



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité
et la Sécurité des Soins**

**Indicateur « Tenue du Dossier Patient – version 2 »
en MCO (TDP 2 MCO)**

Résultats de l'expérimentation 2014

- Données 2013 -

SOMMAIRE

Contexte	3
Présentation de l'indicateur TDP 2 MCO	3
Enquête rétrospective par échantillonnage	3
Confidentialité et sécurité des données	4
Descriptif de l'expérimentation	4
Etablissements participants	4
Séjours analysés.....	4
Questionnaire de faisabilité.....	4
Calcul et présentation des résultats.....	4
Résultats de l'expérimentation	5
I. Analyse descriptive au niveau dossier et inter-établissements.....	5
II. Analyse de la pertinence des critères.	7
III. Analyse de la faisabilité des nouveaux critères.....	7
Conclusions / perspectives	11
Annexes	12
Annexe 1 : fiche descriptive de l'indicateur TDP MCO (version initiale).....	12
Annexe 2 : fiche descriptive du nouvel indicateur TDP 2 MCO (les nouveaux critères figurent en bleu).	16

Contexte

Dans le cadre d'une approche globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, la HAS est engagée depuis 2008 dans la mise en œuvre d'un recueil généralisé d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (indicateurs de pratique clinique transversaux ou de spécialités).

Concernant le thème des indicateurs du dossier patient, le secteur MCO présente la plus grande antériorité, avec 5 recueils consécutifs¹ (2008 à 2014).

Au cours du premier semestre 2014, la Haute Autorité de Santé (HAS) a expérimenté le recueil d'une nouvelle version de l'indicateur « Tenue du dossier patient », intitulée « Tenue du dossier Patient – version 2 » (TDP 2 MCO), pour renforcer les exigences de contenu de l'indicateur initial (TDP 1 MCO). L'expérimentation a été menée simultanément au recueil national des indicateurs du dossier patient MCO.

Pour cette campagne, l'indicateur TDP 1 est resté inchangé et sera diffusé publiquement d'ici novembre 2014.

Présentation de l'indicateur TDP 2 MCO

Au cours du 2^{ème} trimestre 2013, un groupe de travail² a été en charge de l'actualisation de l'indicateur TDP1. Le bilan de cette actualisation est le suivant pour la nouvelle version à tester (TDP 2 MCO) :

▪ Quatre critères restent inchangés par rapport à la version initiale :

- (1) document médical relatif à l'admission.
- (2) examen médical d'entrée renseigné.
- (3) rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation.
- (4) rédaction d'un traitement de sortie.

▪ Des actualisations ont été menées sur 6 critères par rapport à l'indicateur TDP 1 :

- ✓ **un critère a été abandonné** : dossier organisé et classé.
- ✓ **trois critères ont été simplifiés** : limitation à la présence et non au contenu du courrier de fin d'hospitalisation, du dossier anesthésique, et du dossier transfusionnel.
- ✓ **deux critères ont été regroupés** : présence du (des) compte-rendu(s) opératoire(s) et/ou du compte rendu d'accouchement.

▪ 7 nouveaux critères portant sur des thèmes jugés prioritaires ont été ajoutés :

- 1) dossier retrouvé.
- 2) identification du patient.
- 3) trace des administrations médicamenteuses pendant l'hospitalisation.
- 4) participation ou accord du patient à son projet thérapeutique mentionné.
- 5) au moins une réunion pluri-professionnelle tracée.
- 6) mention de la recherche de la personne de confiance.
- 7) mention de l'identité de la personne à prévenir.

Ainsi, l'indicateur TDP2 MCO a comporté 15 critères dans sa version expérimentée.

Les modalités de calcul des indicateurs TDP 1 et 2 sont décrites dans les fiches descriptives respectives, présentées en Annexe 1 et 2.

Enquête rétrospective par échantillonnage

Le recueil des critères de l'indicateur TDP 2 MCO a porté sur un échantillon aléatoire de 80 séjours de patients hospitalisés, utilisé pour les indicateurs du thème dossier patient en MCO, sur la période allant de juin à novembre 2013.

Les critères d'éligibilité au recueil étaient strictement les mêmes que pour les indicateurs du thème dossier patient : établissements réalisant plus de 500 séjours MCO hors séances sur l'année 2013.

A la différence de l'indicateur initial (TDP 1 MCO), un séjour « non retrouvé », un séjour « Multi RUM incomplet », et un séjour présentant « une incohérence PMSI (séjour < 1 jour, GHM) ont été considérés comme « non conformes » et n'ont pas été remplacés par des séjours de la liste de réserve (imputable à l'établissement). En revanche, un séjour « non mobilisable » (*le patient ne souhaite pas que les données le concernant soient exploitées*) a été remplacé par un séjour de la liste de réserve (non imputable à l'établissement).

1 En 2012, aucun recueil sur le thème du dossier patient n'a été réalisé, suite à une décision de passage à un recueil biennal : alternance des recueils d'indicateurs transversaux (dossier patient) et de spécialité une année sur deux.

2 Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS, consultables sur www.has-sante.fr. Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.

Confidentialité et sécurité des données

La HAS a procédé à une déclaration de cette enquête auprès de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)³, car le recueil de l'indicateur TDP 2 MCO porte sur des données indirectement nominatives des patients (exemple : âge, sexe du patient).

Comme pour les indicateurs du dossier patient MCO, le recueil de l'indicateur TDP2 MCO a nécessité d'accéder aux dossiers des patients, et les établissements ont pris les dispositions pour que l'analyse des dossiers, la saisie, le traitement et la conservation des données respectent la confidentialité et la sécurité qui s'attachent à celles-ci. A cet effet, seules des personnes soumises au secret médical ou à la confidentialité ont eu accès aux dossiers des patients.

Les données transmises à la HAS comportant des informations indirectement nominatives relatives aux patients (âge et sexe), il convenait que les établissements de santé et la HAS s'engagent à ne procéder à aucune transmission à des tiers de celles-ci ou des résultats de l'enquête permettant l'identification éventuelle des patients dont le séjour a été analysé dans le cadre de l'étude.

