicamenteuses nécessaires au démarrage de la prise en charge en HAD	Prescriptions médicamenteuses nécessaires au démarrage de la prise en charge en HAD (<i>critère inchangé</i>)		Dans ce critère, 8 éléments composant les prescriptions médicamenteuses étaient recherchés, à titre informatif (non inclus dans le résultat du critère car non imputable à l'ES), par tous les ES : nom et prénom du patient, date de prescription, signature du prescripteur, nom du prescripteur, dénomination du médicament, posologie, voie d'administration, durée. Afin d'alléger le recueil, la recherche de ces 8 éléments sera optionnelle. c'est-à-dire laisser au choix de l'établissement. Ils ne sont pas pris en compte pour le calcul du score de TDP v2.
Courrier de fin d'hospitalisation ou	Lettre de liaison à la sortie – critère		Le GT a décidé de supprimer la

compte rendu de fin d'hospitalisation	reformulé pour prendre en compte la loi en vigueur depuis le 1 ^{er} janvier 2017 et critère simplifié		recherche des éléments composant le courrier (identité du médecin destinataire, dates du séjour, synthèse du séjour). Ces éléments de coordination seront intégrés dans le nouvel indicateur qui sera développé ultérieurement sur la qualité de la lettre de liaison (QLS).
<p>Remarque : « la lettre de liaison à la sortie » remplace le « compte rendu d'hospitalisation et de la lettre rédigée à l'occasion de la sortie » qui se trouvaient dans le texte initial :</p> <p>https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=4E3FE75F9BC8143C07B1655B868F62BD.tpdila08v_1?idArticle=LEGIARTI000006908161&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=20161231</p> <p>Le texte de loi sur le courrier de fin d'hospitalisation est abrogé (article R 1112-1 du code de santé publique mise en vigueur le 1 janvier 2017)</p>			
Protocole de soins renseigné et daté		Protocole de soins renseigné, daté et transmis au médecin traitant (<i>critère inchangé</i>)	Le GT a beaucoup discuté la nécessité d'évaluer l'actualisation du protocole de soins au moins une fois au cours du séjour. Aucun consensus n'a pu être dégagé sur la façon de décrire et d'évaluer cette actualisation. La difficulté a porté sur la nécessité de tracer la non-réalisation de l'actualisation dans le cas où elle n'est pas nécessaire. Deux notions issues des travaux de la FNEHAD ont néanmoins été intégrées à savoir l'information du médecin traitant et la traçabilité des coordonnées des libéraux.
Organisation de la préparation et de l'administration du traitement médicamenteux		Organisation de la préparation et de l'administration du traitement médicamenteux (si applicable) (<i>critère inchangé</i>)	Critère maintenu car des progrès en terme de qualité et de sécurité sont encore possibles.
Réunion pluri-professionnelle au cours du séjour		Réunion pluri-professionnelle au cours du séjour <u>avec présence du médecin coordonnateur</u>	Dans la continuité des travaux de la FNEHAD, la notion du médecin coordonnateur a été intégrée à ce critère et le GT a demandé que la chronicité des réunions soit également intégrée.

Transmission des informations assurant la continuité des soins à la sortie (<i>critère abandonné</i>)			Le faible nombre de dossiers inclus et donc d'ES concernés a conduit à l'abandon de ce critère.
Classement et organisation du dossier (<i>critère abandonné</i>)			La moyenne nationale pour ce critère étant élevée et l'absence de potentiel d'amélioration identifiée ont conduit à son abandon.
Évaluation de la dépendance par une échelle (<i>critère abandonné</i>)			Le GT a décidé de ne pas conserver le critère « évaluation de la dépendance à l'admission » puisque l'évaluation de la dépendance est déjà réalisée au moment de la pré-admission. C'est l'un des 5 éléments relatifs à la pré-admission.
		Évaluation des moyens logistiques au domicile du patient (<i>nouveau critère</i>)	Ce critère est issu des travaux de la FNEHAD.
	Dossier retrouvé (<i>nouveau critère</i>)		Ce critère a été ajouté dans un souci de cohérence avec l'évaluation du dossier patient en MCO et en SSR.
	Mention de l'identité de la personne de confiance (<i>nouveau critère</i>)		Ce critère a été ajouté dans un souci de cohérence avec l'évaluation du dossier patient en MCO.
	Mention de l'identité de la personne à prévenir (<i>nouveau critère</i>)		Ce critère a été ajouté dans un souci de cohérence avec l'évaluation du dossier patient en MCO et en santé mentale.
	Traçabilité de l'évaluation des risques liés à la prise en charge au domicile (<i>nouveau critère</i>)		Ce critère est issu des travaux de la FNEHAD. Il s'agit de l'évaluation des risques liés à la prise en charge au domicile de façon très globale.
L'ancienne version TDP1 comportait 12 critères. Dernier recueil réalisé en 2016	La nouvelle version de TDPv2 comporte 10 critères. 1 ^{er} recueil en 2018 sans diffusion publique.	Le nouvel indicateur COORD comporte 4 critères. 1 ^{er} recueil en 2018 sans diffusion publique.	

2- POPULATION

Les deux indicateurs TDPv2 et COORD ont été expérimentés pendant la campagne nationale de recueil de l'ensemble des indicateurs du thème Dossier patient en HAD (mars à juin 2016).

La population évaluée étant la même pour l'ensemble des indicateurs, un seul tirage au sort, par établissement HAD, a été réalisé.

- Indicateurs recueillis par les établissements HAD éligibles au recueil en 2016
 - Tenue du dossier du patient en HAD (TDP)
 - Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation en HAD (DEC)
 - Traçabilité de l'évaluation de la douleur pour une échelle (TRD)
 - Suivi du poids en HAD (DTN)
 - Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre (TRE)

- Indicateurs recueillis, en plus des 5, uniquement par les établissements expérimentateurs
 - Tenue du dossier du patient en HAD version N°2 (TDP v2)
 - Coordination en HAD (COORD)

2.1 : Définition de la population cible

La population cible est constituée de séjours de patients adultes admis pour une hospitalisation à domicile.

Critères d'inclusion

- Séjours d'au moins 8 jours non précédés par un autre séjour dans le mois précédent, ni suivi par un autre séjour dans le mois qui suit, entre le 1^{er} février et le 31 octobre 2015.

Critères d'exclusion

- Séjours inférieurs ou égal à 7 jours
- Séjours des patients ayant moins de 18 ans au moment du séjour
- Séjours précédés et/ou suivis par un autre séjour sur une période d'un mois
- Séjours avec GHPC erreur

2.2 Modalités du tirage au sort rétrospectif et nombre de dossiers à évaluer

Une base de données est constituée, regroupant l'ensemble des séjours réalisés entre le 1^{er} février et le 31 octobre 2015 et correspondant aux critères définis ci-dessus.

Dans cette base, un logiciel de tirage au sort (LOTAS) permet de tirer au sort, aléatoirement, 90 séjours. 60 en constitueront la liste principale et 30 la liste de réserve. Au total, 60 dossiers de la liste principale doivent être analysés.

Les séjours non retrouvés ou faisant l'objet d'une exclusion secondaire, et les séjours de patients ne souhaitant pas que les données les concernant soient exploitées seront exclus *a posteriori* et remplacés par des séjours de la liste de réserve.

3- ORGANISATION GENERALE POUR L'EXPERIMENTATION

3.1 Recrutement des établissements de santé pour l'expérimentation

Les indicateurs du thème Dossier patient en HAD sont expérimentés auprès d'une cinquantaine établissements d'hospitalisation à domicile, volontaires. Ces établissements recueilleront également les autres indicateurs du thème sur la plateforme Qualhas. Ceux-ci sont recrutés via les fédérations hospitalières ou se sont, spontanément, proposés.

3.2 Recueil des données, test de faisabilité et de reproductibilité

Tous les établissements expérimentateurs recueillent les données des indicateurs et remplissent une grille de faisabilité qui permet d'apprécier la capacité des établissements à collecter les données nécessaires à la production de l'indicateur de manière autonome et d'estimer la charge de travail inhérente au recueil de ces indicateurs.

Environ 10 établissements participeront à l'analyse de reproductibilité qui est destinée à établir la stabilité de la mesure entre deux observateurs ; c'est-à-dire sa capacité à produire des résultats similaires lorsqu'elle est répétée sur un même dossier, par une autre personne.

3.3 Validation des indicateurs expérimentés

Le SIPAQSS procédera, pour chaque indicateur, à trois types d'analyses de validation (faisabilité, pertinence pour l'amélioration de la qualité des soins, qualités métrologiques) portant sur l'ensemble des établissements ayant expérimenté les deux indicateurs (cf. annexe).

3.4 Restitution des principaux résultats aux ES expérimentateurs

Chaque établissement volontaire ayant participé à l'expérimentation dispose de ses résultats individuels ainsi que des résultats comparatifs avec l'ensemble des établissements expérimentateurs.

3.5 Assistance pendant l'expérimentation

Le SIPAQSS répond aux questions pendant toute la durée de l'expérimentation à l'adresse mail ci-contre ipaqss@has-sante.fr

4 - ORGANISATION AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ POUR L'EXPERIMENTATION

4.1 Responsable du recueil

Le responsable du recueil des indicateurs du thème « Dossier patient en HAD » est le médecin responsable du département de l'information médicale (DIM) ou du service de l'information médicale (SIM). Les médecins ou infirmiers concernés par les dossiers évalués sont invités à participer au recueil sous couvert du responsable du recueil.

4.2 Support de recueil des données

Les données seront saisies sur la plateforme sécurisée Qualhas. Y sont accessibles la grille de recueil des indicateurs et la grille pour la reproductibilité dans un espace dédié. La grille, pour l'analyse de la faisabilité, a été envoyée par SPHINX.

