



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

DOSSIER DU PATIENT :

METHODES D'AMELIORATION DE LA QUALITE

JUIN 2003

SERVICE ÉVALUATION DES PRATIQUES

SOMMAIRE

LES MÉTHODES D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ APPLICABLES À LA TENUE DU DOSSIER DU PATIENT	2
I. LA GESTION DE PROJET.....	4
II. LES MÉTHODES	4
II.1. Approche par les processus - Méthode PAQ Anaes	5
II.2. Audit clinique	6
II.3. Méthode de résolution de problème	7
II.4. Benchmarking	7
II.5. Reengineering	7
III. LES OUTILS	8
EXEMPLE D'APPLICATION DE LA MÉTHODE PAQ ANAES AU DOSSIER DU PATIENT	9
Étape 1 - Identification du processus.....	9
Étape 2 - Description du processus.....	10
Description.....	11
Identification des dysfonctionnements et recueil des données.....	12
Analyse de l'origine des dysfonctionnements.....	15
Étape 3 - Construction du nouveau processus	15
Caractériser.....	16
Établir des priorités.....	16
Choisir des axes d'amélioration.....	16
Étape 4 - Amélioration du processus.....	17
Conduite des actions d'amélioration	17
Suivi de l'efficacité des actions.....	19
Évaluation du projet.....	19
EXEMPLE DE RÉFÉRENTIEL SIMPLIFIÉ UTILISÉ EN ROUTINE.....	20
EXEMPLE DE GRILLE UTILISÉE EN ROUTINE EN AQUITAINE	22

LES MÉTHODES D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ APPLICABLES À LA TENUE DU DOSSIER DU PATIENT

Le dossier du patient et son partage représentent un ensemble d'opérations plus ou moins complexes. Chaque étape de ce processus peut faire l'objet d'une démarche d'amélioration de la qualité.

Ces étapes peuvent être déclinées comme suit :

- l'accessibilité au dossier dans le temps et dans l'espace ;
- l'accessibilité de l'information nécessaire à la prise de décision, à la continuité des soins ;
- la tenue du dossier : présentation et contenu ;
- l'ergonomie du dossier : présentation et classement ;
- le partage des informations entre les professionnels : facilité d'accès et exhaustivité des informations nécessaires à chacun ;
- la confidentialité des informations et leur préservation ;
- la transmission des informations dans l'établissement selon la trajectoire du patient ;
- la transmission des informations vers des professionnels hors de l'établissement ;
- les conditions de l'accessibilité et la lisibilité des informations pour le patient ;
- la traçabilité des prises de décision, des prises en charge et des éléments de gestion des risques liés à chaque patient ;
- l'archivage du dossier : le matériel, les lieux et modalités de stockage.

Compte tenu de la complexité et de tous les éléments qui interviennent dans la qualité du dossier une démarche d'amélioration de la qualité centrée sur ce thème peut ne s'intéresser qu'à l'une de ces étapes.

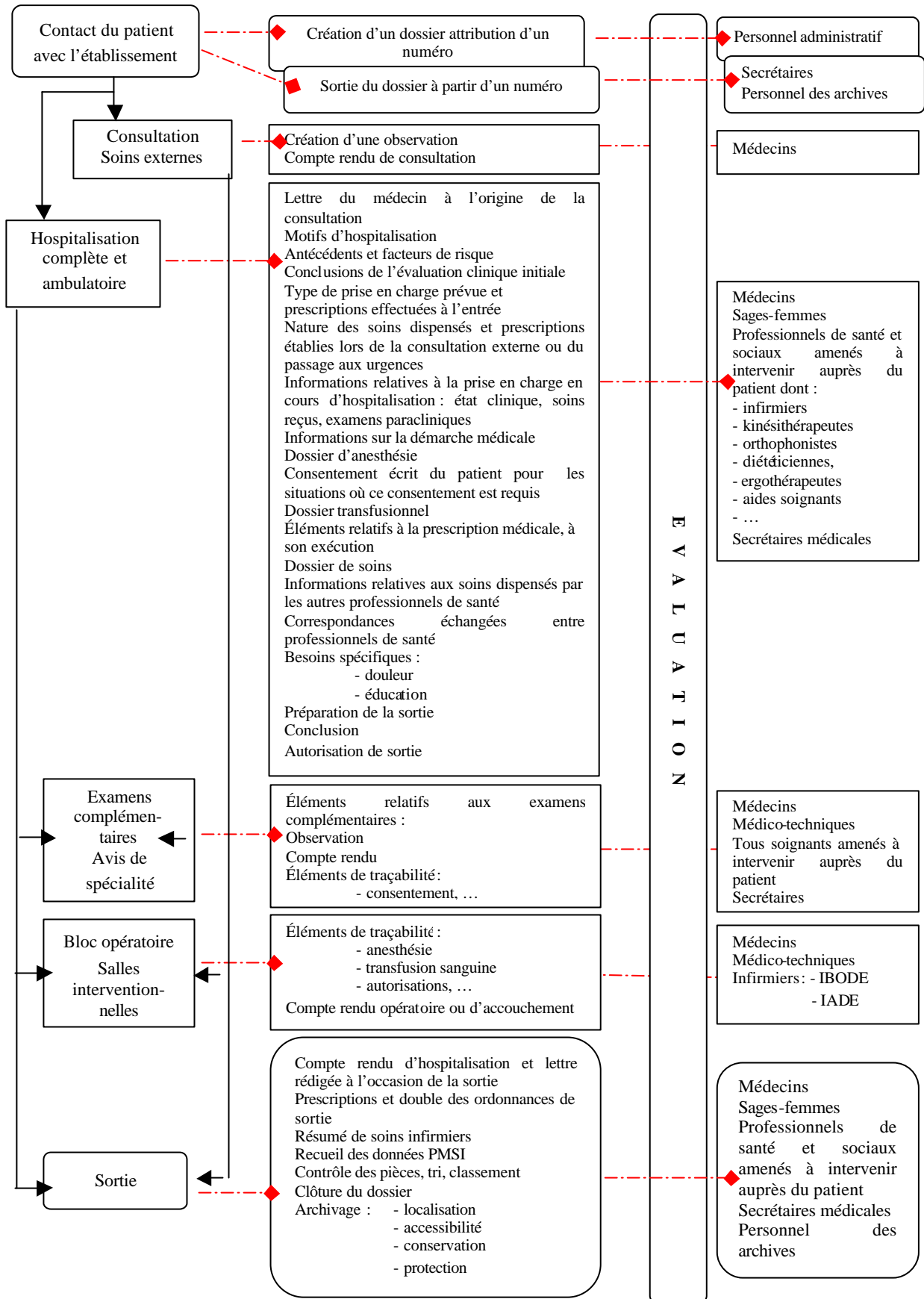
De très nombreuses personnes sont impliquées à un moment ou un autre dans le processus de création et de tenue du dossier. Son amélioration nécessite une approche pluriprofessionnelle.

Le dossier est également en lien avec l'organisation mise en œuvre dans l'établissement pour faciliter et protéger son accès, pour permettre son emploi aisé par les professionnels des services et assurer sa conservation.

La qualité de la tenue du dossier est ainsi le résultat d'un processus complexe, comportant de nombreux segments et impliquant de nombreux acteurs. Ce processus est représenté sur le tableau de la page suivante.

L'amélioration globale du processus ne peut donc se limiter à l'amélioration d'une pratique professionnelle, mais doit s'intéresser aux liens formels et informels existant entre tous les professionnels et entre tous les services concernés.

Représentation du processus de tenue du dossier



La mise en œuvre de la démarche d'amélioration de la qualité doit impliquer, comme dans toute approche par les processus, des représentants de l'ensemble des acteurs directs du processus.

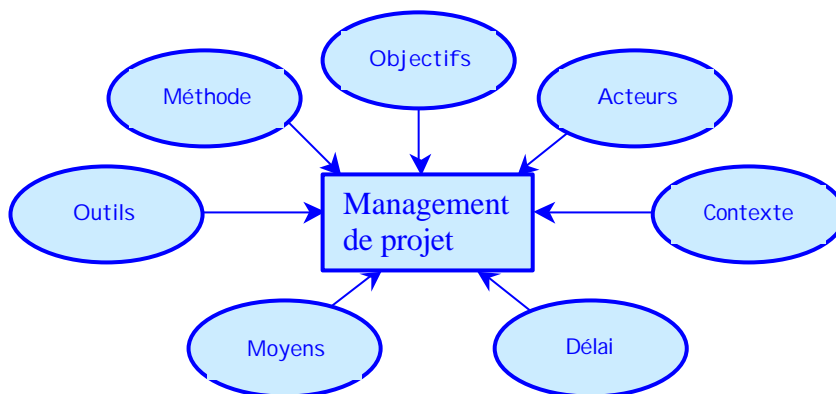
Il est nécessaire d'impliquer les acteurs internes à l'établissement mais également les intervenants externes comme les médecins traitants, les professionnels de santé ambulatoires et les patients. Leur mode de participation dépend de la représentativité voulue pour chaque groupe d'acteurs, des possibilités d'organisation, des aspects étudiés et du type d'améliorations recherchées. Ainsi les représentants des personnels internes à l'établissement peuvent participer à un groupe de travail, alors que pour les intervenants externes, le choix peut porter sur des *focus groups* ou des interviews individuelles.