Les informations contenues dans les dossiers des patients ont été saisies en ligne sur Internet via la plateforme QUALHAS, développée par l'ATIH (les questions se trouvaient à la suite de la grille de recueil de l'indicateur TDP 1 MCO). L'accès au système est basé sur le même référentiel et les mêmes procédures de sécurité que ceux de la plateforme e-PMSI (identifiant et mot de passe communiqués via le protocole https), déjà validés par la CNIL. Dans ce cadre, seules des personnes nominativement désignées ont pu accéder aux données relatives à leur établissement selon des modalités propres au rôle qui leur est attribué.

Descriptif de l'expérimentation

Etablissements participants

Au total, 126 établissements ont participé à l'expérimentation du recueil de l'indicateur TDP 2 MCO.

La HAS a sollicité les fédérations (FHF, AP-HP, FHP, UNICANCER, et FEHAP) pour obtenir un panel représentatif en fonction de la catégorie d'établissement (publics, privés lucratifs, CLCC, et ESPIC).

	Publics	Privés lucratifs	ESPIC-EBNL	CLCC
Nombre d'ES	84	18	12	12

Séjours analysés

Au total, 10080 séjours ont été analysés pour l'expérimentation du recueil de l'indicateur TDP 2 MCO.

Questionnaire de faisabilité

Pour cette expérimentation, un questionnaire d'évaluation portant sur la faisabilité du recueil a été proposé aux 126 établissements participants. Ce questionnaire était mis à disposition sur la plateforme de recueil QUALHAS.

Le questionnaire est découpé de la façon suivante : pour chaque nouveau critère, quatre rubriques étaient proposées : i) intérêt du critère ; ii) compréhension/clarté du critère au niveau de la grille de recueil ; iii) compréhension/clarté du critère au niveau des consignes de remplissage ; iv) accessibilité aux données ; ainsi qu'un espace de commentaires libres (texte).

Au total, 74/126 établissements ont répondu au questionnaire de faisabilité (taux de réponse : 58.7%).

Calcul et présentation des résultats

Pour faciliter la comparaison des données des deux versions d'indicateurs, l'ensemble des analyses sont faites à partir de l'échantillon des établissements participant à l'expérimentation (à la fois pour les calculs du nouvel indicateur (TDP2) et de l'indicateur TDP 1 MCO).

Dans ce rapport, sont présentés :

I) Une analyse descriptive au niveau dossier et inter-établissements :
a. du score TDP 2 MCO,
b. chaque critère expérimenté.

II) Une analyse de la pertinence des critères :
c. Variabilité de la réponse aux critères.

Vérifier que chaque critère est bien représenté sur une échelle de 0 à 100.

d. Cohérence interne,
e. Variabilité inter ES,
f. Marge d'amélioration.

III) Une analyse de la faisabilité du recueil.

³ La CNIL a délivré une autorisation à la HAS pour mener des expérimentations et des recueils nationaux d'indicateurs sur la période 2014-2016 (autorisation n°1526777V2).

Résultats de l'expérimentation

I. Analyse descriptive au niveau dossier et inter-établissements.

Parmi les 126 ES participant à l'expérimentation, la moyenne brute inter-établissement du nouveau score de l'indicateur TDP2 MCO est de 69%. Comparativement, la moyenne brute inter-établissement du score TDP 1 MCO est de 81% pour le même échantillon d'établissements.

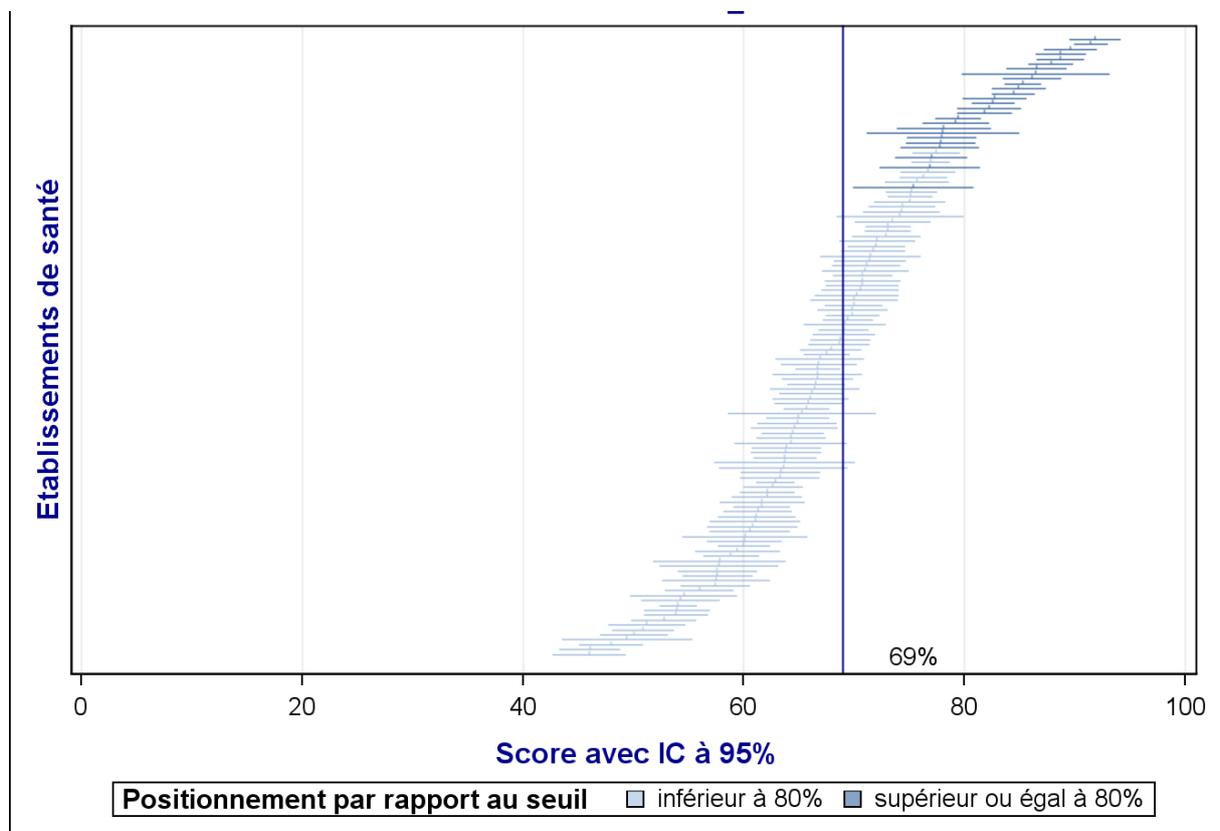
Un quart des établissements ont une moyenne inférieure à 61,7 et un quart ont une moyenne supérieure à 75,2. Le minimum est de 46 et le maximum de 91,8.