4.3 Contrôle qualité des données

Le responsable du recueil s'assurera de l'exhaustivité du recueil et de la complétude des données. Des contrôles logiques permettront également de s'assurer de la qualité de la saisie.

4.4 Diffusion interne des résultats

La diffusion interne des résultats se fera, sous la responsabilité du responsable du recueil, auprès des praticiens ayant participé au recueil. En accord avec ces derniers, une diffusion plus large est souhaitable, notamment auprès du directeur de l'établissement et du président de la CME.

4.5 Confidentialité

Conformément à la loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les données recueillies seront rendues anonymes avant toute informatisation. Chaque personne incluse dans la population analysée sera identifiée par un numéro et la table de correspondance, entre la personne et les numéros, sera conservée par l'établissement. Chaque référent impliqué dans le recueil des indicateurs du thème « Dossier patient en HAD » est tenu à la confidentialité et à la sécurité des données.

5. PRÉSENTATION DES DEUX INDICATEURS EXPERIMENTÉS AU SEIN DU THEME DOSSIER PATIENT EN HAD

Indicateur « Tenue du dossier patient en HAD – version 2 (TDPv2 HAD) »	
Libellé complet	<p>Cet indicateur évalue la tenue du dossier des patients hospitalisés. Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score est proche de 100.</p> <p>Le score de qualité est calculé à partir de 10 critères.</p> <ul style="list-style-type: none"> — Dossier patient retrouvé (Critère 1) — Document médical de demande d'admission en HAD (Critère 2) — Éléments relatifs à la pré-admission renseignés (Critère 3) — Accord du médecin traitant pour la prise en charge du patient en HAD (Critère 4) (si applicable) — Accord du patient ou de son entourage pour sa prise en charge en HAD (Critère 5) — Trace des prescriptions médicamenteuses nécessaires au démarrage de la prise en charge (Critère 6) — Mention de l'identité de la personne de confiance (nom, prénom et tel ou adresse) (critère 7) — Mention de l'identité de la personne à prévenir (nom, prénom et tel ou adresse) (critère 8) — Traçabilité de l'évaluation des risques liés à la prise en charge au domicile (critère 9) — Lettre de liaison à la sortie retrouvée (Critère 10)
Type d'indicateur	Indicateur de processus
Références professionnelles sur lesquelles se fonde l'indicateur	<p>La bonne tenue du dossier du patient contribue à la continuité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Elle est le reflet de la qualité de la pratique professionnelle. Le dossier est également un support privilégié de l'évaluation des pratiques. Il est enfin un outil d'enseignement et de recherche pour les professionnels de santé. Pour ces raisons, l'amélioration du dossier est une thématique constante des démarches d'amélioration continue de la qualité des soins dans les établissements de santé [1].</p>
Définition	<p>L'indicateur est calculé à partir de 10 critères :</p> <p>1. Dossier patient retrouvé (Critère 1)</p> <p>Le critère est satisfait si le dossier « structure » ET le dossier « domicile » OU une justification de l'absence de dossier « domicile » / « structure » sont retrouvés.</p> <p>Le critère est non satisfait si au moins un des deux dossiers n'est pas retrouvé (sans justification).</p> <p><u>Remarque</u> : le critère est non applicable si au moins un des deux dossiers est exclu car le patient ne souhaite pas que les données le concernant soient exploitées ou dans le cas d'une incohérence PMSI.</p>

2. Document médical de demande d'admission en HAD (Critère 2)

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

La retranscription d'une demande téléphonique dans le dossier pourra être prise en compte.

3. Éléments relatifs à la pré-admission renseignés (Critère 3)

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

- (1). Antécédents
- (2). Pathologie à l'origine de la prise en charge
- (3). Motif de la prise en charge
- (4). Evaluation de la dépendance par une échelle ou un questionnaire formalisé
- (5). Evaluation sociale

4. Accord du médecin traitant pour la prise en charge du patient en HAD (Critère 4) (si applicable)

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

Remarque : le critère est non applicable si la demande de prise en charge en HAD est faite par le médecin traitant ou quand la patiente est prise en charge en obstétrique.

5. Accord du patient ou de son entourage pour sa prise en charge en HAD (Critère 5)

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

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

Le critère est satisfait :

- Si les prescriptions médicamenteuses ou l'ordonnance nécessaires au démarrage de la prise en charge sont retrouvées et datées au plus tard dans les 48h suivant l'admission. Elles peuvent être antérieures à l'admission
- **OU** s'il est noté dans le dossier que le patient n'a pas de traitement à l'admission.

7. Mention de l'identité de la personne de confiance (nom, prénom et tel ou adresse) (critère 7)

Le critère est satisfait si la mention de l'identité de la personne de confiance est tracée **OU** si l'on retrouve la trace de l'absence de désignation d'une personne de confiance par le patient **OU** si le patient est dans l'incapacité de désigner une personne de confiance et que c'est clairement mentionné dans le dossier

On définit par identité :

- La trace du nom et du prénom de la personne de confiance
- ET**
- Soit de son numéro de téléphone
- Soit de son adresse

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

	<p>8. Mention de l'identité de la personne à prévenir (nom, prénom et tel ou adresse) (critère 8)</p> <p>Le critère est satisfait si la mention de l'identité de la personne à prévenir est tracée OU si le patient n'a pas voulu en désigner et que cette information est tracée OU si le patient est dans l'incapacité de désigner une personne à prévenir et que c'est clairement mentionné dans le dossier. Cette information peut se retrouver dans l'ensemble du séjour concerné. On définit par identité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La trace du nom et du prénom de la personne <p style="text-align: center;">ET</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soit de son numéro de téléphone - Soit de son adresse <p>9. Traçabilité de l'évaluation des risques liés à la prise en charge au domicile (critère 9)</p> <p>Le critère est satisfait si la trace d'une évaluation des risques liés à la prise en charge au domicile est retrouvée dans le dossier. On définit les risques par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les risques liés au patient : risque d'hémorragie lié à un traitement anticoagulant, patient dément, patient toxicomane, risque infectieux d'un patient porteur de BMR... - Les risques liés à des traitements : chimiothérapies, stockage au domicile,... - Les risques liés à l'environnement : patient seul au domicile, patient avec conjoint dément, conditions d'hébergement précaires, animaux au domicile, difficultés d'accès au domicile, ... - Les risques liés à des problèmes sociaux-économiques <p>10. Lettre de liaison à la sortie retrouvée (Critère 10)</p> <p>Le critère est satisfait si la lettre de liaison à la sortie est retrouvée dans le dossier patient.</p>
Score individuel	Un score individuel est calculé pour chaque dossier. Il correspond à la somme des critères satisfaits divisée par la somme des critères applicables.
Score global	Le score global est calculé pour l'ensemble des dossiers. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x100).

Indicateur « Coordination de la prise en charge en HAD (COORD) »

<p>Libellé complet</p>	<p>Cet indicateur évalue la coordination au moment de la prise en charge en HAD. Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité de la coordination est d'autant plus grande que le score est proche de 100.</p> <p>Le score de qualité est calculé à partir de 4 critères.</p> <ul style="list-style-type: none"> — Protocole de soins renseigné, daté et transmis au médecin traitant (critère 1) — Trace d'une organisation du traitement médicamenteux à l'admission (Critère 2) (si applicable) — Réunion pluri-professionnelle au cours du séjour avec présence du médecin coordonnateur (Critère 3) — Évaluation des moyens logistiques au domicile (critère 4)
<p>Type d'indicateur</p>	<p>Indicateur de processus</p>
<p>Références professionnelles sur lesquelles se fonde l'indicateur</p>	<p>L'objectif de la coordination est de garantir la continuité des soins. L'analyse des textes a été conduite par la FNEHAD.</p>
<p>Définition</p>	<p>L'indicateur est calculé à partir de 4 critères :</p> <p>1. Protocole de soins renseigné, daté et transmis au médecin traitant (critère 1)</p> <p>Le critère est satisfait si on retrouve les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protocole de soins daté au plus tard dans les 7 jours suivant l'admission (entre la préadmission et les 7 jours suivant l'admission) <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> - La trace de l'information du médecin traitant au sujet du protocole de soins est retrouvée <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les intervenants HAD ou libéral (IDE, kiné, ..) sont tracés dans le protocole avec leurs coordonnées (adresse et/ou téléphone) <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour chaque intervenant identifié, il est précisé : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le type d'intervention (type de soins fourni par le professionnel : pansement, rééducation respiratoire, ...) <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La fréquence/le rythme ou le nombre d'interventions <p>2. Trace d'une organisation du traitement médicamenteux à l'admission (Critère 2) (si applicable)</p> <p>Le critère est satisfait si l'organisation du traitement médicamenteux à l'admission contient les deux éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nom/fonction ou entité du responsable de la préparation des médicaments ▪ Nom/fonction ou entité du responsable de l'administration des médicaments

	<p>3. Réunion pluri-professionnelle au cours du séjour avec présence du médecin coordonnateur (Critère 3)</p> <p>Le critère est satisfait si la trace d'une réunion de synthèse pluri-professionnelle est retrouvée dans le dossier du patient au moins une fois au cours du séjour (réunion pluri-professionnelle, réunion de synthèse, staff, ...)</p> <p>ET Si on retrouve la trace de la participation du médecin coordinateur de l'HAD à au moins une réunion</p> <p>ET Pour les séjours > 1 mois, on retrouve la trace d'une deuxième réunion pluri-professionnelle</p> <p>4. Évaluation des moyens logistiques au domicile (critère 4)</p> <p>Le critère est satisfait si on retrouve la traçabilité de l'évaluation des moyens logistiques déjà en place (moyens déjà présents chez le patient) ET la traçabilité de l'évaluation des moyens logistiques à mettre en place au domicile, OU la trace de l'absence de nécessité de moyens logistiques.</p>
Score individuel	Un score individuel est calculé pour chaque dossier. Il correspond à la somme des critères satisfaits divisée par la somme des critères applicables.
Score global	Le score global est calculé pour l'ensemble des dossiers. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x100).