I. LA GESTION DE PROJET

Dans tout projet d'amélioration de la qualité, quelle que soit la méthode choisie, il est nécessaire d'utiliser une méthode de gestion ou de management de projet. Celle-ci permet d'assurer le suivi du projet d'une façon rigoureuse par le chef de projet.

Elle concerne l'organisation, la logistique, le calendrier de déroulement, les moyens alloués, etc., tout ce qui contribue au bon déroulement du projet.

On veillera particulièrement à organiser la communication autour du projet, ce qui est primordial pour assurer sa réussite et sa pérennité.



Représentation schématique des 7 facettes du management de projet

(Source : « Le management de projet » par Henri-Pierre MADERS et Etienne CLET, Mémento Les éditions d'organisation)

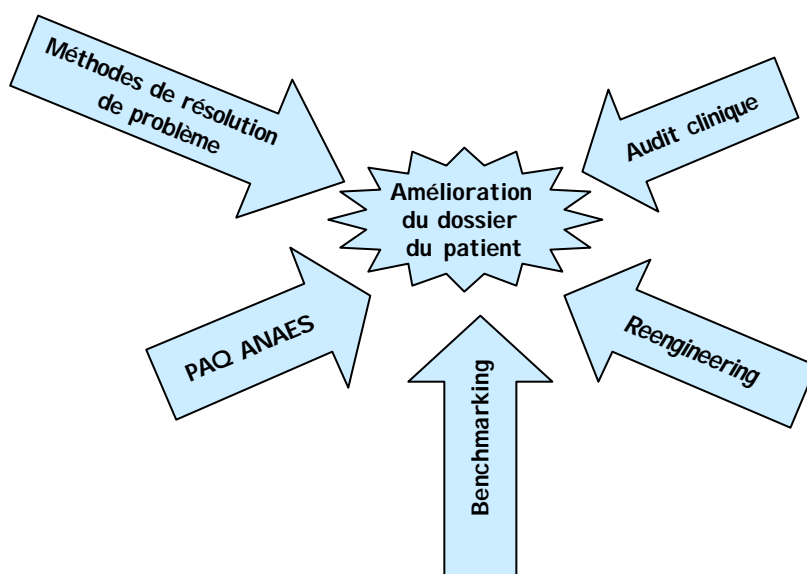
II. LES MÉTHODES

Plusieurs méthodes sont utilisables pour améliorer les différents aspects du dossier du patient en établissement de santé. Le choix reposera sur les objectifs poursuivis, l'expérience déjà acquise et les ressources disponibles.

Le processus centré sur le dossier au service de la prise en charge et de l'information du patient peut être découpé en différents segments alimentés par les points énumérés en début de chapitre.

Par exemple, l'accès à l'information peut être envisagé sous forme d'un segment de ce processus. Il en est de même pour les autres aspects. Dans ce cadre, une méthode d'amélioration, privilégiant une approche par les processus, peut être utilisée, par exemple, la méthode PAQ Anaes.

Au cours du déroulement du projet d'autres méthodes peuvent être utilisées. La méthode de résolution de problème, l'audit clinique et le *benchmarking* peuvent permettre d'améliorer certaines étapes du processus. La méthode de reconfiguration (*reengineering*) des processus permet de repenser le processus afin de le reconstruire complètement ; par exemple dans le cadre de l'informatisation du dossier, cette méthode peut être utile dans la mesure où elle permet des changements radicaux.



II.1. Approche par les processus - Méthode PAQ Anaes

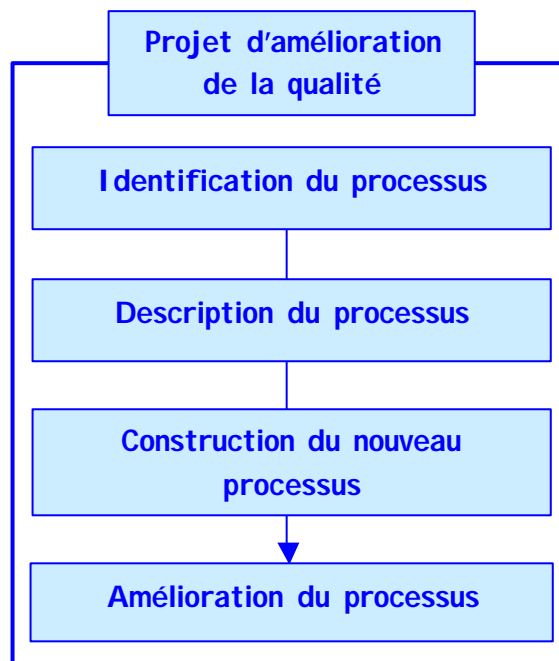
La méthode PAQ Anaes est une méthode d'amélioration continue de la qualité basée sur l'étude des processus. Cette approche permet d'analyser le processus afin d'envisager les segments nécessitant une amélioration et ceux pour lesquels le niveau de qualité est satisfaisant. Dans cette approche, les critères d'évaluation peuvent être utilisés à différentes étapes et avec différents objectifs.

Cette méthode est particulièrement pertinente pour étudier un processus aussi complexe, car elle permet l'étude des interfaces organisationnelles existant entre les différentes parties prenantes et prend parfaitement en compte les relations de type « client-fournisseur ».

La méthode comporte 4 étapes.

Les étapes de la méthode PAQ Anaes

(Cf. document « Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé »)



Vous trouverez en annexe un exemple d'application de la méthode PAQ Anaes au dossier du patient.

II.2. Audit clinique

L'audit clinique est la méthode à privilégier pour évaluer la tenue du dossier du patient dans le but de l'améliorer.

Dans le cadre d'un projet d'amélioration sur le thème du dossier du patient cette méthode permet d'identifier, à l'aide des critères proposés dans le document, les points nécessitant une amélioration. Elle permet de réaliser un « diagnostic qualité » du processus par la mesure des écarts entre la pratique et la valeur attendue des critères.

Comme évoqué précédemment la méthode de l'audit clinique peut être utilisée seule ou s'intégrer dans une autre méthode d'amélioration comme la méthode d'analyse de processus.

Dans le cadre d'un projet d'amélioration du dossier du patient, une fois le « diagnostic qualité » réalisé à l'aide des critères proposés dans le document, les points nécessitant une amélioration peuvent être suivis avec une grille de critères simplifiée.

Il est également possible d'utiliser les résultats de l'audit comme des indicateurs de suivi de la démarche d'amélioration.

Deux exemples de grilles simplifiées sont exposés en annexe.

II.3. Méthode de résolution de problème

La méthode de résolution de problème permet de focaliser l'action sur un problème particulier. Cette méthode dont la principale caractéristique est une approche par les problèmes peut être utilisée seule ou dans les approches par processus.

Dans le cadre d'un projet d'amélioration sur le thème du dossier du patient il peut être intéressant de l'utiliser pour résoudre certaines situations nécessitant une exploration très approfondie. La limite de la méthode est qu'il n'est pas possible d'explorer plus d'un problème à la fois.

Dans ce type de processus il peut être fastidieux de travailler sur chaque problème consécutivement si le nombre de problèmes identifiés et sélectionnés est élevé. De plus cela peut faire perdre la cohérence de l'ensemble.

II.4. Benchmarking

La méthode *benchmarking* est une méthode d'amélioration de la qualité basée sur la recherche du meilleur sur un processus donné, qu'il soit du même secteur ou d'un secteur différent.

L'objectif est de comparer un processus de son entreprise à un processus similaire dans une entreprise reconnue comme la meilleure sur ce processus afin de rechercher des améliorations innovantes. L'étude *benchmarking* peut se faire chez des concurrents directs, dans une autre unité de l'entreprise ayant la même activité, dans un autre secteur d'activité de l'entreprise ou dans une entreprise dans un autre secteur d'activité.

Dans le cadre d'un projet d'amélioration sur le thème du dossier du patient cette méthode peut être utilisée par un établissement pour se comparer à un autre établissement de santé, par exemple dans le cadre de l'informatisation ou de la transmission des informations. Certains processus ou segments peuvent être étudiés dans des entreprises pour lesquelles l'information est un élément fondamental de leur activités par exemple les agences de presse, les banques, etc.

La méthode se déroule en huit étapes.

II.5. Reengineering

Le *reengineering* est une méthode d'amélioration de la qualité qui consiste à reconfigurer les processus.

Il s'agit, dans un premier temps, d'identifier les points du processus nécessitant une amélioration afin de recréer un nouveau processus.

L'objectif est de rechercher toutes les tâches n'apportant pas de valeur ajoutée de façon à créer un processus « idéal », visant à améliorer la performance.

Dans le cadre d'un projet d'amélioration sur le thème du dossier du patient il peut être intéressant d'utiliser cette méthode au moment de l'informatisation du dossier. Cette démarche méthodique de repérage des segments de processus nécessitant une amélioration doit permettre d'envisager un traitement informatique optimal du dossier en évitant de reproduire les étapes sans valeur ajoutée. Cette méthode peut

éviter l'étape d'amélioration du processus de traitement du dossier papier mais en prenant en compte les améliorations nécessaires à ce processus dans le nouveau processus informatique.