On observe à partir du graphique, une grande variabilité inter établissement de l'indicateur TDP2. 21% (26/126) ont atteint ou dépassé l'objectif de 80%. Comparativement, pour les mêmes établissements, 71% ont atteint ou dépassé l'objectif de 80% avec l'indicateur TDP 1 MCO.

Tableau 1 : Indicateur « Tenue du dossier patient – version 2 » - Analyse au niveau ES.

N	Minimum	Moyenne	Maximum	Quartile inférieur	Médiane	Quartile supérieur
126	46.0	68.5	91.8	61.7	68.3	75.2

Graphique 1 : Variabilité inter-ES du score TDP 2 MCO.



**Tableau 2 : Analyse de la conformité des critères.
(Résultats calculés au niveau ES, pour ceux ayant plus de 30 dossiers)**

	N	Minimum	Moyenne	Maximum	Quartile 1	Médiane	Quartile 3
<i>Éléments communs à tous les dossiers</i>							
NV – Critère 1 : Dossier retrouvé.	126	80.2	98.4	100.0	98.5	100.0	100.0
NV – Critère 2 : Identification du patient.	126	0.0	66.6	100.0	36.3	81.3	98.8
Critère 3 : Présence d'un document médical relatif à l'admission.	126	65.0	95.0	100.0	93.8	97.5	98.8
Critère 4 : Examen médical d'entrée renseigné.	126	26.3	75.6	100.0	66.3	76.3	86.3
Critère 5 : Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (si applicable).	125	10.3	78.9	100.0	67.5	87.5	98.7
NV – Critère 6 : Trace des administrations médicamenteuses pendant l'hospitalisation.	125	0.0	52.6	100.0	28.8	54.4	79.5
NV – Critère 7 : Présence du courrier de fin d'hospitalisation ou du compte rendu d'hospitalisation (CRH).	126	22.8	93.9	100.0	92.7	96.6	99.0
Critère 8 : Rédaction d'un traitement de sortie (si applicable).	123	1.6	54.8	100.0	34.8	57.1	76.9
NV – Critère 9 : Participation ou accord du patient à son projet de prise en charge mentionné.	125	0.0	32.1	97.5	10.8	27.8	47.9
NV – Critère 10 : Trace d'au moins une réunion pluri professionnelle.	60	0.0	30.0	100.0	9.2	26.4	40.9
NV – Critère 11 : Mention de la recherche de la personne de confiance.	126	0.0	55.3	100.0	33.8	53.8	78.8
NV – Critère 12 : Mention de l'identité de la personne à prévenir.	126	31.3	83.7	100.0	76.3	88.1	95.0
<i>Éléments dépendants de la prise en charge</i>							
NV – Critère 13 : Présence d'un (ou des) CRO(s) et/ou d'un compte rendu d'accouchement (CRA). (si applicable).	69	62.5	94.4	100.0	93.0	97.1	100.0
NV – Critère 14 : Présence du dossier anesthésique (si applicable).	52	63.4	95.8	100.0	96.9	98.5	100.0

NV : critère nouveau ou critère faisant l'objet d'une simplification.

Remarque : le critère 15 (présence du dossier transfusionnel) n'est pas présenté car l'ergonomie de la grille de recueil n'a pas permis de calculer la conformité du critère (TDP 10 : le patient a-t-il été transfusé pendant le séjour?).

II. Analyse de la pertinence des critères.

Neuf critères présentent des résultats plus faibles, avec des marges d'amélioration (en gras dans le Tableau 2).

La clef de lecture est la suivante : sélection des critères avec 25% des établissements (quartile 1) ayant moins de 8 dossiers sur 10 conformes (cf Tableau 2)

Les 9 critères concernés sont les suivants (3 « anciens » et 6 « nouveaux » critères (NV)) :

- **NV - Critère 2 :** Identification du patient.
- **Critère 4 :** Examen médical d'entrée renseigné.
- **Critère 5 :** Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (*si applicable*).
- **NV - Critère 6 :** Trace des administrations médicamenteuses pendant l'hospitalisation (*si applicable*).
- **Critère 8 :** Rédaction d'un traitement de sortie (*si applicable*).
- **NV - Critère 9 :** Participation ou accord du patient à son projet de prise en charge mentionné (*si applicable*).
- **NV - Critère 10 :** Trace d'au moins une réunion pluri professionnelle (*si applicable*).
- **NV - Critère 11 :** Mention de la recherche de la personne de confiance.
- **NV - Critère 12 :** Mention de l'identité de la personne à prévenir.

III. Analyse de la faisabilité des nouveaux critères.

Pour chacun des nouveaux critères et des critères actualisés, un rappel des principaux résultats est réalisé, ainsi qu'une analyse des résultats de faisabilité et des principaux commentaires des établissements participants.

NV - Critère 1 : Dossier retrouvé.

Rappel : dans l'indicateur TDP 1 MCO, un dossier non retrouvé est remplacé par un dossier de la liste de réserve, alors que pour l'indicateur TDP 2 MCO, un dossier non retrouvé, un séjour multi-RUM incomplet, et un séjour présentant une incohérence PMSI ne sont pas remplacés par un dossier de la liste de réserve (« non conforme »).