Consignes de remplissage du questionnaire

EXPERIMENTATION

Les modifications/ajouts de la version expérimentée par rapport à la grille de la campagne nationale sont mises en évidence : coloration des cases dans le tableau en orangé.

D'autres modifications sont directement appliquées à l'ensemble des indicateurs pour la campagne nationale : coloration en bleu.

N°	Libellés de la grille	Instructions
/	Souhaitez-vous renseigner les questions optionnelles permettant l'évaluation de la qualité des prescriptions médicamenteuses : questions TDP 12 à TDP 12.8.	Si vous cochez « Oui » , les questions TDP 12 à TDP 12.8 apparaîtront dans la grille pour tous les dossiers et vous devrez y répondre. Ces questions n'entrent pas dans le score des indicateurs, mais l'ES reçoit le détail de ses réponses dans ses résultats individuels. Si vous cochez « Non » , les questions TDP 12 à TDP 12.8 n'apparaîtront pas dans la grille pour aucun des dossiers analysés.
Question- Niveau établissement		
Q1	Dans la fiche d'évènements indésirables, un item « coordination » est retrouvé	Cochez « Oui » si vous retrouvez un item, ou une case « Coordination » dans la fiche d'évènements indésirables de l'établissement. Cette question ne sera renseignée qu'une seule fois.
Identification - Structure		
DPA 1	Numéro FINESS enquêté	Le numéro FINESS de l'établissement enquêté est issu des RPSS et s'affiche automatiquement sur la grille.
DPA 2	Nom de l'établissement enquêté	Le nom de l'établissement s'affiche automatiquement.
DPA 2.1	L'établissement enquêté est un service d'HAD attaché à un établissement ou un établissement d'HAD autonome	A remplir par l'établissement
Identification – Niveau interne à la structure		
DPA 3	Service (ou pôle)	La saisie pour cette variable n'est pas obligatoire. L'établissement souhaitant disposer d'informations par service (ou unité) doit renseigner celle-ci. Le cas échéant, il convient d'établir une liste de correspondance où chaque service (ou pôle) est identifié par un code alphanumérique comportant au maximum 5 caractères.
Identification – Tirage au sort et date de saisie		
DPA 4	Date de la saisie	La date de la dernière saisie enregistrée s'affiche automatiquement.
DPA 5	Numéro du tirage au sort	Le numéro s'affiche automatiquement. Il correspond au numéro de tirage au sort du séjour sélectionné dans l'échantillon constitué à partir de la base PMSI.
Identification - caractéristiques du séjour patient		
DPA 6	Groupe homogène de prise en charge (GHPC)	Cette information est issue du groupage des RPSS et s'affiche automatiquement.

DPA 7	Age du patient à la date d'entrée du séjour	Cette information est issue des RPSS et s'affiche automatiquement en année(s).
DPA 8	Sexe du patient	Cette information est issue des RPSS et s'affiche automatiquement. Il est indiqué « Masculin » ou « Féminin ».
DPA 9	Date de fin du séjour HAD	Cette information est issue des RPSS et s'affiche automatiquement au format JJ/MM/AAAA. Cette information intervient dans le calcul du délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation. <u>Précision</u> : les conditions de production des RPSS sont expliquées dans le guide méthodologique de production des RPSS de l'ATIH.
DPA 10	Durée du séjour	Cette information est issue des RPSS et s'affiche automatiquement au format JJ. Elle correspond à la différence entre la date de sortie et la date d'entrée.
DPA 11	Dossier structure	Cochez « Retrouvé et analysable » si le dossier structure est retrouvé et peut être analysé pour le recueil. Cochez « Retrouvé mais Incohérence PMSI » dans les trois cas suivants : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjour < 8 jours lorsque le séjour tiré au sort est strictement inférieur à 8 jours ; ▪ GHPC erroné lorsque le GHPC issu du PMSI (DPA 6) apparaît incompatible avec le contenu du dossier. ▪ Patient <18 ans si le patient a moins de 18 ans (DPA 7). Dans ces trois cas, la saisie des données est terminée pour ce dossier. Cochez « Retrouvé mais le patient ne souhaite pas que les données le concernant soient exploitées » s'il est explicitement mentionné dans le dossier que le patient ne souhaite pas que les données le concernant soient exploitées à des fins autres que sa prise en charge. Dans ce cas, la saisie des données est terminée pour ce dossier. Cochez « Non retrouvé » si le dossier n'est pas retrouvé.
DPA 11.1	SI dossier structure « Non retrouvé »	Veuillez cocher la raison qui explique que le dossier structure n'est pas retrouvé en cochant soit : <ul style="list-style-type: none"> ▪ « Patient hospitalisé au moment du recueil » ▪ « Patient transféré avec son dossier si le transfert du dossier est tracé » ▪ « Aucune des deux »
DPA 12	Dossier domicile	Cochez « Retrouvé et analysable » si le dossier domicile est retrouvé et peut être analysé pour le recueil. Cochez « Retrouvé mais le patient ne souhaite pas que les données le concernant soient exploitées » s'il est explicitement mentionné dans le dossier que le patient ne souhaite pas que les données le concernant soient exploitées à des fins autres que sa prise en charge. Dans ce cas, la saisie des données est terminée pour ce dossier. Cochez « Non retrouvé » si le dossier n'est pas retrouvé.

DPA 12.1	Si dossier domicile « Non retrouvé »	<p>Veillez cocher la raison qui explique que le dossier domicile n'est pas retrouvé en cochant soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ « Patient hospitalisé au moment du recueil » ▪ « Patient transféré avec son dossier si le transfert du dossier est tracé » ▪ « Dossier domicile conservé/détruit par la famille » ▪ « Aucune des trois »
<p>Concernant l'informatisation (questions DPA 13 et 14), la modalité cochée pour le premier dossier saisi le sera automatiquement par défaut pour tous les dossiers suivants.</p> <p>Pour les dossiers suivants, en cas de changement, n'oubliez pas de cocher la modalité d'informatisation correspondante au dossier analysé.</p>		
DPA 13	Dossier informatisé	<p>Préciser le degré d'informatisation du dossier patient.</p> <p>Cochez « Oui » si le dossier est entièrement informatisé.</p> <p>Cochez « Non » si le dossier n'est pas informatisé.</p> <p>Cochez « Partiellement » si une partie du dossier est informatisée.</p> <p><u>Précision</u> : le dossier patient informatisé est une des composantes d'un système d'information en réseaux. Il est composé d'informations administratives et médicales qui forment une base de données permettant de faciliter la coordination des soins. C'est un dossier sans papier.</p>
DPA 14	Si informatisation partielle, préciser le (les) éléments informatisés	<p>Cochez « Oui » lorsque l'élément est informatisé :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dossier structure 2. Dossier domicile 3. Observations médicales 4. Prescriptions médicamenteuses 5. Examens complémentaires 6. Courriers de fin d'hospitalisation 7. Dossier de soins infirmiers 8. Dossiers paramédicaux (kinésithérapeute, ergothérapeute) 9. Dossiers des travailleurs sociaux (assistant de service social) 10. Dossiers des psychologues <p>Cochez « Non » lorsque l'élément n'est pas informatisé.</p> <p>Cochez « Non Applicable » lorsque l'élément n'est pas retrouvé dans le séjour analysé.</p> <p>Remarque : chaque modalité cochée pour le premier dossier saisi le sera automatiquement par défaut pour tous les dossiers suivants.</p> <p>Pour les dossiers suivants, en cas de changement, n'oubliez pas de cocher la modalité d'informatisation correspondante au dossier analysé.</p>
DPA 14.1	Dossier structure	
DPA 14.2	Dossier domicile	
DPA 14.3	Observations médicales	
DPA 14.4	Prescriptions médicamenteuses	
DPA 14.5	Examens complémentaires	
DPA 14.6	Courrier de fin d'hospitalisation	
DPA 14.7	Dossier de soins infirmiers	
DPA 14.8	Dossiers paramédicaux (kinésithérapeute, ergothérapeute)	
DPA 14.9	Dossiers des travailleurs sociaux (assistant de service social)	
DPA 14.10	Dossiers des psychologues	
Information complémentaire (critères d'exclusion spécifiques pour DEC, TRE et DTN)		

DPA 15	Mode de sortie du patient Décès (exclusion de l'indicateur DEC) ; Mutation (exclusion de l'indicateur DEC) ; Transfert ; Autre mode de sortie	Cette information est issue des RPSS et s'affiche automatiquement. Elle est nécessaire pour l'activation de certains critères et certains indicateurs. En cas de décès ou autre mode de sortie, la question TDP16 est inactivée.
DPA 16	Patiente prise en charge en obstétrique (surveillance grossesse à risque, retour précoce à domicile, post-partum pathologique)	Cette information est issue des RPSS et s'affiche automatiquement. Si « Oui », exclusion de l'indicateur DTN car il s'agit d'un critère d'exclusion spécifique à cet indicateur. Si « Oui », questions TDP3 et 4 non activées.
DPA 17	Au cours des 21 premiers jours de son séjour, le patient a été pris en charge en soins palliatifs	Cette information est issue des RPSS et s'affiche automatiquement. Si « Oui », exclusion de l'indicateur DTN car il s'agit d'un critère d'exclusion spécifique à cet indicateur.
DPA 18	Patient pris en charge en EHPA(D)	Cette information est issue des RPSS et s'affiche automatiquement. Elle est nécessaire pour l'activation de certaines questions. Si « Oui », question TDP2.5 non applicable.
DPA 19	Indice de Karnofsky de la 1 ^{ère} semaine inférieur ou égal à 50	Cette information est issue des RPSS et s'affiche automatiquement. Si « Non », exclusion de l'indicateur TRE, car il s'agit d'un critère d'exclusion spécifique à cet indicateur.
DPA 19.1	Indice de Karnofsky de la 1 ^{ère} semaine strictement supérieur à 40	Cette information est issue des RPSS et s'affiche automatiquement. Si « Non », exclusion du dossier pour la question DTN 2.
Informations communes au thème DPA		
DPA 20	Le courrier de fin d'hospitalisation ou un compte rendu d'hospitalisation est retrouvé	Cochez « Oui » si un courrier de fin d'hospitalisation ou un compte rendu d'hospitalisation est retrouvé dans le dossier du patient. Cochez « Non » si aucun des deux éléments précédemment cités n'est retrouvé dans le dossier du patient. <u>Précisions :</u> - Un simple courrier de l'état de la prise en charge au moment de la sortie est accepté si le patient sort en l'absence des résultats des derniers examens réalisés. - En cas de mutation, une trace écrite justifiant médicalement cette mutation est acceptée.