III. LES OUTILS

Dans le cadre d'un projet d'amélioration sur le thème du dossier du patient de nombreux outils peuvent être utilisés pour mener à bien la démarche quelle que soit la méthode employée. Un certain nombre d'outils peuvent être utilisés pour ce projet :

- les enquêtes de satisfaction qui permettent de recueillir l'avis des intervenants externes à l'établissement, mais qui peuvent être également utilisées avec les intervenants internes lorsqu'il s'avère difficile de les intégrer dans un groupe de travail ;
- les *focus groups* qui permettent de recueillir de l'information auprès des clients. Cet outil peut être utilisé pour évaluer les besoins et les attentes des clients externes comme internes ;
- les indicateurs et les tableaux de bord qui permettent de suivre la mise en œuvre des actions d'amélioration et les résultats obtenus.

EXEMPLE D'APPLICATION DE LA MÉTHODE PAQ ANAES AU DOSSIER DU PATIENT

Le dossier du patient peut être envisagé sous la forme d'un processus qui suit le parcours du patient depuis son contact avec l'établissement jusqu'à sa sortie.

Chaque étape du processus est caractérisée par des actions dont la plupart génèrent des pièces qui vont alimenter le dossier ou sa traçabilité. De nombreux acteurs interviennent dans ce processus.

La démarche d'amélioration peut concerner l'ensemble du processus ou seulement un ou plusieurs segments en fonction des professionnels qui souhaitent s'impliquer dans cette démarche. La démarche peut être développée à titre d'exemple dans quelques services et être ensuite démultipliée dans l'ensemble de l'établissement.

Même si ce projet d'amélioration est limité, il doit être intégré dans un projet institutionnel afin d'en assurer la pérennité.

Étape 1 - Identification du processus

Cette étape est fondamentale car elle ne se limite pas au choix du thème, mais elle implique de définir les responsabilités des différents acteurs dans le cadre du projet et de mettre en place une gestion de projet.

Il est nécessaire de constituer un comité de pilotage de la démarche ou de faire appel à une structure équivalente déjà constituée. Le comité de pilotage doit représenter les décideurs de l'établissement car il suit l'avancement du projet, doit se prononcer sur une attribution de moyens si nécessaire, valide les actions à mettre en œuvre. Cette structure permet d'intégrer le projet au niveau institutionnel.

Exemple¹ de composition du comité de pilotage

Comité de pilotage	
M. C.V.	Directeur établissement
M ^m A.B.	Directeur du service de soins infirmiers
D ^r D. F.	Président CME
M ^{lle} V.L.	Directeur qualité
M. F.C.	Responsable des archives
D ^r G. L.	Responsable DIM - Chef de projet
M ^m M.J.R.	Cadre expert - Chef de projet

Pour ce type de projet, il faut définir précisément le processus ou le segment de processus à étudier, les unités ou les services où l'on souhaite commencer ce travail.

Ce choix est fait préférentiellement sur la base du volontariat. Ce préalable permet de constituer un groupe de travail représentatif de tous les intervenants concernés et de choisir le chef de projet.

¹ Les exemples présentés font référence à des projets différents.

À cette étape, le référentiel d'audit peut être utilisé pour réaliser un diagnostic de situation permettant de cibler les segments de processus à améliorer et s'assurer de la participation des acteurs concernés.

Dans notre exemple, le projet est conduit dans un service de chirurgie cardiaque constitué de 3 unités.

Le processus est étudié depuis le contact avec l'établissement jusqu'à la sortie du patient.

L'objectif de la démarche est de disposer à tout moment d'informations fiables, structurées et complètes, d'améliorer la centralisation de l'information.

Le groupe de travail constitué est représentatif des différents professionnels intervenant dans le processus.

Exemple¹ de composition du groupe de travail

Groupe de travail		
D ^r G. L.	Responsable DIM	Chef de projet
M ^{me} M.J.R.	Cadre expert	Chef de projet
M ^{me} R.B.B.	Cadre de santé Unité 2	Membre
M ^{me} F.D.	Archiviste	Membre
M ^{me} M.G.	Secrétaire	Membre
M ^{me} V.H.	Cadre de santé Unité 3	Membre
D ^r M.L.	Médecin anesthésiste	Membre
D ^r A.M.	Interne en chirurgie	Membre
P ^r C.M.	Chef de service de chirurgie cardiaque	Membre
M ^{me} B.N.	Responsable méthode - Direction de la qualité	Membre
M ^{me} G.P.	Cadre de santé Unité 3	Membre
M. O.R.	Infirmier Unité 1	Membre
M ^{me} A.S.	Responsable des consultations	Membre
M. C.T.	Représentant des usagers	Membre
M ^{me} L.V.	Infirmière anesthésiste	Membre

Étape 2 - Description du processus

Cette étape comporte la description du processus mais également son analyse afin d'identifier les dysfonctionnements, rechercher leurs causes, les analyser et rechercher les points à améliorer. Cette étape permet aussi de mettre en évidence ce qui fonctionne bien.

À cette étape, la grille de critères peut être utilisée pour évaluer le processus décrit. C'est une façon de définir les points sur lesquels les actions d'amélioration devront porter.

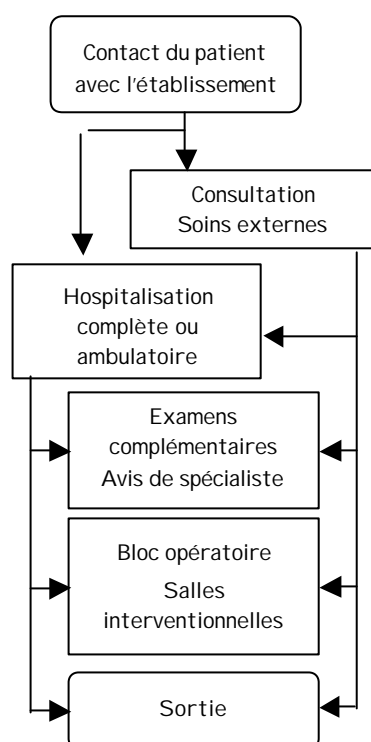
¹ Les exemples présentés font référence à des projets différents.

Description

Il s'agit ici de décrire le processus existant tel qu'il est réalisé. Cette description doit se faire avec tous les acteurs intervenant à différents niveaux du processus, de façon qu'elle soit la plus proche possible de la réalité.

La description du processus est faite par le groupe de travail puis validée par l'ensemble des acteurs intervenant dans le processus. Dans le cadre de l'amélioration du dossier du patient le processus peut être découpé en segments qui font l'objet d'une visualisation sur un logigramme².

Logigramme représentant sous forme de processus très général le parcours du patient dans l'établissement de santé depuis le premier contact jusqu'à sa sortie de l'établissement



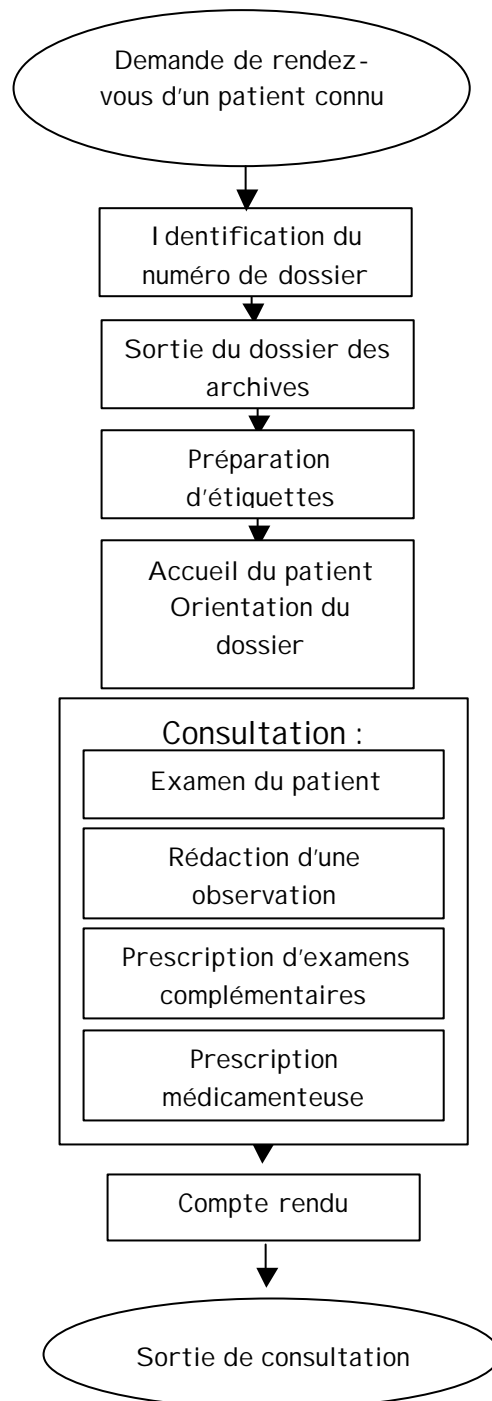
À partir de ce processus général des segments peuvent être identifiés et découpés en étapes. Chacune de ces étapes génère des documents qui vont alimenter le dossier.

Pour notre exemple, nous retenons le segment « consultation » et dans le cadre de ce projet concernant le dossier du patient le processus « vie du dossier lors d'une consultation ».

Ce processus va pouvoir être découpé en étapes.

² Outil présenté sous forme d'une fiche synthétique dans le document « Méthode et outils des démarches qualité pour les établissements de santé » Anaes.