- **Résultats :** 98.4% des dossiers analysés ont été retrouvés, mais 25% des établissements (ES) ont moins de 9 dossiers sur 10 retrouvés.

→ Proposition :

- Intégrer ce critère dans le score TDP 2 MCO pour la campagne nationale 2016, et application à tous les secteurs (SSR, PSY, HAD) à terme.

NV - Critère 2 : Identification du patient.

- **Résultats :** 66,6% des séjours analysés présentent une identification du patient conforme. La variabilité inter-établissements (0-100%) justifie des actions d'amélioration. 25% des ES ont moins de 4 dossiers sur 10 avec une identification du patient conforme.

- **Faisabilité :** 76% ont jugé ce critère assez/très intéressant. La compréhension de la grille de recueil et des consignes, et l'accessibilité des données ont été jugées facile/très facile pour respectivement 80%, 82%, et 80% des ES.

- **Principaux commentaires :**

(i) Recueil chronophage.

(ii) Préciser qu'un nom erroné est non conforme.

(iii) Préciser qu'on peut-on tolérer « Monsieur ou madame » / « Mr ou Mme » / « Il ou elle » à la place du sexe du patient (F/M).

(iv) Préciser que les documents provenant de l'extérieur (ex : courriers à l'admission) et les compte rendus d'examens externalisés pendant l'hospitalisation (*pas d'IPP retrouvé en général*) sont non imputables à l'ES.

(v) Dans le cas de séjours multi-RUM, préciser qu'il convient d'analyser l'identification du patient dans toutes les unités médicales fréquentées au cours du séjour.

(v) Les collisions ne sont pas forcément détectables dans un séjour analysé.

(vi) Confusion faite entre le numéro d'IPP et le numéro de venue du patient (ou de dossier).

→ Proposition :

- Intégrer ce critère dans le score TDP 2 MCO pour la campagne nationale 2016.

- Ajouter les précisions évoquées ci-dessus dans les consignes de remplissage.

NV - Critère 6 : Trace des administrations médicamenteuses pendant l'hospitalisation.

Rappel : l'analyse porte sur une période qui débute à la première prescription et dont l'administration s'étend sur les 72 premières heures du séjour (3 nuits / 4 jours).

- **Résultats :** 52,6% des séjours analysés comportent une trace des administrations médicamenteuses conforme pendant l'hospitalisation. 25% des ES ont moins de 3 dossiers sur 10 conforme pour ce critère.

- **Faisabilité :** 90% des séjours analysés ont jugé ce critère assez/très intéressant. La compréhension de la grille de recueil et des consignes, et l'accessibilité des données ont été jugées facile/très facile pour respectivement 90%, 85% et 78% des ES.

- **Principaux commentaires :**

(i) Critère jugé pertinent / vision globale du circuit du médicament.

(ii) Recueil chronophage.

(iii) Critère difficile à analyser pour les ES ayant des supports papier ou des supports multiples (papier et informatisés).

(iv) Durée d'analyse des administrations jugée trop longue (72 heures) / demande de réduction de la période d'analyse à 24 heures.

(v) Les ES insistent pour que les initiales des infirmières soient acceptées en remplacement des noms et prénom s'il existe un système de correspondance dans le dossier patient / difficultés évoquées pour les noms composés.

(vi) Il est difficile de retrouver la justification d'une « non administration », notamment dans les systèmes informatiques.

(vii) Doublet avec d'autres démarches : CBUM / OMEDIT.

(viii) Critère intéressant à intégrer dans les pré-requis de la certification des logiciels d'aide à la prescription.

→ **Proposition :**

- Intégrer ce critère dans le score TDP 2 MCO pour la campagne nationale 2016.
- Ajouter les précisions évoquées ci-dessus dans les consignes de remplissage.

NV - Critère 7 : Présence du courrier de fin d'hospitalisation ou du compte rendu d'hospitalisation (CRH).

- **Résultats :** en moyenne, 93.9% des séjours analysés comportent un courrier de fin d'hospitalisation ou un compte rendu d'hospitalisation. 25% des ES ont moins de 9 dossiers sur 10 avec un courrier ou un CRH.

→ **Proposition :**

- Maintien de ce critère dans le score TDP 2 MCO pour la campagne nationale 2016.
- Intégration du document réalisé le jour de la sortie dans la question DPA 17 ?

NV - Critère 9 : Participation ou accord du patient à son projet de prise en charge mentionné.

- **Résultats :** En moyenne, 32.1% des séjours analysés comportent la mention de la participation ou accord du patient à son projet de prise en charge mentionné. 25% des ES ont moins de 1 dossier sur 10 comportant la mention de cette participation ou accord du patient.

- **Faisabilité :** 59% des ES ont jugé ce critère assez/très intéressant. La compréhension de la grille de recueil et des consignes, et l'accessibilité des données ont été jugées facile/très facile pour respectivement 69%, 58% et 38% des ES.

- **Principaux commentaires :**

(i) Critère plus adapté aux séjours programmés (consultation préalable) et aux longs séjours qu'aux courts séjours (DMS <= 48 heures) en MCO (ex : chirurgie, urgences, ambulatoire, bilans d'examen en médecine....).

(ii) Mieux définir la notion de projet de prise en charge⁴ et les éléments concrets à vérifier dans le dossier du patient selon sa pathologie (ex : accord du patient, motif d'hospitalisation, consultation...).

(iii) Dans le cadre d'une hospitalisation non programmée (ex : oncologie), préciser si l'accord concerne la prise en charge globale ou uniquement la prise en charge non programmée.

4 Rappel : exemples donnés dans les consignes : (1) un engagement signé dans le dossier du patient, (2) la présence de commentaires concernant le projet de prise en charge (« le patient est d'accord pour... », « le patient souhaite... », etc).