DPA 21	<p>Si Oui, les éléments suivants sont retrouvés :</p> <ul style="list-style-type: none"> -L'identité du médecin destinataire (nom et adresse) -Une référence aux dates du séjour (date d'entrée et date de sortie) -Une synthèse du séjour 	<p>Répondre à cette question uniquement si la réponse « Oui » a été cochée à la question DPA 20.</p> <p>Pour chacun des quatre éléments d'information suivants, Cochez « Oui » lorsque l'élément est retrouvé dans le courrier de fin d'hospitalisation ou le compte rendu d'hospitalisation, ou dans le dossier du patient en cas de mutation :</p> <p>L'identité du médecin destinataire (nom et adresse – l'adresse peut être retrouvée dans le dossier du patient) ou du service en cas de mutation ou de transfert ;</p> <p>Une référence aux dates du séjour (date d'entrée et date de sortie) ;</p> <p>Une synthèse du séjour (contenu médical sur la prise en charge du patient).</p> <p>Cochez « Non » lorsque l'élément n'est pas retrouvé dans le courrier de fin d'hospitalisation ou le compte rendu d'hospitalisation, ou dans le dossier du patient en cas de mutation.</p>
--------	---	--

Indicateur 1 : Tenue du dossier patient en HAD (TDP)		
TDP 1	Le document médical de demande d'admission en HAD est retrouvé	<p>Est recherché un document à en-tête d'un médecin ou d'un établissement de santé : courrier, demande d'admission, etc.</p> <p>La retranscription dans le dossier d'une demande téléphonique pourra être prise en compte. Les demandes d'admission enregistrées dans des logiciels sécurisés type « Trajectoire » peuvent être prises en compte.</p> <p>Le courrier de sortie de l'hospitalisation précédente est à prendre en compte seulement si celui-ci indique que le patient est transféré/muté en secteur HAD.</p>
Pré-admission		
TDP 2	<p>Les éléments suivants sont retrouvés dans les documents de pré-admission :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antécédents - Pathologie à l'origine de la prise en charge - Motif de prise en charge - Evaluation de la dépendance par une échelle ou un questionnaire formalisé - Evaluation sociale 	<p>Les éléments demandés sont à retrouver UNIQUEMENT dans les documents relatifs à la pré-admission. Ces documents sont ceux émis par la structure HAD.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les antécédents peuvent être retrouvés lors d'une évaluation antérieure (au maximum dans les 3 mois précédent l'hospitalisation). • L'évaluation de la dépendance doit être réalisée à l'aide d'une échelle (type AVQ, AGGIR, Virginia Henderson, etc.) ou d'un questionnaire propre à l'établissement complété. Un indice de Karnofsky pourra être pris en compte si il est daté de la pré-admission. <p>NB : L'indice de Karnofsky <u>réalisé dans la première semaine de l'admission</u> n'est pas à prendre en compte pour l'évaluation de la dépendance car il ne correspond pas à la pré-admission.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'évaluation sociale doit être formalisée (facilement identifiable, spécifiée sous forme de rubrique, feuille à part, tête de chapitre...). Elle peut être réalisée par tout le personnel y compris l'assistante sociale. L'évaluation sociale recherchée est celle qui entraîne l'admission en HAD, toute évaluation réalisée après l'admission du patient n'est pas à prendre en compte. Les termes pouvant correspondre à une évaluation sociale sont par exemple : contexte social, mode de vie, antécédents sociaux, conditions de vie. Lorsque le patient est pris en charge en EHPAD, l'évaluation sociale n'est pas à renseigner <p>Patient en EHPA(D) : Il est possible pour ce type de patient de prendre en compte les informations retrouvées dans la convention cadre établie entre l'HAD et l'EHPAD (référence à la circulaire du 18 mars 2013 relative à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social) si celle-ci est présente dans le dossier.</p>
Admission		

TDP 3	La demande de prise en charge en HAD est faite par le médecin traitant	<p>Cette information est à recueillir à partir de n'importe quel support. C'est une question filtre. Elle n'entre pas dans le calcul du score de l'indicateur.</p> <p>Elle est désactivée automatiquement pour les patientes prises en charge en obstétrique.</p>
TDP 4	L'accord du médecin traitant pour la prise en charge en HAD est retrouvé	<p>Cette question est désactivée quand le médecin traitant est à l'origine de la demande ou quand la patiente est prise en charge en obstétrique.</p> <p>Une retranscription d'un entretien téléphonique, un accord écrit, etc. peuvent être pris en compte.</p>
TDP 5	L'accord du patient ou de son entourage pour la prise en charge en HAD est retrouvé	<p>On recherche une notification dans le dossier indiquant que le patient (ou l'entourage) accepte ou non sa prise en charge en HAD. S'il est noté dans le dossier que le patient n'est pas en état de recevoir d'informations et qu'il n'a pas d'entourage, vous pouvez cocher « Oui ».</p>
TDP 6	Le protocole de soins est retrouvé	<p>Le protocole de soins dont il est question ici, est celui qui concerne le séjour tiré au sort.</p> <p>Divers professionnels de santé sont amenés à délivrer des soins aux malades selon le protocole de soins établi par les médecins. Le protocole de soins formalise donc les soins et l'activité des différents intervenants. Il est possible qu'il soit nommé de différentes manières (projet personnalisé de soins, projet thérapeutique, projet médical, etc.) mais les intervenants doivent y être indiqués. Ce document n'est pas la planification journalière des soins ou le diagramme des soins.</p> <p>Les informations demandées doivent être retrouvées sur un support unique.</p> <p>Le protocole de soins doit être réévalué pour chaque séjour du patient afin de tenir compte de l'évolution de sa situation. Si aucun changement n'est constaté entre le séjour analysé et les précédents séjours, il convient de retrouver la trace de cette réévaluation (comme par exemple un commentaire précisant que le protocole de soins est poursuivi).</p> <p>NB : Lorsque le patient est pris en charge en EHPAD, il est possible de prendre en compte les informations retrouvées dans la convention cadre établie entre l'HAD et l'EHPAD (référence à la circulaire du 18 mars 2013 relative à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social) si celle-ci est présente dans le dossier.</p>
TDP 7	Si oui, le protocole est daté au plus tard des 7 jours suivant l'admission	<p>Les informations demandées sont à rechercher entre la pré-admission et les 7 jours suivant l'admission.</p>
TDP 7.1 (exp)	Si oui (à TDP 6), la trace de l'information du médecin traitant au sujet du protocole de soins est retrouvée	<p>Cochez « Oui » si vous trouvez dans le dossier la trace que le médecin traitant a été informé du protocole de soins de son patient. Cette mention de l'information peut être retrouvée dans tout le dossier du patient. Il peut s'agir de la retranscription d'un appel téléphonique.</p>

TDP 8	Les intervenants sont tracés dans le protocole (IDE, kiné, cabinet libéral, etc.)	Pour le critère « Intervenants tracés » cochez « Oui » , si le protocole stipule quels seront les professionnels (de l'HAD ou de l'extérieur) qui interviendront au domicile du patient (au moins un intervenant).
TDP 9	Si oui, pour chaque intervenant (HAD ou libéral) sont tracés dans le protocole : -Les types d'interventions -La fréquence/le rythme ou le nombre d'interventions	Lorsqu'un intervenant est indiqué dans le protocole de soins, cochez « Oui » à « Type d'interventions » si pour chacun d'eux, il est précisé le type de soins qui sera fourni par le professionnel (exemples : pansements escarre, nursing, rééducation kiné, bilan psychologique, etc.). Cochez « Non » , si le protocole ne précise pas les missions de l'intervenant au domicile du patient. De même cochez « Oui » pour « Fréquence/rythme et/ou nombre » si le nombre (2 séances, passage hebdomadaire, etc.) ou la fréquence des interventions (ex : 3 fois/semaine, tous les jours, etc.) sont indiqués pour chaque professionnel présent dans le protocole.
TDP 9.3 (exp)	Les coordonnées des intervenants (Nom + prénom + adresse et/ou téléphone) sont retrouvées (dans l'ensemble du dossier patient)	Cochez « oui » , si pour chacun des intervenants mentionnés dans le protocole de soins, vous retrouvez leurs coordonnées : nom + prénom + adresse ou téléphone. Les coordonnées peuvent être retrouvées dans tout le dossier du patient : dossier structure et / ou dossier domicile.
Médicaments		
TDP 10	Les prescriptions médicamenteuses nécessaires au démarrage de la prise en charge et datées au plus tard des 48h suivant l'admission sont présentes	Les prescriptions médicamenteuses ou ordonnances recherchées doivent être datées au maximum des 48h suivant l'admission. Elles peuvent être antérieures à l'admission. Une retranscription du traitement habituel dans le dossier n'est pas à prendre en compte pour répondre à la présence des prescriptions médicamenteuses. Pour les patients en EHPA(D) : il est possible de prendre en compte les informations retrouvées dans la convention cadre établie entre l'HAD et l'EHPAD (référence à la circulaire du 18 mars 2013 relative à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social) si celle-ci est présente dans le dossier et si celle-ci précise quels sont les médicaments dont l'approvisionnement et la dispensation sont assurés par la structure d'HAD ou si le cadre prévu à cet effet est barré.
TDP 11	Si non, trace dans le dossier que le patient n'a pas de traitement médicamenteux à l'admission	Si le patient n'a pas de traitement médicamenteux, une notification dans le dossier indiquant que le patient n'a pas de traitement à l'admission doit être retrouvée.