Exemple de processus : vie du dossier lors d'une consultation



Identification des dysfonctionnements et recueil des données

Le processus étant décrit dans sa réalité, il est nécessaire d'analyser les dysfonctionnements qui peuvent survenir lors de son déroulement, d'en rechercher les causes, qui ne sont pas toujours les plus apparentes, de mesurer leur fréquence et de proposer des actions ciblées sur les problèmes les plus fréquents. L'analyse des

dysfonctionnements peut se faire avec l'outil QQQQCP³ (qui, quoi, où, quand, comment, pourquoi), qui permet de les expliciter. L'objectif n'est pas d'être exhaustif mais d'être le plus factuel possible.

Quoi :	Pourquoi :
Le dossier n'est pas sur le bureau du médecin lors de la consultation	Le dossier n'a pas été sorti des archives Le patient n'a pas signalé qu'il était déjà venu dans l'établissement Le patient n'a pas donné le bon numéro de dossier L'identité du patient n'est pas exacte Le dossier n'a pas été retrouvé aux archives Le patient est arrivé en urgence ...

Qui :	Pourquoi :
Le médecin	Remet en cause la continuité des soins Résultats du précédent bilan inaccessibles ...
Le patient	Remet en cause la continuité de sa prise en charge ...
La secrétaire	Doit quitter son poste pour aller chercher le dossier ...
L'archiviste	Doit rechercher le dossier en urgence ...

Où :	Pourquoi :
Dans la salle de consultation	L'endroit où le patient est vu ...
Archives	Endroit où sont stockés tous les dossiers Endroit où arrivent les demandes de sortie de dossiers ...
Secrétariat	Endroit où les dossiers sont stockés de façon transitoire Endroit où la présence des dossiers est vérifiée ...

Quand :	Pourquoi :
Lors de la demande de rendez-vous	Moment où l'on définit si le patient a déjà un dossier Moment où l'on recherche le numéro du dossier ...
La veille de la consultation	Établissement de la liste de demandes de dossier pour les archives ...
Lors de l'arrivée du patient en consultation	Absence d'information sur le patient ...

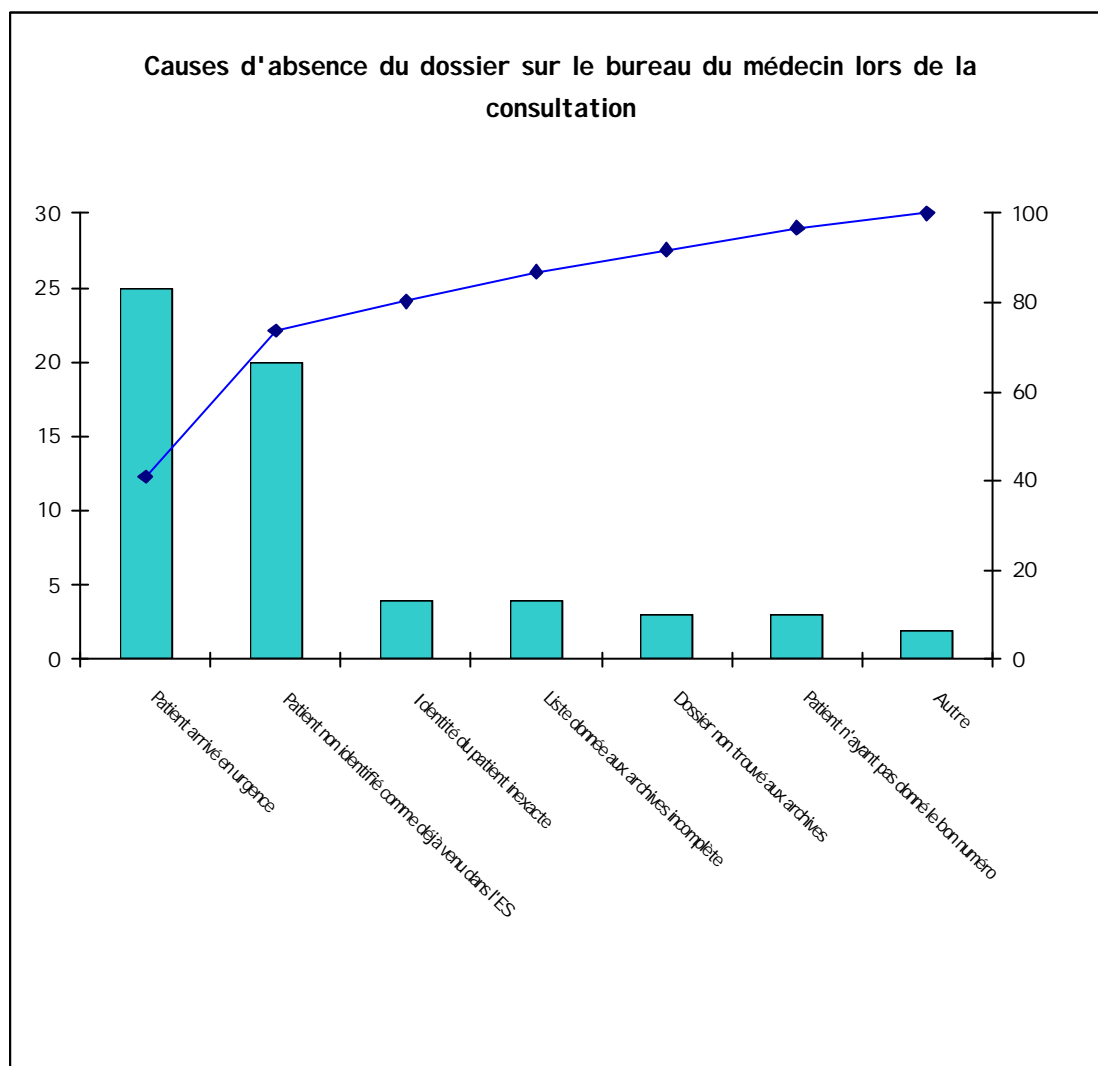
Comment :	Pourquoi :
Absence de dossier au moment où le patient entre en salle de consultation	Le médecin a besoin de connaître les antécédents du patient Le médecin a besoin du dossier pour connaître les conclusions de la dernière consultation, classer les résultats des examens réalisés, ajouter son observation ...

³ Outil présenté sous forme d'une fiche synthétique dans le document « Méthode et outils des démarches qualité pour les établissements de santé » Anaes.

Cette analyse doit souvent être complétée par une mesure objective des causes de dysfonctionnement. Cela permet d'identifier les causes les plus fréquentes d'un dysfonctionnement et d'établir des priorités dans la conduite des actions pour l'éliminer.

Certains outils comme le diagramme de Pareto⁴ permettent de visualiser les données et de classer ces causes par ordre de fréquence.

Exemple¹ de diagramme de Pareto appliqué aux causes d'absence de dossier en salle de consultation



Le diagramme de Pareto permet de représenter l'importance relative des différentes causes mesurées. Le principe est qu'en traitant un nombre limité de causes il est possible de résoudre une grande partie du problème.

⁴ Outil présenté sous forme d'une fiche synthétique dans le document « Méthode et outils des démarches qualité pour les établissements de santé » Anaes.

¹ Les exemples présentés font référence à des projets différents.

Dans l'exemple présenté ci-dessus les deux principales causes d'absence du dossier au moment de la consultation sont les patients arrivant en consultation en urgence et les patients n'ayant pas signalé qu'ils étaient déjà venus dans l'établissement au moment de la demande de rendez-vous.

Ces deux causes représentent près de 75 % des causes d'absence du dossier sur le bureau du médecin lors de la consultation.

Cette présentation permet de hiérarchiser les dysfonctionnements.

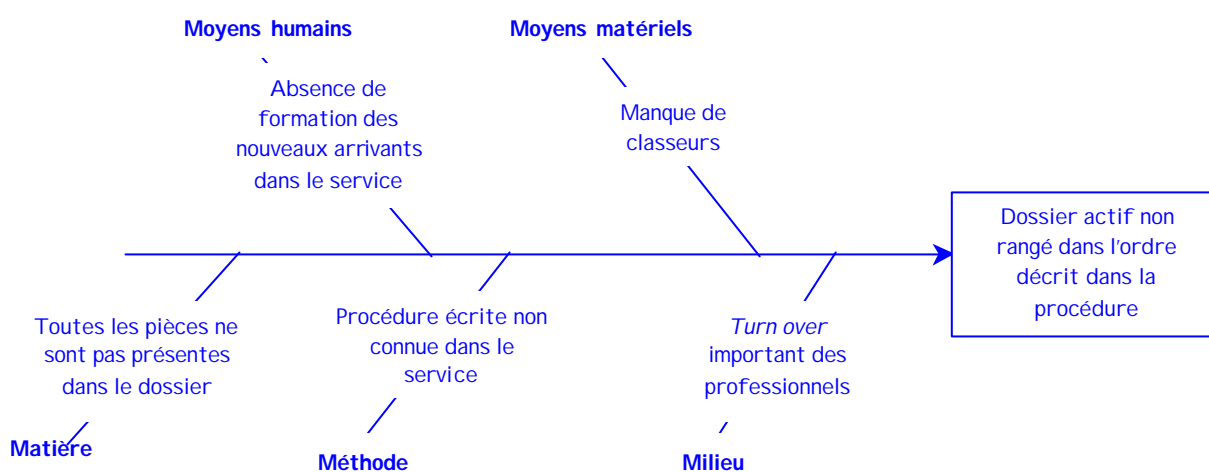
Analyse de l'origine des dysfonctionnements

L'origine du dysfonctionnement peut apparaître parfois de façon évidente lors de la description du processus ; il peut alors être corrigé d'emblée.