- (iv) Préciser que le projet de prise en charge peut être similaire au motif d'hospitalisation, dans le cas d'interventions programmées (ex : cataracte).
- (v) Traçabilité de l'information difficile à retrouver : l'accord du projet de prise en charge peut être accepté en début de prise en charge mais pas forcément au cours des séjours suivants ; la signature n'est pas toujours tracée ; et l'accord du patient est rarement retrouvé hormis pour les interventions programmées (ex : chirurgie).
- (vi) Peut-on accepter les projets de prise en charge renseignés par les paramédicaux (infirmiers) ?

→ **Proposition :**

- Intégrer ce critère dans le score TDP 2 MCO pour la campagne nationale 2016.
- Ajouter les précisions évoquées ci-dessus dans les consignes de remplissage.
- Préciser davantage les cas applicables (ex : liste fermée) et imposer une durée minimale (> 48 heures) de prise en charge à analyser.

NV - Critère 10 : Trace d'au moins une réunion pluri professionnelle.

- **Résultats :** en moyenne, 30% des dossiers analysés comportent la trace d'au moins une réunion pluri professionnelle. 25% des ES ont moins de 1 dossier sur 10 comportant la trace d'au moins une réunion pluri professionnelle.
- **Faisabilité :** 58% des ES ont jugé ce critère assez/très intéressant. La compréhension de la grille de recueil et des consignes, et l'accessibilité des données ont été jugées facile/très facile pour respectivement 79%, 63% et 50% des ES.
- **Principaux commentaires :**
 - (i) Critère non pertinent car non adapté pour toutes les prises en charge MCO, notamment pour les très courts séjours (ex : chirurgie, chimiothérapie) / une réunion pluri-professionnelle n'est pas systématiquement mise en place ou a été réalisée en amont de l'hospitalisation.
 - (ii) Mieux définir la notion de « réunion pluri professionnelle » selon la pathologie étudiée.
 - (iii) Préciser davantage les cas applicables (ex : liste fermée de pathologies) nécessitant une réunion pluri-professionnelle (ex : RCP en cancérologie, maladies chroniques...).
 - (iv) Définir une durée minimale / exclure systématiquement les séjours de moins de 48 heures.
 - (v) Quid des autres avis médicaux, paramédicaux, et sociaux ?
 - (vi) Informations parfois difficiles à recueillir.

→ **Proposition :**

- Non intégration de ce critère dans le score TDP 2 MCO pour la campagne nationale 2016.

NV - Critère 11 : Mention de la recherche de la personne de confiance.

- **Résultats :** en moyenne, 55.3% des dossiers analysés comportent la mention de la recherche de la personne de confiance. 25% des ES ont moins de 3 dossiers sur 10 comportant une mention de la recherche de la personne de confiance.
- **Faisabilité :** 95% des ES ont jugé ce critère assez/très intéressant. La compréhension de la grille de recueil et des consignes, et l'accessibilité des données ont été jugées facile/très facile pour respectivement 100%, 97% et 92% des ES.
- **Principaux commentaires :**
 - (i) Prévoir une modalité de réponse « NA » pour les **mineurs et les majeurs sous tutelle** / autres possibilités : (a) pour les mineurs, imposer de retrouver l'identité des titulaires de l'autorité parentale sauf si ce dernier s'y oppose expressément ; (b) pour les majeurs sous tutelle, il convient de retrouver la mention de l'identité du tuteur.
 - (ii) Difficulté à distinguer les cas où le patient n'a pas voulu désigner de personne de confiance (conforme si noté) et les cas où aucune information n'est retrouvée sur la personne de confiance (aucun choix d'une personne de confiance n'a pas été proposé au patient).
 - (iii) Demande des mêmes exigences que pour la « personne à prévenir » : recherche de l'identité (pas seulement la mention) avec nom+ prénom+ tél ou adresse.

→ **Proposition :**

- Maintien de ce critère dans le score TDP 2 MCO pour la campagne nationale 2016.
- Ajouter des précisions évoquées ci-dessus dans les consignes de remplissage.

NV - Critère 12 : Mention de l'identité de la personne à prévenir.

- **Résultats** : en moyenne, 83.7% des dossiers analysés comportent la mention de l'identité de la personne à prévenir. 25% des ES ont moins de 7 dossiers sur 10 comportant une mention de l'identité de la personne à prévenir.

- **Faisabilité** : 90% des ES ont jugé ce critère assez/très intéressant. La compréhension de la grille de recueil et des consignes et l'accessibilité des données ont été jugées facile/très facile pour respectivement 99%, 96% et 95% des ES.

- **Principaux commentaires** :

(i) Faire valoir ce critère auprès des usagers.

(ii) Confusion avec la personne de confiance.

(iii) Difficulté à distinguer les cas où le patient n'a pas voulu désigner de personne de à prévenir (conforme si noté) et les cas aucune information n'est retrouvée sur l'identité de la personne à prévenir.

(iv) Difficulté à retrouver le tél ou l'adresse ou les deux à la fois.

→**Proposition** : maintien de ce critère dans le score TDP 2 MCO pour la campagne nationale 2014.

NV - Critère 13 : Présence d'un (ou des) CRO(s) et/ou d'un compte rendu d'accouchement (CRA) (si applicable).

- **Résultats** : en moyenne, 94.4% des dossiers analysés comportent la présence d'un (ou des) CRO(s) et/ou d'un compte rendu d'accouchement (CRA). 25% des ES ont moins de 9 dossiers sur 10 comportant un (ou des) CRO(s).

→**Proposition** : maintien de ce critère dans le score TDP 2 MCO pour la campagne nationale 2014.

NV - Critère 14 : Présence du dossier anesthésique (si applicable).

- **Résultats** : en moyenne, 95.8% des dossiers analysés comportent un dossier anesthésique (si applicable). 25% des ES ont moins de 9.7 dossiers sur 10 comportant un dossier anesthésique.

→**Proposition** : maintien de ce critère dans le score TDP 2 MCO pour la campagne nationale 2014.

Conclusions / perspectives

Au vu des résultats de cette expérimentation, il est proposé de généraliser le recueil de l'indicateur TDP 2 MCO et de maintenir les critères suivants dans le score TDP 2 MCO :

NV – Critère 1 : Dossier retrouvé.