A titre descriptif (ces questions n'entrent pas dans le calcul du score)
Si vous avez indiqué en début de questionnaire que vous ne souhaitiez pas répondre, ces questions n'apparaissent pas dans votre grille de recueil.

TDP 12	<p>Si oui à TDP10, les éléments suivants sont retrouvés sur chaque prescription :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nom et prénom du patient -Date de prescription -Signature du prescripteur -Nom du prescripteur -Dénomination des médicaments -Posologie -Voie d'administration -Durée 	<p><u>Le recueil des éléments suivants n'entre pas dans le calcul de la conformité de l'indicateur.</u></p> <p>Pour chacun des huit éléments d'information suivants, cochez « Oui » lorsque l'élément est retrouvé sur chaque prescription et pour tous les médicaments prescrits.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nom et prénom du patient ; • Date de prescription ; • Signature du prescripteur ; • Nom du prescripteur ; • Dénomination des médicaments ; • Posologie (le dosage unitaire et le rythme d'administration des médicaments doivent être indiqués) ; • Voie d'administration <p>Pour les produits injectables (voie parentérale), la voie doit être indiquée (intraveineuse (i.v), intramusculaire (i.m), sous cutané (s.c), ou intradermique (i.d).</p> <p>Pour les autres types d'administration, la voie d'administration est retrouvée (voire orale, per os, voie cutanée ou transdermique, voie oculaire, etc.) ou la forme galénique si celle-ci suffit à préciser la voie d'administration (gélules, comprimés, ampoules buvables, etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durée du traitement <p>Cochez « Oui », si :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la durée du traitement est bien mentionnée ; -dans le cas de l'indication « traitement au long cours » ; -dans le cas de l'indication « en cas de douleur » pour une prescription d'antalgiques. <p>Cochez « NA » quand la prescription retrouvée correspond à une prescription au cours du séjour.</p> <p>Cochez « Non » lorsque l'élément manque au moins sur une prescription ou qu'un élément est illisible.</p>
--------	---	--

Traitement médicamenteux

TDP 13.1

Préalablement, la personne(s) responsable(s) de la préparation des médicaments a (ont) été identifiée(s) et tracée(s)
(on ne recherche pas la traçabilité quotidienne de la préparation des médicaments)

Ces informations sont à rechercher sur des documents datés au maximum des 48h suivant l'admission. Elles peuvent également être retrouvées sur les documents de pré-admission. Ces éléments ne sont pas à renseigner lorsqu'il est notifié dans le dossier que le patient n'a pas de traitement médicamenteux à l'admission.

Toutes les informations retrouvées sur les transmissions infirmières journalières de type « le patient a pris son traitement » ainsi que les traces de l'administration des médicaments (par exemple sur le diagramme de soins) ne doivent pas à être prises en compte.

On entend par traitement médicamenteux tout type de médicaments quelle que soit sa voie d'administration.

Préparation des médicaments :

Est recherchée toute information concernant l'anticipation de la préparation des médicaments comme par exemple : le patient prépare son traitement, la famille gère le pilulier, l'infirmière prépare le traitement, la pharmacie prépare le pilulier, etc.

- **Cochez « Oui »** lorsque le nom/fonction ou entité (ex : IDE, pharmacie, conjoint, cabinet libéral, patient, etc.) du responsable de la préparation des médicaments est spécifiée dans le dossier patient ;
- **Cochez « Non »** si les indications fournies dans le dossier ne permettent pas de savoir qui sera chargé de la préparation des médicaments.

NB : Lorsque le patient est pris en charge en EHPAD, il est possible de prendre en compte les informations retrouvées sur la convention cadre établie entre l'HAD et l'EHPAD (référence à la circulaire du 18 mars 2013 relative à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social) si celle-ci est présente dans le dossier.

TDP 13.2	<p>Préalablement, la personne(s) responsable(s) de l'administration des médicaments a (ont) été identifiée(s) et tracée(s) (on ne recherche pas la traçabilité quotidienne de l'administration des médicaments)</p>	<p>Ces informations sont à rechercher sur des documents datés au maximum des 48h suivant l'admission. Elles peuvent également être retrouvées sur les documents de pré-admission. Ces éléments ne sont pas à renseigner lorsqu'il est notifié dans le dossier que le patient n'a pas de traitement médicamenteux à l'admission.</p> <p>Toutes les informations retrouvées sur les transmissions infirmières journalières de type « le patient a pris son traitement » ainsi que les traces de l'administration des médicaments (par exemple sur le diagramme de soins) ne doivent pas à être prises en compte.</p> <p>On entend par traitement médicamenteux tout type de médicaments quelle que soit sa voie d'administration.</p> <p><u>Administration des médicaments :</u></p> <p>Est recherchée toute information concernant l'<u>anticipation</u> de l'administration des médicaments comme par exemple : le patient est autonome pour la prise de son traitement, le conjoint administre le traitement, l'IDE est chargée de l'administration des médicaments, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cochez « Oui » lorsque le nom/fonction ou entité (ex : IDE, conjoint, cabinet libéral, patient, etc.) de la personne qui sera chargée de l'administration des médicaments est spécifiée dans le dossier patient ; • Cochez « Non » si les indications fournies dans le dossier ne permettent pas de savoir qui s'occupera de l'administration des médicaments au patient. <p>NB : Lorsque le patient est pris en charge en EHPAD, il est possible de prendre en compte les informations retrouvées sur la convention cadre établie entre l'HAD et l'EHPAD (référence à la circulaire du 18 mars 2013 relative à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social) si celle-ci est présente dans le dossier.</p>
TDP 14	<p>Dans les 7 jours suivant l'admission, l'évaluation de la dépendance par une échelle détaillée est retrouvée</p>	<p>Cette évaluation doit être réalisée à l'aide d'une échelle (type AVQ, AGGIR, Virginia Henderson, etc.) et le détail doit apparaître.</p> <p>Le score seul n'est pas à prendre en compte. Les évaluations antérieures à l'admission ne sont pas à prendre en compte.</p> <p><i>Dans le cadre de l'actualisation de l'indicateur TDP, cette question ne sera plus recueillie lors de la prochaine campagne nationale.</i></p>
TDP 15	<p>Une réunion pluri-professionnelle est tracée dans le dossier au moins une fois au cours du séjour</p>	<p>Cochez « Oui » lorsqu'est retrouvée, dans le dossier patient, la trace de ce qui a été discuté pour le patient au cours du séjour lors d'une réunion pluri-professionnelle, d'une réunion de synthèse, d'un staff, etc. Par exemple « patient vu en staff le ..., il est décidé de..., point réalisé avec le médecin traitant, etc.»</p>

TDP 16	En cas de transfert ou de mutation (DPA 15) : La transmission des informations assurant la continuité des soins à la sortie est tracée	Cochez « Oui » si vous retrouvez dans le dossier la copie de la fiche de liaison IDE remplie ou bien s'il est indiqué dans le dossier que les informations nécessaires à la continuité des soins ont été transmises à l'unité d'aval. Par exemple : « patient transféré aux urgences, informations communiquées », etc. <i>Dans le cadre de l'actualisation de l'indicateur TDP, cette question ne sera plus recueillie lors de la prochaine campagne nationale.</i>
TDP 17	Le dossier est organisé et classé tel que décidé au sein de la structure d'HAD	Cochez « Oui » : S'il existe des procédures relatives à l'organisation du dossier dans l'établissement et/ou les services, et si le dossier est organisé et classé conformément à ces procédures : par exemple, en différentes rubriques (courriers, examens biologiques, dossier de soins, prescriptions) ou par ordre chronologique. Il s'agit d'apprécier l'organisation et le classement interne du dossier du patient et non son archivage. Cochez « Non » si le dossier n'est pas organisé et classé. <i>Dans le cadre de l'actualisation de l'indicateur TDP, cette question ne sera plus recueillie lors de la prochaine campagne nationale.</i>
COORD 1 (exp)	Une deuxième réunion pluri-professionnelle est tracée si le séjour est de plus de 30 jours	La question n'apparaît que pour les séjours de plus de 30 jours (DPA 10). Cochez « Oui » lorsqu'est retrouvée, dans le dossier patient, la trace d'une deuxième réunion pluri-professionnelle (une réunion différente de celle mentionnée dans TDP 15).
COORD 2 (exp)	La trace de la participation du médecin coordonnateur à au moins une réunion pluri-professionnelle est retrouvée	Cochez « Oui » lorsqu'est retrouvée, dans le dossier patient, la trace de la participation du médecin coordonnateur à <u>au moins une</u> réunion pluri-professionnelle dans tout le séjour du patient. La trace de l'information du médecin coordonnateur n'est pas suffisante pour répondre « Oui », il faut au moins une participation.
COORD 3 (exp) / Moyens logistiques		
COORD 3.1 (exp)	La trace d'une évaluation des moyens logistiques déjà en place est retrouvée	Cochez « Oui » lorsqu'est retrouvée, dans le dossier patient, la trace d'une évaluation des moyens logistiques déjà en place chez le patient. Il s'agit de moyens logistiques qui seraient déjà présents chez le patient. Si vous retrouvez la trace que le patient n'a pas de nécessité de moyens logistiques, vous pouvez cocher « Oui ».
COORD 3.2 (exp)	La trace d'une évaluation des moyens logistiques à mettre en place est retrouvée	Cochez « Oui » lorsqu'est retrouvée, dans le dossier patient, la trace d'une évaluation des moyens logistiques à mettre en place chez le patient. Il s'agit des moyens logistiques à mettre en place chez le patient pour assurer sa prise en charge à domicile. Si vous retrouvez la trace que le patient n'a pas de nécessité de moyens logistiques, vous pouvez cocher « Oui ».

