

Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins

Tenue du dossier patient en HAD

Définition	Cet indicateur évalue la tenue du dossier des patients hospitalisés à domicile. 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. Le score de qualité est calculé à partir de 8 critères au maximum. 1. Document médical de demande d'admission en HAD (critère 1) 2. Éléments relatifs à la pré-admission (critère 2) 3. Accord du patient ou de son entourage pour sa prise en charge en HAD (critère 4) 4. Trace des prescriptions médicamenteuses nécessaires au démarrage de la prise en charge (critère 5) 5. Mention de l'identité de la personne de confiance (si applicable) (critère 6) 6. Mention de l'identité de la personne à prévenir (critère 7) 7. Traçabilité de l'évaluation des risques liés à la prise en charge au domicile (critère 8) 8. Document relatif à la continuité des soins à la sortie d'HAD (critère 9).
Justification	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 [ANAES. <i>Dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu. Réglementation et recommandations.</i> Paris: ANAES; juin 2003].
Utilisations	▪ Objectif de performance à atteindre fixé à 80 % (8 dossiers sur 10) ▪ Pilotage interne dans les établissements de santé ▪ Procédure de certification en établissement de santé ▪ Incitation financière à la qualité (se référer à l'arrêté)
Type d'indicateur	▪ Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements ▪ Score composite ▪ Pas d'ajustement sur le risque.
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).
Échantillon	Le score global est calculé sur un échantillon aléatoire de 60 dossiers.
Critères d'inclusion	L'échantillon principal est constitué de séjours de patients adultes, hospitalisés au moins 8 jours en HAD, séjours non précédés d'un autre séjour en HAD dans le mois précédent et non suivis d'un séjour en HAD dans le mois suivant.
Critères d'exclusion	Sont exclus, les séjours : - inférieurs ou égaux à 7 jours - des patients ayant moins de 18 ans au moment du séjour - précédés et/ou suivi par un autre séjour sur une période d'un mois - avec un GHPC erreur

Mode d'évaluation de l'indicateur TDP3 HAD	L'indicateur est calculé à partir de 9 critères : 1. Document médical de demande d'admission en HAD (Critère 1) 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. 2. Éléments relatifs à la pré-admission (Critère 2) 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). Évaluation de la dépendance par une échelle ou un questionnaire formalisé (5). Évaluation sociale (si applicable) 3. Accord du patient ou de son entourage pour sa prise en charge en HAD (Critère 4) Le critère est satisfait s'il est notifié dans le dossier que le patient (ou son entourage) accepte ou non sa prise en charge en HAD OU s'il est notifié dans le dossier que le patient n'est pas en état de recevoir d'informations et qu'il n'a pas d'entourage. 4. Trace des prescriptions médicamenteuses nécessaires au démarrage de la prise en charge (Critère 5) 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. 5. Mention de l'identité de la personne de confiance (nom, prénom et tel ou adresse) (critère 6) (si applicable) 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 <u>Remarque</u> : ce critère est non applicable pour les patients majeurs sous tutelle. 6. Mention de l'identité de la personne à prévenir (critère 7) 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 : - La trace du nom et du prénom de la personne ET - Soit de son numéro de téléphone - Soit de son adresse 7. Traçabilité de l'évaluation des risques liés à la prise en charge au domicile (critère 8) 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 : - 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 8. Document relatif à la continuité des soins à la sortie d'HAD (critère 9) (si applicable) Le critère est satisfait si un document relatif à la continuité des soins à la sortie d'HAD est retrouvé dans le dossier patient. Ce document peut être une lettre de liaison, un courrier, un compte-rendu d'hospitalisation, un document, une fiche de liaison, ou tout autre document ayant pour but la continuité des soins. Les patients décédés ne seront pas concernés par ce critère.
--	---

Algorithmes de calcul de l'indicateur Tenue du dossier patient* en HAD

Variable		Algorithme
Critère 1 : Document médical de demande d'admission en HAD		
Pourcentage de dossiers $= \sum_{i=1}^{60} \frac{[\text{num CRIT 1}]}{[\text{den CRIT 1}]}$	Dossier i : [num CRIT 1]	Si [TDP_1] = 1 Alors [num CRIT 1] = 1 Sinon [num CRIT 1] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT 1]	Si [TDP_1] = 1 OU [TDP_1] = 0 Alors [den CRIT 1] = 1 FinSi
Critère 2 : Éléments relatifs à la pré-admission		
Pourcentage de dossiers $= \sum_{i=1}^{60} \frac{[\text{num CRIT 2}]}{[\text{den CRIT 2}]}$	Dossier i : [num CRIT 2]	Si [TDP_2_1] = 1 ET [TDP_2_2] = 1 ET [TDP_2_3] = 1 ET [TDP_2_4] = 1 ET ([TDP_2_5] = 1 OU [TDP_2_5] = vide) Alors [num CRIT 2] = 1 Sinon [num CRIT 2] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT 2]	Si [TDP_2_1] = 1 OU [TDP_2_1] = 0 Alors [den CRIT 2] = 1 FinSi
Critère 4 : Accord du patient ou de son entourage pour la prise en charge en HAD		
Pourcentage de dossiers $= \sum_{i=1}^{60} \frac{[\text{num CRIT 4}]}{[\text{den CRIT 4}]}$	Dossier i : [num CRIT 4]	Si [TDP_5] = 1 Alors [num CRIT 4] = 1 Sinon [num CRIT 4] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT 4]	Si [TDP_5] = 1 OU [TDP_5] = 0 Alors [den CRIT 4] = 1 FinSi
Critère 5 : Trace des prescriptions médicamenteuses nécessaires au démarrage de la prise en charge		
Pourcentage de dossiers $= \sum_{i=1}^{60} \frac{[\text{num CRIT 5}]}{[\text{den CRIT 5}]}$	Dossier i : [num CRIT 5]	Si [TDP_10] = 1 OU ([TDP_10] = 0 ET [TDP_11] = 1) Alors [num CRIT 5] = 1 Sinon [num CRIT 5] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT 5]	Si [TDP_10] = 1 OU [TDP_10] = 0 Alors [den CRIT 5] = 1 FinSi
Critère 6 : Mention de l'identité de la personne de confiance (si applicable)		
Pourcentage de dossiers $= \sum_{i=1}^{60} \frac{[\text{num CRIT 6}]}{[\text{den CRIT 6}]}$	Dossier i : [num CRIT 6]	Si [TDP_18] = 1 Alors [num CRIT 6] = 1 Sinon [num CRIT 6] = 0 FinSi