NV – Critère 2 : Identification du patient.

Critère 3 : Présence d'un document médical relatif à l'admission.

Critère 4 : Examen médical d'entrée renseigné.

Critère 5 : Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (si applicable).

NV – Critère 6 : Trace des administrations médicamenteuses pendant l'hospitalisation.

NV – Critère 7 : Présence du courrier de fin d'hospitalisation ou du compte rendu d'hospitalisation (CRH).

Critère 8 : Rédaction d'un traitement de sortie (si applicable).

NV – Critère 9 : Participation ou accord du patient à son projet de prise en charge mentionné.

NV – Critère 11 : Mention de la recherche de la personne de confiance.

NV – Critère 12 : Mention de l'identité de la personne à prévenir.

NV – Critère 13 : Présence d'un (ou des) CRO(s) et/ou d'un compte rendu d'accouchement (CRA). (si applicable).

NV – Critère 14 : Présence du dossier anesthésique (si applicable).

NV – Critère 15 : Présence du dossier transfusionnel (si applicable).

Annexes

Annexe 1 : fiche descriptive de l'indicateur TDP MCO (version initiale).

	Fiche descriptive de l'indicateur : Tenue du dossier patient (TDP) en MCO
Définition	<p>Cet indicateur évalue la tenue du dossier des patients hospitalisés. Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score est proche de 100.</p> <p>L'indicateur est calculé à partir de 10 critères au maximum :</p> <p>Eléments communs à tous les dossiers :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Présence d'un document médical relatif à l'admission (Critère 1) 2. Examen médical d'entrée renseigné (Critère 2) 3. Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (<i>si applicable</i>) (Critère 3) 4. Courrier de fin d'hospitalisation ou compte rendu d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval (Critère 9) 5. Rédaction d'un traitement de sortie (<i>si applicable</i>) (Critère 8) 6. Dossier organisé et classé (Critère 10) <p>Eléments dépendants de la prise en charge :</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Présence d'un (ou des) compte(s) rendu(s) opératoire(s) (<i>si applicable</i>) (Critère 4) 8. Présence d'un compte rendu d'accouchement (<i>si applicable</i>) (Critère 5) 9. Dossier anesthésique renseigné (<i>si applicable</i>) (Critère 6) 10. Dossier transfusionnel renseigné (<i>si applicable</i>) (Critère 7)
Score individuel	Un score individuel est calculé pour chaque dossier. Il correspond à la somme des critères satisfaits divisée par la somme des critères applicables.
Score global	Le score global est calculé pour l'ensemble des dossiers. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x100).
Echantillon	Le score global est calculé sur un échantillon aléatoire de 80 dossiers.
Critère d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours hors séances d'au moins un jour stratifiés selon l'activité MCO.
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ; ▪ Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ; ▪ Séjours des nouveau-nés dits « non hospitalisés » ; ▪ Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissement, que ce soit en établissement « demandeur » ou en établissement « prestataire » ; ▪ Séjours avec un GHM erreur ; ▪ Séjours avec un GHM 23K02Z (explorations nocturnes et apparentées) ; ▪ Séjours en UHCD non suivis d'un séjour en MCO.
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus.</p> <p>Score composite.</p> <p>Ajustement sur le risque : non.</p>

<p>Importance du thème</p>	<p>La bonne tenue du dossier du patient est un élément important de la qualité et de la coordination des soins dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Le contenu du dossier médical est défini réglementairement dans le code de santé publique (article R 1112-1)⁵.</p> <p>Des travaux ont démontré des liens entre l'amélioration de la qualité du dossier patient et la qualité de la prise en charge^{6,7,8,9,10,11,12,13,14,15}. Il en est attendu un impact fort sur la qualité de la prise en charge des patients.</p> <p>Depuis 2008, le recueil de l'indicateur TDP est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité MCO dans le cadre de la procédure de certification V2010 (chapitre 2, référence 14, critère 14.a)¹⁶.</p> <p>Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs¹⁷.</p>
-----------------------------------	--

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

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 Thiru K, Hassey A, Sullivan F. Systematic review of scope and quality of electronic patient record data in primary care. Bmj 2003; 326: 1070.

11 Boulay F, Chevallier T, Gendreike Y, Mailland V, Joliot Y, Sambuc R. [A method for auditing medical records quality: audit of 467 medical records within the framework of the medical information systems project quality control]. Sante Publique 1998; 10: 5-15.

12 Francois P, Chirpaz E, Bontemps H, Labarere J, Bosson JL, Calop J. Evaluation of prescription-writing quality in a French university hospital. Clin Perform Qual Health Care 1997; 5: 111-5.

13 Michel P, Bonarek M, Capdenat E, Groupe des médecins des DIM d'Aquitaine. Conformité à la réglementation des dossiers de soins dans 15 établissements publics de santé en Aquitaine. Presse Med 1998; 27: 1884-9.

14 Perret du Cray MH, Remi C, Colin C, Mornex F, Gerard JP. [Quality of medical records in oncology: results of an audit of the Lyon Civil Hospices]. Cancer Radiother 2000; 4: 455-61.

15 Williams JG, Kingham M, Morgan JM, Davies AB. Retrospective review of hospital patient records. Br Med J 1990; 300: 991-3

16 Manuel de certification des établissements de santé, V2010, juin 2009.

17 <http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/>

MODE D'EVALUATION DES CRITERES

L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire comprenant les 10 critères. Si un critère n'est pas applicable, il est retiré à la fois du numérateur et du dénominateur.

Chaque critère satisfait est comptabilisé par 1 point. Pour chaque dossier, le numérateur est égal à la somme des points, et le dénominateur est égal à la somme des critères applicables.

Les éléments requis pour chacun des critères sont décrits ci-dessous :

Eléments communs à tous les dossiers

1. Présence d'un document médical relatif à l'admission (Critère 1)

Le critère est satisfait si un document médical relatif à l'admission indiquant les motifs d'hospitalisation est retrouvé dans le dossier du patient.