Cependant il est souvent nécessaire de pousser plus loin l'analyse afin de retrouver l'origine réelle du dysfonctionnement de façon à mettre en place une solution appropriée.

Il est dans ce cas nécessaire d'utiliser d'autres outils, voire d'autres méthodes. Le diagramme cause-effets⁵ est un outil très utile à ce stade du processus, il permet au groupe de repérer et présenter de façon claire les causes de dysfonctionnement.

Exemple¹ de diagramme cause-effets



Étape 3 - Construction du nouveau processus

L'étape précédente a permis de mettre en évidence et de quantifier les faiblesses du processus et de rechercher l'origine des dysfonctionnements. Il est nécessaire de hiérarchiser les dysfonctionnements afin de définir des axes prioritaires d'amélioration.

⁵ Outil présenté sous forme d'une fiche synthétique dans le document « Méthode et outils des démarches qualité pour les établissements de santé » Anaes.

¹ Les exemples présentés font référence à des projets différents.

Il faut éviter de mettre en place plusieurs actions d'amélioration en même temps afin de pouvoir mesurer l'efficacité de chacune, de plus cela favorise leur acceptation.

Caractériser

Lors de cette étape, les critères contribuant à la qualité des segments du processus sont définis. La grille de critères du guide d'audit présente à ce moment tout son intérêt, puisqu'elle liste l'ensemble des critères de qualité que le dossier doit présenter.

Établir des priorités

La description du processus révèle souvent de nombreux points pouvant être améliorés. Tous les points ne peuvent l'être en même temps, il est nécessaire de fixer des priorités. Les critères, définis dans ce document, peuvent aider à les fixer. Il est possible de s'attacher, dans un premier temps, à améliorer les points de non-conformité à la réglementation ou mettant en cause la sécurité du patient, mais d'autres considérations peuvent être prises en compte pour fixer des priorités.

Un diagramme multicritère⁶ peut être un outil utile à la décision.

Exemple¹ de diagramme multicritère

	<i>Risque pour le patient</i>	<i>Rupture de la prise en charge</i>	<i>Non-conformité réglementaire</i>	<i>Désorganisation de la prise en charge</i>	<i>...</i>	<i>Total</i>	<i>Priorités</i>
<i>Pondération des critères</i>	5	4	4	3			
Présence ou absence d'allergie non notée à la place prédéfinie dans le dossier	5	4				9	1
Résultats des examens non classés dans le dossier				3		3	4
Prescriptions médicales non horodatées			4			4	3
Courrier de transfert du précédent service non présent dans le dossier		4		3		7	2

Ce tableau n'est donné qu'à titre d'exemple afin de montrer comment utiliser un diagramme multicritère.

Choisir des axes d'amélioration

Ce choix doit être validé par le comité de pilotage (ou la structure équivalente) en liaison avec la direction de l'établissement.

⁶ Outil présenté sous forme d'une fiche synthétique dans le document « Méthode et outils des démarches qualité pour les établissements de santé » Anaes.

¹ Les exemples présentés font référence à des projets différents.

Dans le cadre de ce projet les axes d'amélioration peuvent impliquer des changements d'organisation qui auront un impact pour des professionnels qui n'ont pas été impliqués dans le projet ; il convient que la direction valide ces choix et puisse ensuite les soutenir, d'autant plus que l'amélioration de certains axes peut avoir un coût en fonction des actions qui seront mises en place.

Le choix des axes d'amélioration conduit à la définition d'actions à mettre en œuvre. Les actions sont déterminées par les membres du groupe de travail en associant et en informant au maximum tous les acteurs qui sont concernés par les changements. La mise en œuvre des actions est planifiée dans le temps.

Exemple¹ d'axes d'amélioration

- Améliorer le classement de toutes les pièces du dossier dans un ordre permettant de faciliter la prise en charge du patient.
- Améliorer l'identification de chaque pièce du dossier.
- Améliorer l'identification de chaque écrit.

Exemple¹ d'actions à mettre en œuvre

Axe : Améliorer le classement de toutes les pièces du dossier dans un ordre permettant de faciliter la prise en charge du patient.

Action 1 : Mettre en œuvre une nouvelle procédure de rangement des pièces du dossier.

Action 2 : Sensibiliser et former tous les nouveaux arrivants à l'utilisation de la procédure de rangement du dossier.

Étape 4 - Amélioration du processus

Après avoir défini le nouveau processus à mettre en œuvre afin d'améliorer la tenue du dossier du patient, l'étape 4 consiste en la conduite des actions définies et la mise en place de mesure de leur efficacité.

Conduite des actions d'amélioration

La mise en œuvre des actions d'amélioration n'attend pas forcément cette étape formelle, en effet lors de la description du processus certaines actions peuvent être mises en œuvre immédiatement.

Toutefois, cette étape est importante pour planifier dans le temps les actions à instaurer et définir les priorités. En effet, les actions doivent être mises en place indépendamment les unes des autres pour mesurer l'efficacité de chacune. Il faut également tenir compte des capacités de changement de l'institution et agir de façon progressive afin de faciliter l'appropriation du nouveau processus par les professionnels.

Pour déterminer les priorités de mise en œuvre des actions il est possible d'utiliser un diagramme multicritère. Les critères de choix peuvent être d'ordre économique (coût global de l'action), technique (faisabilité) ou sociaux (acceptabilité par les professionnels).

¹ Les exemples présentés font référence à des projets différents.

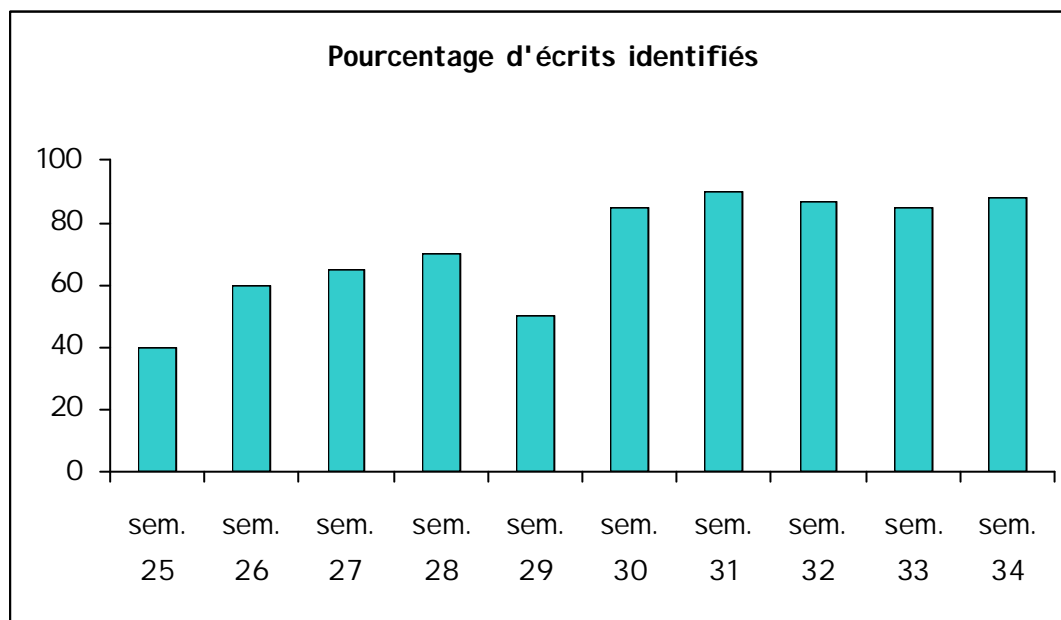
Suivi de l'efficacité des actions

Une mesure de l'efficacité de chaque action est mise en place. Cette mesure est simple à suivre et facile à comprendre de façon à favoriser son appropriation.

Le responsable de l'action qui coordonne sa mise en œuvre effective assure le suivi de sa mesure ; il s'agit d'un acteur directement concerné par l'amélioration recherchée.

La mesure est suivie à intervalles rapprochés au début de la mise en œuvre de l'action afin de vérifier son suivi ; une fois passée dans le fonctionnement habituel de l'établissement, la mesure peut s'espacer et des indicateurs plus globaux, qui permettent d'assurer le suivi de plusieurs actions, peuvent alors être mis en place.

Exemple¹ d'indicateur de suivi d'une action



À cette étape le référentiel peut être utilisé pour vérifier que les actions permettent une amélioration des résultats.

Évaluation du projet

Une évaluation du projet est réalisée. Elle permet de vérifier si les objectifs fixés au départ sont atteints.

Si le résultat n'est pas satisfaisant, de nouvelles actions peuvent être définies pour améliorer les segments de processus qui restent déficients au regard des objectifs fixés.

À cette étape, le référentiel peut être utilisé pour comparer le nouveau processus avec les recommandations. Il permet ainsi de définir les points sur lesquels de nouvelles actions d'amélioration doivent porter.

¹ Les exemples présentés font référence à des projets différents.

EXEMPLE DE RÉFÉRENTIEL SIMPLIFIÉ UTILISÉ EN ROUTINE

À la suite d'un audit clinique réalisé à titre de « diagnostic qualité » à l'aide du référentiel 1994 de l'Andem dans le cadre d'un PAQ sur la tenue du dossier à l'hôpital de Freyming-Merlebach, un vaste plan d'amélioration est entrepris, conduisant notamment à réaliser un dossier unique du patient et un archivage centralisé.