TDP V2.1 (exp)	La mention de l'identité de la personne de confiance est tracée (nom + prénom + tel OU adresse)	<p>Cette information peut se retrouver dans l'ensemble du séjour concerné ou dans un questionnaire spécifique (cela dépend de l'organisation de l'ES).</p> <p>Cochez « Oui » si vous retrouvez la trace de l'identité de la personne de confiance (nom + prénom + téléphone ou adresse) ou la trace de l'absence de désignation d'une personne de confiance par le patient (<u>exemples</u> : si le patient n'a pas voulu en désigner et que cette information est tracée, cocher « Oui » ; ou si le patient est dans l'incapacité de désigner une personne de confiance et que c'est clairement mentionné dans le dossier, cocher « Oui »).</p> <p>On définit par identité :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ la trace du nom et du prénom de la personne <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ soit de son numéro de téléphone ▪ soit de son adresse <p>Cochez « Non » si vous ne retrouvez aucune information concernant l'identité de la personne de confiance.</p> <p>Cochez « Non Applicable » dans le cas de majeurs sous tutelle.</p> <p>Remarque :</p> <p>- La personne de confiance peut avoir la même identité que la personne à prévenir, mais cela doit être explicitement précisé dans le dossier.</p>
TDP V2.2 (exp)	La mention de l'identité de la personne à prévenir est tracée (nom + prénom + tel OU adresse)	<p>Cette information peut se retrouver dans l'ensemble du séjour concerné.</p> <p>Cochez « Oui » si vous retrouvez la trace de l'identité de la personne à prévenir : nom + prénom + téléphone ou adresse. Si le patient n'a pas voulu en désigner et que cette information est tracée, cocher « Oui ». Si le patient est dans l'incapacité de désigner une personne à prévenir et que c'est clairement mentionné dans le dossier, cocher « Oui ».</p> <p>On définit par identité :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ la trace du nom et du prénom de la personne <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ soit de son numéro de téléphone ▪ soit de son adresse <p>Cochez « Non » si vous ne retrouvez rien concernant la personne à prévenir, ou s'il manque un élément rendant l'identité de la personne imprécise (absence du nom ou du prénom ou soit du téléphone, soit de l'adresse).</p>

TDP V2.3 (exp)	La trace d'une évaluation des risques liés à la prise en charge au domicile est retrouvée	<p>Cochez « Oui » lorsqu'est retrouvée, dans le dossier patient, la trace d'une évaluation des risques liés à la prise en charge à domicile pour le patient.</p> <p>Vous pouvez retrouver la trace de cette évaluation sur une grille spécifique (check liste d'évaluation des risques à domicile, case à cocher identification des risques au domicile, notion de risque potentiel, risque avéré...), ou sous la forme d'une mention retrouvée dans le dossier.</p> <p>Les risques mentionnés peuvent être de plusieurs natures :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risques liés au patient : risque hémorragique lié à un traitement anticoagulant, patient dément, patient toxicomane, risque infectieux d'un patient porteur de BMR... • Risques liés à des traitements : chimiothérapies, stockage au domicile,.. • Risques liés à l'environnement : patient seul au domicile, patient avec conjoint dément, conditions d'hébergement précaires, animaux au domicile, difficultés d'accès au domicile... • Risques liés à des problèmes sociaux-économiques.
-------------------	---	---

Indicateur 2 : Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC)		
DEC 1	Courrier ou compte rendu d'hospitalisation daté	<p>Répondre à cette question uniquement si la réponse « Oui » a été cochée à la question DPA 20.</p> <p>Cochez « Oui » si une date est retrouvée sur le courrier de fin d'hospitalisation ou sur le compte rendu d'hospitalisation.</p> <p>Cochez « Non » si aucune date n'est retrouvée sur le courrier de fin d'hospitalisation ou sur le compte rendu d'hospitalisation.</p>
DEC 2	Si Oui, date du document (JJ/MM/AAAA)	<p>Répondre à cette question uniquement si la réponse « Oui » a été cochée à la question DEC 1.</p> <p>Saisir la date retrouvée sur le courrier de fin d'hospitalisation ou le compte rendu de fin d'hospitalisation (format JJ/MM/AAAA).</p>

Indicateur 3 : Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD)

TRD 1	Retrouve-t-on au moins une mesure de la douleur notée dans le dossier du patient pendant le séjour ?	<p>Les différents types d'échelles sont décrits ci-après.</p> <p>L'évaluation de la douleur est recherchée dans tous les éléments du dossier du patient relevant du séjour analysé.</p> <p>Cochez la modalité de réponse correspondant à la mesure de la douleur :</p> <p>« Oui avec échelle (EVA, EN, EVS, échelle d'hétéro-évaluation) » : utilisation d'une échelle avec ou sans commentaire sur l'état douloureux (ex : EVA = 2, EN = 0).</p> <p>« Oui sans échelle (commentaires) » : présence de commentaires sur l'état douloureux sans utilisation d'échelle (ex : patient algique, patient douloureux).</p> <p>« Non » : pas de commentaire, ni d'utilisation d'échelle.</p> <p>Si un commentaire « patient non douloureux » est tracé dans le dossier du patient, il convient de cocher « Oui sans échelle (commentaires) » à la question TRD1.</p> <p>Si l'évaluation de la douleur se fait à l'aide de commentaires sans utilisation d'échelle, ou si aucune information n'est retrouvée dans le dossier du patient, ne pas renseigner la question TRD 2.</p>
TRD 2	Si une mesure diagnostique une douleur avec une échelle, retrouve-t-on au moins une mesure de suivi de la douleur ?	<p>On entend par « mesure diagnostique », la première mesure (avec une échelle) ayant permis de diagnostiquer la douleur chez le patient.</p> <p>On entend par « mesure de suivi », la (ou les) mesure(s) (avec une échelle) ayant succédé à une mesure diagnostique de la douleur.</p> <p>Cochez la modalité de réponse correspondant à la mesure de suivi de la douleur :</p> <p>« Oui avec échelle (EVA, EN, EVS, échelle d'hétéro-évaluation) » : utilisation d'une échelle avec ou sans commentaire sur l'état douloureux (ex : EVA = 2, EN = 0).</p> <p>« Oui sans échelle (commentaires) » : présence de commentaires sur l'état douloureux sans utilisation d'échelle (ex : patient algique, patient douloureux).</p> <p>« Non » : pas de commentaire, ni d'utilisation d'échelle.</p> <p>« Non Applicable (le patient n'est pas douloureux) » : si la réponse est « Oui avec échelle » à la question TRD 1 et le patient diagnostiqué non douloureux à l'aide de cette échelle (ex : EVA=0).</p> <p>On considère que le patient est algique dès lors qu'une douleur a été diagnostiquée à l'aide d'une échelle et quelle que soit l'intensité de la douleur identifiée comme présente ; la douleur n'est pas considérée comme étant diagnostiquée et suivie si son évaluation n'est pas réalisée à l'aide d'une échelle.</p>

Définition des différents types d'échelles d'évaluation de la douleur

Échelle Visuelle Analogique

Elle se présente sous forme d'une réglette comportant une face patient et une face évaluateur. Le patient déplace le curseur entre l'extrémité gauche (= 0/Pas de douleur) et l'extrémité droite (= 100/Douleur maximale imaginable) de la réglette et le positionne à l'endroit où il situe l'intensité de sa douleur.

Échelle Numérique

Elle présente une note de 0 à 10 (ou 100) que choisit le patient pour exprimer l'intensité de la douleur, 0 étant l'absence de douleur et 10 la douleur maximale.

Échelle Verbale Simple

Elle propose au patient une série de qualificatifs hiérarchisés allant de douleur absente à douleur intense en passant par douleur faible et modérée.

Échelles d'hétéro-évaluation de la douleur

Le professionnel de santé évalue la douleur du patient en observant ses manifestations comportementales. Elles sont utilisées lorsque le rapport verbal n'est pas possible notamment chez :

- le prématuré : PIPP (Premature Infant Pain Profile) ;
- le nouveau-né : EDIN (Evaluation de la Douleur et de l'Inconfort du Nouveau-né), DAN (Douleur Aiguë du Nouveau-né), Comfort Scale, Amiel-Tison, FLACC (Face Legs Activity Cry Consolability), CHIPPS (Children and Infants Postoperative Pain Scale) ;
- l'enfant : CHEOPS (Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale), OPS (Objective Pain Scale), DEGR (Douleur Enfant Gustave Roussy), HEDEN (Hétéro Evaluation de la Douleur de l'Enfant), EVENDOL (Evaluation Enfant Douleur aux urgences pédiatriques), échelle de jetons et échelle de visages ;
- l'enfant et l'adolescent handicapés : DESS (Douleur Enfant San Salvador), GED-DI (Grille d'Évaluation de la Douleur Déficience Intellectuelle) ;
- l'adolescent et l'adulte handicapés : EDAAP (Expression Douleur Adulte et Adolescent Polyhandicapés) ;
- la personne âgée : Doloplus, Algoplus, ECPA (Échelle Comportementale de la douleur chez la Personne Agée) ;
- le patient non communicant en réanimation : échelle comportementale de douleur (Behavioral Pain Scale) ;
- le patient en post-opératoire : Gmal.