2. Examen médical d'entrée renseigné (Critère 2)

Le critère est satisfait si l'examen médical d'entrée comporte les quatre éléments suivants :

- (1). les motifs d'hospitalisation,
- (2). les antécédents et facteurs de risque,
- (3). le traitement habituel,
- (4). les conclusions de l'examen clinique initial.

3. Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (si applicable) (Critère 3)

Le critère est satisfait si chaque prescription médicamenteuse établie pendant l'hospitalisation comporte les sept éléments suivants :

- (1). le nom et le prénom du patient,
- (2). la date de prescription,
- (3). la signature du prescripteur,
- (4). le nom du prescripteur,
- (5). la dénomination des médicaments,
- (6). la posologie,
- (7). la voie d'administration.

Pour simplifier le travail d'analyse, celle-ci porte sur une période qui débute à la première prescription médicamenteuse et s'étend sur 72 heures (soit 3 nuits et 4 jours datés).

4. Courrier de fin d'hospitalisation ou compte rendu d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval (Critère 9)

Le critère est satisfait si le courrier de fin d'hospitalisation (ou le compte rendu d'hospitalisation ou une trace écrite justifiant médicalement la mutation) retrace les quatre éléments suivants :

- (1). 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,
- (2). une référence aux dates de séjour (date d'entrée et date de sortie),
- (3). une synthèse du séjour (contenu médical sur la prise en charge du patient),
- (4). une trace écrite d'un traitement de sortie (au minimum, dénomination des médicaments).

5. Rédaction d'un traitement de sortie (si applicable) (Critère 8)

Le critère est satisfait si le traitement de sortie comporte les sept éléments suivants :

- (1). le nom et le prénom du patient,
- (2). la date de prescription,
- (3). le nom du médecin,
- (4). la dénomination des médicaments,
- (5). la posologie,
- (6). la voie d'administration,
- (7). la durée du traitement.

6. Dossier organisé et classé (Critère 10)

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

- (1). il existe des procédures relatives à l'organisation du dossier dans l'établissement et/ou les services,
- (2). et le dossier est organisé conformément à ces procédures ; par exemple, en différentes rubriques (courriers, examens biologiques, dossier de soins, prescriptions) ou par ordre chronologique.

Éléments dépendants de la prise en charge

7. Présence d'un (ou des) compte(s) rendu(s) opératoire(s) (si applicable) (Critère 4)

Le critère est satisfait si un (ou des) compte(s) rendu(s) opératoire(s) est (sont) retrouvé(s) pour chaque intervention entraînant un passage au bloc opératoire ou en salle d'intervention pour la chirurgie obstétricale, ainsi que pour les endoscopies et les actes invasifs (techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale).

8. Présence d'un compte rendu d'accouchement (si applicable) (Critère 5)

Le critère est satisfait si un compte rendu d'accouchement est retrouvé quel que soit le mode d'accouchement (par voie basse ou césarienne). Ce compte rendu doit renseigner à minima sur l'identité du nouveau-né, son sexe, son poids, sa taille et son Apgar.

9. Dossier anesthésique renseigné (si applicable) (Critère 6)

Le critère est satisfait si le dossier anesthésique comporte les trois éléments suivants :

- (1). le document traçant la phase pré-anesthésique :
 - en cas d'intervention programmée, la trace de la consultation pré-anesthésique et de la visite pré-anesthésique (VPA) ;
 - en cas d'intervention non programmée, la trace de la VPA seule ;
 - en cas d'urgence vitale, le contenu de la VPA peut se résumer à la seule mention de la nature de l'intervention (ex : rupture de rate, laparotomie).
- (2). la fiche per-opératoire,
- (3). la fiche de suivi en salle de surveillance post-interventionnelle sauf :
 - si le patient est décédé au bloc ou transféré dans une unité de soins intensifs ou de réanimation ;
 - ou en cas d'accouchement par voie basse avec péridurale en salle de travail.

Les éléments relatifs à chacune des phases d'anesthésie doivent être retrouvés dans le dossier anesthésique. Seule la présence de ces trois éléments est vérifiée. Leur contenu est évalué dans le cadre de l'indicateur spécifique à la «Tenue du dossier anesthésique».

10. Dossier transfusionnel renseigné (si applicable) (Critère 7)

Le critère est satisfait si le dossier transfusionnel comporte les éléments suivants :

- (1). la fiche transfusionnelle,
- (2). les documents de groupage sanguin,
- (3). la fiche de distribution nominative (attribution / confirmation),
- (4). la prescription du produit sanguin labile signée par le médecin,
- (5). Doivent également figurer dans le dossier transfusionnel :
 - (5.a) le résultat de la Recherche d'Agglutinines Irrégulières (RAI), en cas de transfusion de globules rouges,
 - (5.b) la Fiche d'Effet Indésirable (FEI), en cas d'effet indésirable.

L'ensemble de ces éléments doit être retrouvé dans le dossier transfusionnel, la RAI et la FEI n'étant recherchées que dans les cas de transfusion de globules rouges et d'effet indésirable.

Annexe 2 : fiche descriptive¹⁸ du nouvel indicateur TDP 2 MCO (les nouveaux critères figurent en bleu).