Cet audit a également mis en évidence des points importants à améliorer portant sur :

- l'identification du dossier à l'aide d'une étiquette spécifique ;
- les informations médicales d'entrée devant figurer dans l'observation initiale ;
- des éléments indispensables à retrouver en fin de séjour, tels que le compte rendu d'hospitalisation et le double de l'ordonnance de sortie ;
- le suivi des actes lourds (compte rendu de l'acte réalisé, fiche de consultation préanesthésique) ;
- les délais du courrier de sortie nécessaire à la continuité des soins et à l'information du médecin traitant.

Il est alors décidé de suivre en routine ces différents points à l'aide d'une grille d'audit simplifiée (cf. page suivante).

Chaque critère de la grille est pondéré d'une valeur ce qui permet de donner une note au dossier. Cette note est comparée à la valeur attendue. À chaque dossier est ainsi attribué un taux de conformité.

L'audit est réalisé semestriellement par le médecin DIM sur les 100 dossiers tirés au sort pour le contrôle de qualité interne du PMSI. Chaque semestre est ainsi évaluée une dizaine de dossiers (de 10 à 30) par service.

Les résultats sont rendus à chaque service avec le détail de chaque dossier, une moyenne de la conformité portant sur chaque critère et une moyenne globale de la conformité de ses dossiers. À chaque fois que cela est nécessaire, des propositions d'amélioration sont jointes.

Les résultats globaux sont présentés en CME avec pour chaque critère la moyenne des 100 dossiers et les valeurs extrêmes. La moyenne globale de la conformité des dossiers de chaque service est présentée en CME ainsi que la moyenne globale des 100 dossiers.

Cette moyenne globale de la conformité des 100 dossiers sert de véritable indicateur de suivi de la qualité des dossiers de l'établissement.

Lorsque cet indicateur sera satisfaisant, de nouveaux critères pourront être suivis de la même manière à l'issue d'un nouvel audit global.

Grille d'évaluation semestrielle de la qualité du dossier du patient et méthodologie de l'évaluation

Évaluation de la tenue du dossier médical	Points attendus	Total du dossier évalué
Dossier n° :		
Service :		
Identification de la personne soignée	3	
Informations médicales à l'entrée		
Le motif de l'hospitalisation est noté	2	
Les antécédents sont notés	3	
Le traitement antérieur est noté	3	
Le médecin traitant est identifié	2	
TOTAL 1	10	
Le séjour		
Le compte rendu d'hospitalisation est présent	5	
L'ordonnance de sortie est présente (ou le traitement de sortie figure sur le CRH)	2	
TOTAL 2	7	
Compte rendu opératoire (s'il y a lieu)		
Présence du CRO ou CRA	3	
Nom de l'opérateur	3	
Nom de l'anesthésiste	2	
La feuille de consultation préanesthésique est présente (s'il y a lieu)	2	
TOTAL 3	10	
TOTAL de la GRILLE	30	

L'identification : elle correspond aux données administratives du patient.

Les informations médicales à l'entrée : elles correspondent aux données médicales recueillies sur l'observation initiale. En l'absence d'observation, ces éléments ont été jugés manquants sauf s'ils apparaissent clairement dans le compte rendu d'hospitalisation (ex. pour les endoscopies).

Le séjour : il s'agit de repérer la présence du compte rendu d'hospitalisation (CRH) et de l'ordonnance de sortie. Pour l'ordonnance de sortie, la règle veut que soit disponible la photocopie de l'ordonnance de sortie. 1 point a été attribué aux cas où seul le traitement est disponible sur le CRH. Bien sûr, en cas de transfert ou mutation il est normal de ne trouver que le traitement sur la lettre de transfert, dans ce cas le dossier a reçu 2 points.

Date de sortie du patient (DS)	Date de frappe de la lettre de sortie (DF)	Délai du courrier (DC)

Le délai du courrier : la lettre de sortie permet de connaître la date de la frappe de cette lettre (DF). En comparant cette date à la sortie du patient (DS) nous pouvons calculer le délai du courrier (DC). Je rappelle que la norme veut que le courrier de sortie soit adressé au médecin traitant dans les 8 jours suivant la sortie. Certains dossiers comportent la date de la dictée de la lettre par le médecin hospitalier, ceci est précisé en cas de nécessité.

Le compte rendu opératoire : chaque intervention doit donner lieu à la réalisation d'un compte rendu opératoire (CRO). Il en est de même pour certains actes tels que les endoscopies (CRA). Ce document doit être réalisé le plus tôt possible après l'intervention, il doit comporter la date de l'intervention et son déroulement technique, le nom de l'opérateur, des aides opérateurs et de l'anesthésiste, et enfin il doit être daté et signé par l'opérateur.

Grille simplifiée utilisée semestriellement à l'hôpital de Freyming-Merlebach

EXEMPLE DE GRILLE UTILISEE EN ROUTINE EN AQUITAINE

La grille d'évaluation de la tenue et du contenu du dossier du patient, élaborée par le groupe régional des médecins DIM des établissements adhérents au CCECQA - Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine -, est utilisée en routine par les établissements publics et privés adhérents au CCECQA depuis 1997.

Nous remercions les membres du CCECQA de nous avoir autorisés à reproduire la grille d'évaluation et son guide de remplissage.

Grille d'évaluation de la qualité de la tenue et du contenu du dossier du patient

Dossier n°

Service ou unité fonctionnelle :

CRITÈRES RÉGLEMENTAIRES

Critères d'évaluation

Oui Non N.A. Observations

DONNÉES GÉNÉRALES

- | | | | |
|--------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|--|
| 1 - Dossier retrouvé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2 - Dossier organisé et classé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3 - Identité du malade notée * | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Nom | <input type="checkbox"/> Prénom | <input type="checkbox"/> Sexe | |
| <input type="checkbox"/> Date de naissance | <input type="checkbox"/> Adresse | <input type="checkbox"/> Téléphone | |

ÉLÉMENTS RELATIFS À L'ADMISSION

- | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4 - Dossier de consultation externe ou du service des urgences présent | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 - Informations liées au séjour notées* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Service ou unité fonctionnelle | | | |
| <input type="checkbox"/> Date d'entrée | | | |
| 6 - Documents médicaux relatifs à l'admission présents | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7 - Copie du courrier adressé au médecin désigné mentionnant l'heure et la date de l'admission et le service d'hospitalisation présente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 - Nature des soins et conclusions de l'examen médical d'entrée notées* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Motifs d'hospitalisation | | | |
| <input type="checkbox"/> Recherche des antécédents et des facteurs de risque | | | |
| <input type="checkbox"/> Conclusions de l'évaluation clinique initiale | | | |
| <input type="checkbox"/> Prescriptions à l'entrée et prise en charge prévue | | | |

ÉLÉMENTS RELATIFS AU SÉJOUR

- | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| 9 - Informations actualisées sur l'évolution clinique, les soins et les examens paracliniques réalisés dans l'observation médicale présentes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10 - Chacune des prescriptions thérapeutiques * | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | % conforme : |
| <input type="checkbox"/> Est horodatée | <input type="checkbox"/> Comporte le nom lisible du médecin | | |/..... |
| <input type="checkbox"/> Est signée | <input type="checkbox"/> Comporte la trace de l'exécution de la prescription | | | (cf. consignes) |
| 11 - Compte rendu d'anatomo-pathologie présent | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 12 - Compte rendu opératoire présent | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 13 - Compte rendu d'accouchement présent | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 14 - Dossier anesthésique présent | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 15 - Dossier transfusionnel avec les éléments suivants* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Fiche transfusionnelle | <input type="checkbox"/> Fiche de distribution nominative | | | |
| <input type="checkbox"/> Carte de groupe sanguin ou sa copie | <input type="checkbox"/> Résultats de la RAI | | | |
| <input type="checkbox"/> Prescription du produit sanguin signée par le médecin | | | | |
| <input type="checkbox"/> Fiche d'incident transfusionnel | | | | |
| 16 - Copie de l'information écrite délivrée à tout patient auquel a été administré un produit sanguin labile présente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 17 - Écrits mentionnant que l'information (orale ou écrite) a été donnée avant chaque acte invasif présents | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

CRITÈRES RÉGLEMENTAIRES (SUITE)

<i>Critères d'évaluation</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>N.A.</i>	<i>Observations</i>
ÉLÉMENTS RELATIFS AU SÉJOUR (SUITE)				
18 - Pour le patient mineur ou majeur sous tutelle, consentement écrit pour chaque acte médical lourd ou chirurgical présent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19 - Pour tous les patients, consentement écrit pour les situations prévues légalement ou réglementairement présent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20 - Le dossier infirmier présent dans le dossier médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
21 - Identité de la personne à prévenir notée*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Nom				
<input type="checkbox"/> Lien de parenté				
<input type="checkbox"/> Numéro de téléphone				
22 - Identité de la personne de confiance notée*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Nom				
<input type="checkbox"/> Lien de parenté				
<input type="checkbox"/> Numéro de téléphone				
ÉLÉMENTS RELATIFS À LA SORTIE				
23 - Ordonnance établie le jour de la sortie du patient présente et conforme aux règles de prescription	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24 - Doubles de la lettre de sortie ou du compte rendu d'hospitalisation, et ordonnance de sortie, présents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
25 - Compte rendu (ou courrier de sortie) adressé au médecin traitant dans un délai inférieur à 8 jours après la date de sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
26 - Date, heure et modalités de sortie précisées (directe, mutation, transfert)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
27 - Fiche de liaison infirmière présente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
28 - Fiche d'aptitude au retour au domicile présente (structures alternatives)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ÉLÉMENTS RELATIFS À LA COMMUNICATION DES DOSSIERS				
29 - Informations recueillies auprès d'un tiers faciles à isoler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