Indicateur 4 : Suivi du poids (DTN)

De la pré-admission jusqu'aux 7 jours suivant l'admission, les informations retrouvées concernant le dépistage sont :

DTN 1	Le poids	La notification du poids est à rechercher sur tous les supports datés de la période entre la pré-admission et les sept premiers jours suivant l'admission. Si le poids est tracé comme non évaluable dans le dossier du patient, la réponse à la question DTN1 est « oui ».
DTN 2	Si Oui, une autre mesure du poids dans les 15 jours suivant la 1 ^{ère} mesure	La question ne s'affiche pas quand la durée de séjour du patient ne permet pas que le patient soit pesé dans les 15 jours suivant la 1 ^{ère} mesure (séjours dont la durée est inférieure à 21 jours). Par exemple : séjour de 10 jours. Elle ne s'affiche pas non plus si DPA 19.1 est « Non ».
DTN3	La mention de la recherche de variation du poids avant l'hospitalisation	La mention de la variation du poids à l'entrée est à rechercher sur tous les supports datés de la période entre la pré-admission et les sept premiers jours suivant l'admission. Cochez « Oui » à la mention de la recherche de variation du poids ou de son absence avant l'hospitalisation : Quand est tracé par ex : le patient a beaucoup maigri, grossi, perte ou prise de poids d'environ 10 kg, patient cachectique ; Quand la recherche de cette variation a été faite et est tracée (ex. « variation ? »).

Indicateur 5 : Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre (TRE)		
TRE 1	De la pré-admission jusqu'aux 7 jours suivant l'admission, la trace d'une évaluation du risque d'escarre est retrouvée	<p>La trace recherchée peut être l'utilisation d'une échelle, un jugement clinique ou une notification dans le dossier de l'état du patient vis-à-vis du risque d'escarre.</p> <p>Cochez « Oui » quand est retrouvée une échelle remplie (grille renseignée avec ou sans le score) (ou la trace d'un jugement clinique (Cf. partie ci-dessous sur l'échelle et le jugement clinique) datée au plus tard des 7 jours suivant l'admission.</p> <p>Cochez « Non » lorsqu'aucune trace n'est retrouvée ou lorsque la trace retrouvée n'est pas datée au plus tard des 7 jours suivant l'admission.</p> <p>La trace dans le dossier que le patient est porteur d'escarre ne permet pas de cocher « Oui » à la trace d'évaluation du risque.</p>
TRE 2	Si Oui, cette évaluation tracée correspond à l'utilisation : - D'une échelle - D'un jugement clinique	<p>Exemple d'échelle : Braden, Norton, Waterloo...</p> <p>Cochez « Echelle » lorsqu'une échelle complète (grille renseignée avec ou sans le score) est retrouvée dans le dossier ou que le score est retranscrit.</p> <p>Cochez « Jugement clinique » lorsqu'une information sur les escarres apparaît dans le dossier du patient, par exemple : « risque d'escarre = non », « escarre = oui », « escarre = 0 », « appliquer protocole de prévention escarre ». La mention « escarre ++ » ne permet pas de cocher « oui » car elle ne représente pas un jugement clinique conclu. Elle peut faire référence à des escarres déjà présentes.</p> <p>Cochez « Oui » au jugement clinique lorsqu'une information sur les escarres apparaît dans le dossier du patient</p>
TRE 3	Suite à cette évaluation, une conclusion sur le risque d'escarre est retrouvée	<p>La trace recherchée est une information explicite dans le dossier patient indiquant que le patient est à risque ou pas de développer des escarres.</p> <p>Pour cocher « Oui », cette trace doit permettre à l'évaluateur de savoir si le patient comporte un risque ou non de développer des escarres. Cette information doit être datée au plus tard des 7 jours suivant l'admission.</p> <p>Cochez « Non » si la trace retrouvée précédemment concernant les escarres ne permet pas de savoir si le patient est à risque de développer des escarres.</p>

Grille de recueil des indicateurs du thème « Dossier patient HAD »

EXPERIMENTATION

Souhaitez-vous renseigner les questions optionnelles permettant l'évaluation de la qualité des prescriptions médicamenteuses : questions TDP 12 à TDP 12.8.		<input type="radio"/> Oui (elles apparaîtront dans la grille pour tous les dossiers) <input type="radio"/> Non (elles n'apparaîtront pas dans la grille pour tous les dossiers)
Question- Niveau établissement		
Q1	Dans la fiche d'évènements indésirables, un item « coordination » est retrouvé	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Identification structure		
DPA 1	Numéro FINESS enquêté	□□□□□□□□
DPA 2	Nom de l'établissement enquêté	_____
DPA 2.1	L'établissement enquêté est	<input type="radio"/> un service d'HAD attaché à un établissement <input type="radio"/> un établissement d'HAD autonome
Identification - Niveau interne à la structure		
DPA 3	Service (ou pôle)	□□□□□
Identification - Tirage au sort et date de saisie		
DPA 4	Date de la saisie	□□ / □□ / □□□□
DPA 5	Numéro du tirage au sort	□□□
Identification - caractéristiques du séjour patient		
DPA 6	Groupe homogène de prise en charge (GHPC)	□□□□□
DPA 7	Age du patient à la date d'entrée du séjour	□□□
DPA 8	Sexe du patient	<input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin
DPA 9	Date de fin du séjour HAD	□□ / □□ / □□□□
DPA 10	Durée du séjour	□□□
DPA 11	Dossier structure	<input type="radio"/> Retrouvé et analysable <input type="radio"/> Retrouvé mais Incohérence PMSI (séjour < 8 jours, GHPC erroné, patient <18 ans) (exclusion du thème) <input type="radio"/> Retrouvé mais le patient ne souhaite pas que les données le concernant soient exploitées (exclusion du thème) <input type="radio"/> Non retrouvé
DPA 11.1	SI dossier structure « Non retrouvé »	<input type="radio"/> Patient hospitalisé au moment du recueil <input type="radio"/> Patient transféré avec son dossier si le transfert du dossier est tracé <input type="radio"/> Aucune des deux
DPA 12	Dossier domicile	<input type="radio"/> Retrouvé et analysable <input type="radio"/> Retrouvé mais le patient ne souhaite pas que les données le concernant soient exploitées <input type="radio"/> Non retrouvé
DPA 12.1	SI dossier domicile « Non retrouvé »	<input type="radio"/> Patient hospitalisé au moment du recueil <input type="radio"/> Patient transféré avec son dossier si le transfert du dossier est tracé <input type="radio"/> Dossier conservé/détruit par la famille <input type="radio"/> Aucune des trois

Concernant l'informatisation (questions DPA 13 et 14), la modalité cochée pour le premier dossier saisi le sera automatiquement par défaut pour tous les dossiers suivants.
 Pour les dossiers suivants, en cas de changement, n'oubliez pas de cocher la modalité d'informatisation correspondante au dossier analysé.

DPA 13	Dossier informatisé	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Partiellement
DPA 14	Si informatisation partielle, préciser le (les) éléments informatisés	_____
DPA 14.1	Dossier structure	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

DPA 14.2	Dossier domicile	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
DPA 14.3	Observations médicales	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
DPA 14.4	Prescriptions médicamenteuses	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
DPA 14.5	Examens complémentaires	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable
DPA 14.6	Courrier de fin d'hospitalisation	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
DPA 14.7	Dossier de soins infirmiers	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
DPA 14.8	Dossiers paramédicaux (kinésithérapeute, ergothérapeute)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable
DPA 14.9	Dossiers des travailleurs sociaux (assistant de service social)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable
DPA 14.10	Dossiers des psychologues	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable
Information complémentaire (critères d'exclusion spécifiques pour DEC, TRE et DTN)		
DPA 15	Mode de sortie du patient	<input type="radio"/> Décès (exclusion de l'indicateur DEC) <input type="radio"/> Mutation (exclusion de l'indicateur DEC) <input type="radio"/> Transfert <input type="radio"/> Autre mode de sortie
DPA 16	Patiente prise en charge en obstétrique (surveillance grossesse à risque, retour précoce à domicile, post-partum pathologique)	<input type="radio"/> Oui (exclusion de l'indicateur DTN) <input type="radio"/> Non
DPA 17	Au cours des 21 premiers jours de son séjour, le patient a été pris en charge en soins palliatifs	<input type="radio"/> Oui (exclusion de l'indicateur DTN) <input type="radio"/> Non
DPA 18	Patient pris en charge en EHPA(D)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
DPA 19	Indice de Karnofsky de la 1 ^{ère} semaine inférieur ou égal à 50	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non (exclusion pour TRE)
DPA 19.1	Indice de Karnofsky de la 1 ^{ère} semaine strictement supérieur à 40	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Informations communes au thème DPA		
DPA 20	Le courrier de fin d'hospitalisation ou un compte rendu d'hospitalisation est retrouvé	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
DPA 21	Si Oui, les éléments suivants sont retrouvés	
DPA 21.1	L'identité du médecin destinataire (nom et adresse)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
DPA 21.2	Une référence aux dates du séjour (date d'entrée et date de sortie)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
DPA 21.3	Une synthèse du séjour	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Indicateur 1 : Tenue du dossier patient en HAD (TDP)		
TDP 1	Le document médical de demande d'admission en HAD est retrouvé	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Pré-admission		
TDP 2	Les éléments suivants sont retrouvés dans les documents de pré-admission	
TDP 2.1	Antécédents	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 2.2	Pathologie à l'origine de la prise en charge	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 2.3	Motif de prise en charge	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 2.4	Evaluation de la dépendance par une échelle ou un questionnaire formalisé	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 2.5	Evaluation sociale	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Admission		
TDP 3	La demande de prise en charge en HAD est faite par le médecin traitant	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Information non retrouvée