	Dossier i : [den CRIT 6]	Si [TDP_18] <> 3 Alors [den CRIT 6] = 1 FinSi
Critère 7 - Mention de l'identité de la personne à prévenir		
Pourcentage de dossiers $= \sum_{i=1}^{60} [\text{num CRIT 7}] / \sum_{i=1}^{60} [\text{den CRIT 7}]$	Dossier i : [num CRIT 7] [den CRIT 7]	Si [TDP_19] = 1 Alors [num CRIT 7] = 1 Sinon [num CRIT 7] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT 7]	Si [TDP_19] = 1 OU [TDP_19] = 0 Alors [den CRIT 7] = 1 FinSi
Critère 8 : Traçabilité de l'évaluation des risques liés à la prise en charge au domicile		
Pourcentage de dossiers $= \sum_{i=1}^{60} [\text{num CRIT 8}] / \sum_{i=1}^{60} [\text{den CRIT 8}]$	Dossier i : [num CRIT 8] [den CRIT 8]	Si [TDP_20] = 1 Alors [num CRIT 8] = 1 Sinon [num CRIT 8] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT 8]	Si [TDP_20] = 1 OU [TDP_20] = 0 Alors [den CRIT 8] = 1 FinSi
Critère 9 : Document relatif à la continuité des soins à la sortie de l'HAD (si applicable)		
Pourcentage de dossiers $= \sum_{i=1}^{60} [\text{num CRIT 9}] / \sum_{i=1}^{60} [\text{den CRIT 9}]$	Dossier i : [num CRIT 9] [den CRIT 9]	Si DPA_15 <> 1 et Si [DPA_20] = 1 Alors [num CRIT 9] = 1 Sinon [num CRIT 9] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT 9]	Si [DPA_15] <> 1 (différent de 1) Alors [den CRIT 9] = 1 FinSi
Score de qualité de la tenue du dossier patient		
1ère étape : un score individuel est calculé pour chaque dossier i. Il correspond à la somme des critères conformes divisée par la somme des critères applicables.	Dossier i [IND_TDP_i]	IND TDP i] = $\frac{([\text{num CRIT 1 i}] + [\text{num CRIT 2 i}] + [\text{num CRIT 4 i}] + [\text{num CRIT 5 i}] + [\text{num CRIT 6 i}] + [\text{num CRIT 7 i}] + [\text{num CRIT 8 i}] + [\text{num CRIT 9 i}])}{([\text{den CRIT 1 i}] + [\text{den CRIT 2 i}] + [\text{den CRIT 4 i}] + [\text{den CRIT 5 i}] + [\text{den CRIT 6 i}] + [\text{den CRIT 7 i}] + [\text{den CRIT 8 i}] + [\text{den CRIT 9 i}])}$
2ème étape : un score global est ensuite calculé pour l'échantillon. Il correspond à la moyenne arithmétique de scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon.	Score de qualité de la tenue du dossier patient	$\sum_{i=1}^{60} [\text{IND_TDP_i}] / \text{nbredossierinclus}$

* L'acronyme de l'indicateur « Tenue du dossier patient » est TDP

Historique de l'indicateur « Tenu du dossier patient »

Rappel sur le développement de l'indicateur

En 2015, la HAS a repris le développement et le suivi des indicateurs du dossier patient en HAD à l'échelle nationale, indicateurs initialement développés par la FNEHAD en région. La HAS a décidé d'actualiser l'indicateur « Tenue du dossier Patient » (TDP) en une nouvelle version.

En 2016, cet indicateur a été expérimenté, puis a été proposé en recueil en 2018, 2019 et 2022.

Pas de recueil en 2020 et 2021 du fait de la crise COVID.

Modifications de l'indicateur en 2022 applicable en 2024

Suite aux arrêtés concernant l'état d'urgence sanitaire et sa sortie, applicables durant la période de recueil des indicateurs de la campagne HAD en 2022, le critère 3 « **Accord du médecin traitant pour la prise en charge en HAD (si applicable)** » est supprimé du calcul de l'indicateur.

Cette modification est aussi applicable pour 2024.

Le score est donc composé de 8 critères.