CRITÈRES NON RÉGLEMENTAIRES

<i>Critères d'évaluation</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>N.A.</i>	<i>Observations</i>
30 - Les supports matériels sont en bon état (pochette, dossier, examens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
31 - Écrits tous lisibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
32 - Nom du médecin traitant ou destinataire du courrier de sortie présent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33 - Identité du médecin du service responsable du patient pendant l'hospitalisation précisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
34 - Trace de la réflexion bénéfico-risque pour chaque acte invasif présente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
35 - Les 2 éléments recommandés dans le dossier transfusionnel sont présents*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sérologie prétransfusionnelle				
<input type="checkbox"/> Double de l'ordonnance post-transfusionnelle				
36 - Conclusion de sortie (en fin d'observation médicale ou dans un document adressé au médecin traitant) présente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

* cocher non si au moins un élément est manquant

CONSIGNES DE REMPLISSAGE DES GRILLES

*La grille d'évaluation a pour objectif l'évaluation du **contenu et de la tenue** du dossier des patients. Les textes réglementaires concernant l'archivage n'ont donc pas été pris en compte. Les critères de la grille s'appliquent au **dossier d'hospitalisation**. L'évaluation des **dossiers de consultation externe** et de **l'accueil au service des urgences** peut également être réalisée en utilisant les critères 1, 3, 6, 8.*

La grille est utilisée en routine par les établissements publics et privés adhérents au CCECQA depuis 1997. La première version des critères a été publiée en 1998 (28). Ils ont été actualisés lors de la parution du manuel d'accréditation puis de la loi du 4 mars 2002 et des décrets d'application. La reproductibilité de l'évaluation a été étudiée en 2001.

Toutes les exigences réglementaires ont fait l'objet d'un critère à l'exception des éléments suivants, à cause de la mauvaise reproductibilité de leur évaluation : art. R. 710-2-2 alinéa m (pour la partie relative aux examens para-cliniques), alinéa o (présence des informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé), art. R. 710-2-2 alinéa p (présence des correspondances échangées entre professionnels de santé), art. R. 710-2-3 (pour la partie "identification de chaque pièce du dossier").

Remarques générales

Remplir la grille uniquement à partir des éléments du dossier qui concernent le **séjour hospitalier sélectionné**. Si les évaluateurs ont choisi d'évaluer également les dossiers de consultation externe ou du passage au service des urgences ayant précédé le séjour hospitalier sélectionné, ils doivent utiliser des grilles complémentaires : il n'est pas recommandé d'utiliser la même grille pour évaluer ces trois temps.

En cas de **séjours multiservices**, il faut remplir une grille différente pour chaque service.

Pour les séjours en **hôpital de jour** ou en **séances itératives** (exemples : cure de chimiothérapie, séances de dialyse...), il faut rechercher les informations dans le dossier médical complet (et non pas uniquement dans les documents relatifs à la journée d'hospitalisation). La lettre de sortie doit concerner soit le séjour étudié soit une série de séjours consécutifs (en fixant un délai maximum : par exemple un trimestre et au maximum un semestre). Si l'hospitalisation en hôpital de jour n'a pas donné lieu à une ouverture de dossier (mais uniquement à une lettre de sortie dans le dossier de consultation par exemple), noter l'absence de conformité au critère 1. Enfin, le critère 26 est spécifique des séjours en ambulatoire ou en hospitalisation de jour.

La modalité de réponse N.A. (« non applicable ») concerne uniquement les dossiers pour lesquels le critère n'est pas applicable. Exemple : les patients qui n'ont pas été opérés doivent avoir la réponse « non applicable » au critère « compte rendu opératoire ». En cas d'information manquante pour évaluer la conformité à un critère, noter l'absence de conformité à ce critère.

Les consignes de remplissage des grilles sont notées en bleu foncé et italique.

CRITÈRES RÉGLEMENTAIRES

DONNÉES GÉNÉRALES

1 - Dossier retrouvé

Pas de limite de temps pour rechercher les dossiers.

2 - Dossier organisé et classé

L'organisation correspond à la possibilité de retrouver les éléments du dossier listés dans l'art. R. 710-2-2. Ces éléments peuvent être par exemple classés dans quatre rubriques, les éléments d'information recueillis lors de l'admission, pendant le séjour hospitalier, les informations formalisées à la fin du séjour et les informations non communicables aux patients (informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers).

3 - Identité du malade notée

- Nom Prénom Sexe
 Date de naissance Adresse Téléphone

L'absence d'un des éléments d'information entraîne la non-conformité au critère.

En l'absence de numéro de téléphone, conclure à la conformité s'il existe la mention "pas de numéro" ou "liste rouge". Les six éléments ne sont pas définis réglementairement mais ont été proposés dans la première version du guide d'évaluation du dossier du patient de l'Anaes.

ÉLÉMENTS RELATIFS À L'ADMISSION

4 - Dossier de consultation externe ou du service des urgences présent

Ils doivent figurer dans le dossier du patient. Ce critère permet l'évaluation de la présence de ces dossiers, pas de leur contenu.

5 - Informations liées au séjour notées

- Service ou unité fonctionnelle
 Date d'entrée

Pas d'instruction particulière.

6 - Documents médicaux relatifs à l'admission présents

Il s'agit de documents médicaux (une information dans le dossier infirmier n'est pas suffisante) indiquant les motifs d'hospitalisation. Il s'agit de :

- la lettre du médecin adresseur ou*
- la lettre de transfert inter-services ou*
- la fiche des urgences ou*

- le dossier de consultation dans le service si l'hospitalisation est consécutive à une consultation externe avec un médecin de l'établissement.

S'il s'agit d'une hospitalisation programmée à répétition (ex. suivi d'un geste chirurgical, cure de chimiothérapie), une lettre concernant l'ensemble de la prise en charge (non spécifique de l'épisode) est suffisante. La mention "non applicable" est exceptionnelle en dehors des hospitalisations pour accouchement non programmé.

7- Copie du courrier adressé au médecin désigné mentionnant l'heure et la date de l'admission et le service d'hospitalisation présente

Uniquement pour les établissements publics et participant au service public hospitalier. L'établissement adresse "au médecin désigné par le malade ou sa famille un courrier, postal ou électronique, mentionnant l'heure et la date de l'admission et le service d'hospitalisation. Il l'invite en même temps à prendre contact avec le service hospitalier, à fournir tous les renseignements utiles et à manifester éventuellement le désir d'être informé sur l'évolution de l'état de ce dernier" (art. R. 710-2-6). Le critère est conforme si tous ces points figurent dans le courrier. L'évaluateur devra consulter les archives informatisées si le courrier est émis électroniquement.

8- Nature des soins et conclusions de l'examen médical d'entrée notées

- Motifs d'hospitalisation
- Recherche des antécédents et des facteurs de risque
- Conclusions de l'évaluation clinique initiale
- Prescriptions à l'entrée et prise en charge prévue

L'absence d'un des éléments d'information entraîne la non-conformité au critère.

Si le patient passe aux urgences, il faut d'abord rechercher ces informations dans la fiche d'observation des urgences. Si on ne retrouve pas de fiche d'observation des urgences, et si le premier écrit dans le service d'hospitalisation date du même jour, alors le critère est conforme (note : la réglementation stipule que ces conclusions doivent être portées dans les 24 heures qui suivent l'admission).

Pour l'évaluation des dossiers de consultation externe ou de passage au service des urgences, les items deviennent : motifs de consultation externe ou de recours au service des urgences ; description de la nature des soins dispensés et les prescriptions établies.

ÉLÉMENTS RELATIFS AU SÉJOUR

9- Informations actualisées sur l'évolution clinique, les soins et les examens paracliniques réalisés dans l'observation médicale présentes

Les informations concernent l'évolution de l'état clinique, les soins reçus et les examens paracliniques, notamment d'imagerie, significatifs. À juger selon la durée du séjour et la gravité de la maladie. La gravité de la pathologie. La réponse "non applicable" est à réserver aux séjours très courts (< 48 h) ou très simples (exemple : accouchement sans complication).

10- Chacune des prescriptions thérapeutiques *

- Est horodatée
- Comporte le nom lisible du médecin
- Est signée
- Comporte la trace de l'exécution de la prescription

L'absence d'un des éléments d'information entraîne la non-conformité au critère.

La date et l'heure sont notées. Le nom est mentionné en caractères lisibles. Les initiales ne suffisent pas sauf si leur signification est indiquée dans le dossier. En cas de prescriptions simultanées, une accolade devant ces prescriptions et une seule identification sont acceptées. La case "non applicable" peut être observée s'il n'y a aucune prescription thérapeutique.

** NOTE : Ce critère est actuellement peu discriminant car la conformité est rare. En conséquence, il ne permet pas de suivre l'évolution de cette conformité. Il est donc **recommandé d'utiliser un critère supplémentaire "la proportion de prescriptions conformes"** (nombre de prescriptions répondant aux quatre exigences par rapport au nombre total de prescriptions faites pendant le séjour).*

11 - Compte rendu d'anatomo-pathologie présent

L'évaluation du critère global "présence de l'ensemble des examens complémentaires" n'est pas fiable. C'est pourquoi nous avons sélectionné un type d'examen, le compte rendu d'anatomo-pathologie. Ce critère serait un reflet de la capacité des secrétariats à classer le dossier après la sortie du patient.