TDP 4	L'accord du médecin traitant pour la prise en charge en HAD est retrouvé	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 5	L'accord du patient ou de son entourage pour la prise en charge en HAD est retrouvé	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 6	Le protocole de soins est retrouvé	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 7	Si oui, le protocole est daté au plus tard des 7 jours suivant l'admission	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non daté
TDP 7.1 (exp)	Si oui, la trace de l'information du médecin traitant au sujet du protocole de soins est retrouvée	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 8	Les intervenants sont tracés dans le protocole (IDE, kiné, cabinet libéral, etc.)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 9	Si oui, pour chaque intervenant (HAD ou libéral) sont tracés dans le protocole	
TDP 9.1	Les types d'interventions (pansement, rééducation respiratoire, etc.)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 9.2	La fréquence/le rythme ou le nombre d'interventions	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 9.3 (exp)	Les coordonnées des intervenants (Nom+ prénom+ adresse et/ou téléphone) sont retrouvées (dans l'ensemble du dossier patient)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Médicaments		
TDP 10	Les prescriptions médicamenteuses nécessaires au démarrage de la prise en charge et datées au plus tard des 48h suivant l'admission sont présentes	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 11	Si non, trace dans le dossier que le patient n'a pas de traitement médicamenteux à l'admission	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
A titre descriptif (n'entre pas dans le calcul du score)		
TDP 12	Si oui à TDP10, les éléments suivants sont retrouvés sur chaque prescription	
TDP 12.1	Nom et prénom du patient	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 12.2	Date de prescription	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 12.3	Signature du prescripteur	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 12.4	Nom du prescripteur	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 12.5	Dénomination des médicaments	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 12.6	Posologie	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 12.7	Voie d'administration	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 12.8	Durée	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA

Traitement médicamenteux		
TDP 13.1	Préalablement, la personne(s) responsable(s) de la préparation des médicaments a (ont) été identifiée(s) et tracée(s) (on ne recherche pas la traçabilité quotidienne de la préparation des médicaments)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 13.2	Préalablement, la personne(s) responsable(s) de l'administration des médicaments a (ont) été identifiée(s) et tracée(s) (on ne recherche pas la traçabilité quotidienne de l'administration des médicaments)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 14	Dans les 7 jours suivant l'admission, l'évaluation de la dépendance par une échelle détaillée est retrouvée	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 15	Une réunion pluri-professionnelle est tracée dans le dossier au moins une fois au cours du séjour	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 16	En cas de transfert ou de mutation : La transmission des informations assurant la continuité des soins à la sortie est tracée	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 17	Le dossier est organisé et classé tel que décidé au sein de la structure d'HAD	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
COORD 1 (exp)	Une deuxième réunion pluri-professionnelle est tracée si le séjour est de plus de 30 jours	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
COORD 2 (exp)	La trace de la participation du médecin coordonnateur à au moins une réunion pluri-professionnelle est retrouvée	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
COORD 3 (exp)	Moyens logistiques	
COORD 3.1 (exp)	La trace d'une évaluation des moyens logistiques déjà en place est retrouvée	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
COORD 3.2 (exp)	La trace d'une évaluation des moyens logistiques à mettre en place est retrouvée	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP V2.1 (exp)	La mention de l'identité de la personne de confiance est tracée (nom + prénom + tel OU adresse)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non Applicable (majeur sous tutelle)
TDP V2.2 (exp)	La mention de l'identité de la personne à prévenir est tracée (nom + prénom + tel OU adresse)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP V2.3 (exp)	La trace d'une évaluation des risques liés à la prise en charge au domicile est retrouvée	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Indicateur 2 : Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC)		
DEC 1	Courrier ou compte rendu d'hospitalisation daté	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
DEC 2	Si Oui, date du document (JJ/MM/AAAA)	□□ / □□ / □□□□
Indicateur 3 : Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD)		
TRD 1	Retrouve-t-on au moins une mesure de la douleur notée dans le dossier du patient pendant le séjour ?	<input type="radio"/> Oui avec échelle (EVA, EN, EVS, Echelle d'hétéro-évaluation) <input type="radio"/> Oui sans échelle (commentaires) <input type="radio"/> Non
TRD 2	Si une mesure diagnostique une douleur avec une échelle, retrouve-t-on au moins une mesure de suivi de la douleur ?	<input type="radio"/> Oui avec échelle (EVA, EN, EVS, Echelle d'hétéro-évaluation) <input type="radio"/> Oui sans échelle (commentaires) <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA (le patient n'est pas douloureux)
Indicateur 4 : Suivi du poids (DTN)		
De la pré-admission jusqu'aux 7 jours suivant l'admission, les informations retrouvées concernant le dépistage sont :		
DTN 1	Le poids	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
DTN 2	Si Oui, une autre mesure du poids dans les 15 jours suivant la 1 ^{ère} mesure	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
DTN 3	La mention de la recherche de variation du poids avant l'hospitalisation	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Indicateur 5 : Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre (TRE)		
TRE 1	De la pré-admission jusqu'aux 7 jours suivant l'admission, la trace d'une évaluation du risque d'escarre est retrouvée	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TRE 2	Si Oui, cette évaluation tracée correspond à l'utilisation :	<input type="checkbox"/> D'une échelle <input type="checkbox"/> D'un jugement clinique
TRE 3	Suite à cette évaluation, une conclusion sur le risque d'escarre est retrouvée	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

REFERENCES

- 1.ANAES. Dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu. Réglementation et recommandations. Paris: ANAES; juin 2003.
- 2.Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Décret n°2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé.
- 3.Collège de l'accréditation. Rapport d'activité 2001. Paris: Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé; 2002.
- 4.Daucourt V, Michel P. L'accréditation passée au crible des 100 premiers comptes-rendus publiés par l'ANAES. *Gestions Hospitalières* 2002; 415: 235-43.
- 5.Ousset S, Gentile S, Tardieu S, Bouvenot J, Fontaine ME, Teissier M, et al. Les grandes tendances de l'accréditation: bilan des 182 premiers comptes-rendus publiés. *Presse Med* 2003; 32: 254-7.
- 6.Ausset S, Bouaziz H, Brosseau M, Kinirons B, Benhamou D. Improvement of information gained from the pre-anaesthetic visit through a quality-assurance programme. *Br J Anaesth* 2002; 88: 280-3.
- 7.Brami J, Doumenc M. Improving general practitioner records in France by a two-round medical audit. *J Eval Clin Pract* 2002; 8: 175-81.
- 8.Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine. Dossier patient: évolution de la conformité des dossiers patients entre 1997 et 2000 dans 12 établissements d'Aquitaine (rapport interne). Bordeaux: CCECQA; 2001.
- 9.Damais-Cepitelli A, Martin P, Devos AM, Le Gueult LC. [Qualitative assessment of labile blood product prescription in Le Havre Hospital]. *Transfus Clin Biol* 2001; 8: 77-84.
10. Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé. *Journal officiel* ; 16 avril 2011.
11. Article L1111-6 du code de la santé publique portant sur la personne de confiance. *Journal officiel* ; 23 avril 2005.

Annexes : Validation des indicateurs de processus

L'analyse des qualités métrologiques de l'indicateur porte sur :

1. Analyse de la faisabilité du recueil sur au moins 50 établissements

La faisabilité est définie comme la capacité de l'établissement de santé à collecter les données nécessaires à la production de l'indicateur de manière autonome, et avec une charge de travail acceptable. Elle évalue notamment la capacité à accéder aux données sources et systèmes d'information et le temps passé au recueil des données.

Elle s'appuie sur les éléments suivants : (1) analyse d'une grille de faisabilité permettant d'évaluer l'acceptabilité de la mesure par les professionnels, la compréhension de l'indicateur, la capacité des professionnels à répondre dans les délais, la disponibilité des données sources et l'implication des médecins dans le recueil ; (2) évaluation de la charge de travail.

2. La pertinence pour l'amélioration de la qualité des soins

- **La variabilité inter-ES** : capacité de l'indicateur à discriminer les ES par l'observation d'une variabilité du résultat.
- **L'écart a un seuil de performance** : capacité de l'indicateur à identifier une marge d'amélioration par l'observation d'un écart à un seuil de performance attendue (ou benchmark) pour l'établissement de santé.
- **L'identification des actions correctives** : capacité de l'ES à identifier des actions d'amélioration réalisables
- **Les effets induits négatifs** : potentiel de l'indicateur à générer un comportement modifiant le résultat, qui ne soit pas en lien avec la qualité du soin (exemple, traçabilité dans le dossier/ordonnance d'une pratique non réalisée).

3. Les qualités métrologiques

- **La stabilité inter-observateurs (reproductibilité)** : capacité à produire des résultats similaires lorsqu'une mesure est répétée sur un même dossier par une autre personne. Elle est évaluée par la stabilité inter-observateurs qui mesure sa capacité à produire des résultats similaires lorsqu'elle est répétée sur un même dossier par une autre personne.
- **La cohérence interne** : cohérence ou homogénéité interne entre les items retenus pour le calcul d'un score.
- **La validité de face-à-face** : capacité à observer si la compréhension de l'indicateur est partagée par tous les utilisateurs.
- **La validité de contenu** : capacité de l'indicateur à représenter toutes les dimensions importantes d'un concept. Elle porte sur la sélection des indicateurs.