12 - Compte rendu opératoire présent

Concerne aussi les endoscopies et les interventions gynéco-obstétricales. Ce critère n'étudie que la présence du compte rendu. Son contenu, défini dans les recommandations établies par le Conseil de l'Ordre des médecins (6,7), n'est pas évalué.

13 - Compte rendu d'accouchement présent

Pas d'instruction particulière.

14 - Dossier anesthésique présent

Ne répondre "oui" que si le dossier comprend la consultation préanesthésique (en cas d'acte programmé), la fiche peropératoire et le suivi en salle de surveillance postinterventionnelle. Ne s'applique pas pour les anesthésies locales. Le dossier anesthésique fait partie du dossier du patient mais il est parfois archivé dans un autre lieu que celui du dossier du patient. Dans ce cas, il y a conformité au critère si l'établissement a rédigé, dans un règlement intérieur, le lieu où ce dossier peut être archivé indépendamment du dossier du patient.

15 - Dossier transfusionnel avec les éléments suivants

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fiche transfusionnelle | <input type="checkbox"/> Fiche de distribution nominative |
| <input type="checkbox"/> Carte de groupe sanguin ou sa copie | <input type="checkbox"/> Résultats de la RAI |
| <input type="checkbox"/> Prescription du produit sanguin signée par le médecin | |
| <input type="checkbox"/> Fiche d'incident transfusionnel | |

L'absence d'un des éléments d'information entraîne la non-conformité au critère.

Le dossier transfusionnel fait partie du dossier du patient mais il est parfois archivé dans un autre lieu que celui du dossier du patient. Dans ce cas, il y a conformité au critère si l'établissement a rédigé dans un règlement intérieur le lieu où ce dossier peut être archivé indépendamment du dossier du patient. La RAI n'est obligatoire que pour les transfusions de globules rouges. La fiche d'incident transfusionnel n'est présente qu'en cas de survenue d'un incident. Chez les patients transfusés à répétition, il faut s'assurer de la présence des informations sur les transfusions faites lors du séjour concerné.

16 - Copie de l'information écrite délivrée à tout patient auquel a été administré un produit sanguin labile présente

"Le patient auquel est administré un produit sanguin labile est informé par écrit" (art. 710-2-5). La preuve de cette information repose sur la présence d'une copie de cette information écrite.

17 - Écrits mentionnant que l'information (orale ou écrite) a été donnée avant chaque acte invasif présents

Une trace écrite mentionnant l'information donnée pour tout acte invasif doit figurer dans le dossier (art. L. 1111-4 et L. 1111-5). Pour information, les recommandations de bonne pratique sur la délivrance de l'information (29) stipulent que "l'information orale est primordiale", que "lorsque des documents écrits existent, il est souhaitable qu'ils soient remis au patient" et "ce document n'a pas vocation à recevoir la signature du patient".

18 - Pour le patient mineur ou majeur sous tutelle, consentement écrit pour chaque acte médical lourd ou chirurgical présent

Pour les mineurs, présence de l'autorisation signée par au moins un des parents ou par le représentant légal. Pour les majeurs sous tutelle, signature du tuteur.

19 - Pour tous les patients, consentement écrit pour les situations prévues également ou réglementairement présent

Ces situations sont (liste potentiellement non exhaustive) : refus de soins, chirurgie esthétique, diagnostic prénatal, étude sur les caractéristiques génétiques, dépistage notamment du VIH dans les conditions où il est non obligatoire.

20 - Le dossier infirmier présent dans le dossier médical

Il s'agit du dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers. Il doit figurer dans le dossier médical (art. R. 710-2-2 du CSP).

21 - Identité de la personne à prévenir notée

Nom

Lien de parenté

Numéro de téléphone

L'absence d'un des éléments d'information entraîne la non-conformité au critère. Conclure à la non-conformité, si une personne à prévenir est notifiée mais qu'au moins un des éléments d'information manque. S'il n'y a pas de personne notifiée, cocher "non applicable" car la désignation systématique de la personne n'est pas réglementaire.

22 - Identité de la personne de confiance notée

Nom

Lien de parenté

Numéro de téléphone

L'absence d'un des éléments d'information entraîne la non-conformité au critère. Conclure à la non-conformité si une personne de confiance est notifiée mais qu'au moins un des éléments d'information manque. S'il n'y a pas de personne notifiée, cocher "non applicable". "Parent, proche ou médecin traitant, la personne de confiance est consultée au cas où le patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation écrite n'est pas obligatoire. Elle peut être révoquée à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider à prendre ses décisions" (art. L. 1111-6).

ÉLÉMENTS RELATIFS À LA SORTIE

23- Ordonnance établie le jour de la sortie du patient présente et conforme aux règles de prescription

Dans le cadre de l'art. R. 710-2-1, le groupe de travail régional a jugé que l'ordonnance était le document systématiquement "utile à la continuité des soins au moment de la sortie du patient". Cette ordonnance a été rédigée le jour de la sortie du patient. Elle peut faire partie du courrier de sortie ou du compte rendu d'hospitalisation s'il a été remis au patient le jour de sa sortie. Il y a conformité au critère si ces prescriptions respectent les règles de prescription : date, nom du patient, nom des médicaments, posologie, durée, identification du prescripteur. Si le document est un courrier de sortie ou un compte rendu d'hospitalisation, l'absence de la durée de chaque prescription n'est pas considérée comme une non-conformité s'il est indiqué que le traitement est au long cours. La non-conformité à un seul de ces éléments conduit à la réponse "non". Le critère est N.A. seulement si le patient n'a pas de traitement à la sortie de l'hospitalisation.

24 - Doubles du compte rendu d'hospitalisation ou du courrier de sortie, et ordonnance, présents

Les documents utiles à la continuité des soins sont le compte rendu d'hospitalisation ou le courrier de sortie adressés au praticien désigné, au patient ou à la structure de transfert. L'ordonnance peut faire partie du compte rendu d'hospitalisation ou du courrier de sortie. Les règles de conformité de l'ordonnance décrites au critère 23 s'appliquent ici.

25 - Compte rendu (ou courrier de sortie) adressé au médecin traitant dans un délai inférieur à 8 jours après la date de sortie

Par convention, ce délai est défini comme la différence entre la date de sortie du service et la date inscrite sur le compte rendu d'hospitalisation ou sur le courrier de sortie.

26 - Date, heure et modalités de sortie précisées (directe, mutation, transfert)

Ces informations font habituellement partie de la fiche administrative d'admission.

27 - Fiche de liaison infirmière présente

Pas d'instruction particulière.

28 - Fiche d'aptitude au retour au domicile présente (structures alternatives)

Ce critère ne doit être rempli que pour les hospitalisations dans les structures alternatives (chirurgie ambulatoire, hospitalisation de jour).

ÉLÉMENTS RELATIFS À LA COMMUNICATION DES DOSSIERS

29 - Informations, recueillies auprès d'un tiers, faciles à isoler

Les informations non communicables aux patients (informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers) peuvent être repérées par des pastilles ou des feuilles de couleur distinctes du reste du dossier.

CRI TÈRES NON RÉGLEMENTAIRES

30 - Les supports matériels sont en bon état (pochette, dossier, examens)

Cette appréciation est très subjective. Citons les pochettes éventrées ou déchirées, les dossiers désarticulés, les documents importants froissés au fond de la pochette...

31 - Écrits tous lisibles

Cette appréciation est très subjective.

32 - Nom du médecin traitant ou destinataire du courrier de sortie présent

Nom du médecin adresseur ou traitant, généraliste ou spécialiste. La mention "non applicable" est présente lorsque le patient n'a pas de médecin traitant, n'a pas été adressé ou s'oppose à l'envoi d'un courrier.

33 - Identité du médecin du service responsable du patient pendant l'hospitalisation précisée

La signature de la lettre de sortie n'est pas suffisante pour conclure à la conformité. Il faut se baser soit sur le nom noté dans le cahier infirmier (dans un champ créé à cet effet) soit sur la signature des prescriptions si le signataire est toujours le même.

34 - Trace de la réflexion bénéfico-risque pour chaque acte invasif présente

Concerne en particulier les actes tels que les actes chirurgicaux, les endoscopies, artériographies et autres actes de radiologie interventionnelle, biopsies d'organe. Toute trace sera considérée comme suffisante (écrit dans le cahier d'observation ou dans un courrier par exemple).

35 - Les 2 éléments recommandés dans le dossier transfusionnel sont présents

Sérologie prétransfusionnelle

Double de l'ordonnance post-transfusionnelle

L'absence d'un des éléments d'information entraîne la non-conformité au critère. La présence des résultats de la sérologie prétransfusionnelle n'est pas obligatoire car sa réalisation est soumise à l'accord préalable du patient. La présence du double de l'ordonnance post-transfusionnelle n'est pas obligatoire car les textes réglementaires indiquent uniquement que les médecins hospitaliers doivent inciter les patients à réaliser le dépistage post-transfusionnel.

36 - Conclusion de sortie (en fin d'observation médicale ou dans un document adressé au médecin traitant) présente

Pas d'instruction particulière.