Fiche descriptive de l'indicateur : Tenue du dossier patient (TDP) en MCO – version 2	
Définition	<p>Cet indicateur évalue la tenue du dossier des patients hospitalisés. Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score est proche de 100.</p> <p>L'indicateur est calculé à partir de 10 critères au maximum :</p> <p>Eléments communs à tous les dossiers :</p> <p>Critère 1 : Dossier retrouvé.</p> <p>Critère 2 : Identification du patient.</p> <p>Critère 3 : Présence d'un document médical relatif à l'admission.</p> <p>Critère 4 : Examen médical d'entrée renseigné.</p> <p>Critère 5 : Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (<i>si applicable</i>).</p> <p>Critère 6 : Trace des administrations médicamenteuses pendant l'hospitalisation (<i>si applicable</i>).</p> <p>Critère 7 : Présence du courrier de fin d'hospitalisation ou du compte rendu d'hospitalisation (CRH).</p> <p>Critère 8 : Rédaction d'un traitement de sortie (<i>si applicable</i>).</p> <p>Critère 9 : Participation ou accord du patient à son projet de prise en charge mentionné (<i>si applicable</i>).</p> <p>Critère 10 : Trace d'au moins une réunion pluri professionnelle (<i>si applicable</i>).</p> <p>Critère 11 : Mention de la recherche de la personne de confiance.</p> <p>Critère 12 : Mention de l'identité de la personne à prévenir.</p> <p>Eléments dépendants de la prise en charge :</p> <p>Critère 13 : Présence d'un (ou des) CRO(s) et/ou d'un compte rendu d'accouchement (CRA). (<i>si applicable</i>).</p> <p>Critère 14 : Présence du dossier anesthésique (<i>si applicable</i>).</p> <p>Critère 15 : Présence du dossier transfusionnel (<i>si applicable</i>).</p>
Score individuel	<p>Un score individuel est calculé pour chaque dossier. Il correspond à la somme des critères satisfaits divisée par la somme des critères applicables.</p> <p>Rq : Un dossier « non retrouvé » aura un score individuel égal à 0, et ne sera pas remplacé par un dossier de la liste de réserve. Il en sera de même pour les dossiers non mobilisables.</p>
Score global	<p>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).</p>
Echantillon	<p>Le score global est calculé sur un échantillon aléatoire de 80 dossiers.</p>
Critère d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours hors séances d'au moins un jour stratifiés selon l'activité MCO.
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ; ▪ Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ; ▪ Séjours des nouveau-nés dits « non hospitalisés » ; ▪ Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissement, que ce soit en établissement « demandeur » ou en établissement « prestataire » ; ▪ Séjours avec un GHM erreur ; ▪ Séjours avec un GHM 23K02Z (explorations nocturnes et apparentées) ; ▪ Séjours en UHCD non suivis d'un séjour en MCO.
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus.</p> <p>Score composite.</p> <p>Ajustement sur le risque : non.</p>

¹⁸ Cette fiche correspond au mode d'évaluation de la conformité des critères réalisé pour l'expérimentation TDP 2 MCO. Suite à la présentation des résultats au GT-DPA (discussion), elle sera revue et complétée en vue du recueil national 2016.

MODE D'ÉVALUATION DES CRITÈRES DE L'INDICATEUR TDP 2

L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire comprenant les 15 critères. Si un critère n'est pas applicable, il est retiré à la fois du numérateur et du dénominateur.

Chaque critère satisfait est comptabilisé par 1 point. Pour chaque dossier, le numérateur est égal à la somme des points, et le dénominateur est égal à la somme des critères applicables.

Les éléments requis pour chacun des critères sont décrits ci-dessous :

Éléments communs à tous les dossiers :

1. Dossier retrouvé (Critère 1).

Le critère est satisfait si le dossier est retrouvé.

Le critère est non satisfait si le dossier n'est pas retrouvé ou s'il s'agit d'un séjour Multi RUM incomplet (pas de remplacement par un dossier de la liste de réserve), ou dans le cas d'une incohérence PMSI (séjour < 1 jour, GHM).

Le critère est « non applicable » si le patient ne souhaite pas que les données le concernant soient exploitées (non mobilisable), Le dossier sera alors remplacé par un dossier de la liste de réserve.

2. Identification du patient (Critère 2).

Le critère est satisfait :

- lorsque le numéro d'IPP est retrouvé sur l'ensemble des documents du séjour analysé (OUI à la TDP 15) ;

ET / OU

- lorsque le nom (oui à TDP 16.1), le prénom (oui à TDP 16.2), la date de naissance (oui à TDP 16.3) ET le sexe du patient (oui à TDP 16.4) sont retrouvés sur l'ensemble des documents du séjour analysé.

ET

- en l'absence de collisions (NON à la question TDP 17).

3. Présence d'un document médical relatif à l'admission (Critère 3).

Le critère est satisfait si un document médical relatif à l'admission indiquant les motifs d'hospitalisation est retrouvé dans le séjour du patient analysé.

4. Examen médical d'entrée renseigné (Critère 4).

Le critère est satisfait si l'examen médical d'entrée comporte les quatre éléments suivants :

- (1). les motifs d'hospitalisation,
- (2). les antécédents et facteurs de risque,
- (3). le traitement habituel,
- (4). les conclusions de l'examen clinique initial.

5. Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (si applicable) - (Critère 5).

Le critère est satisfait si chaque prescription médicamenteuse établie pendant l'hospitalisation comporte les sept éléments suivants :

- (1). le nom et le prénom du patient,
- (2). la date de prescription,
- (3). la signature du prescripteur,
- (4). le nom du prescripteur,
- (5). la dénomination des médicaments,
- (6). la posologie,
- (7). la voie d'administration.

Pour simplifier le travail d'analyse, celle-ci porte sur une période qui débute à la première prescription médicamenteuse et s'étend sur 72 heures (soit 3 nuits et 4 jours datés).

6. Trace des administrations médicamenteuses pendant l'hospitalisation (si applicable) - (Critère 6).

L'analyse porte sur une période qui débute à la première prescription médicamenteuse et dont l'administration s'étend sur les 72 premières heures du séjour (soit 3 nuits et 4 jours datés). Cette période a été retenue comme une estimation raisonnable de la conformité de la rédaction des administrations durant le séjour.

Le critère est satisfait lorsque la trace de chaque administration médicamenteuse correspondant à une prescription comporte les six éléments suivants :

- (1). chaque administration médicamenteuse est tracée sur le même support que la prescription correspondante (TDP 19.1),
- (2). la date d'administration (TDP 19.2),
- (3). l'heure d'administration (TDP 19.3),
- (4). le nom et le prénom de l'infirmière (TDP 19.4),
- (5). le nom du prescripteur (TDP 19.5),
- (6). la trace de la prescription correspondant (TDP 19.6)

Si réponse 1 ou 2 à la question TDP 18 (cf grille et consignes).

ET

- lorsque la trace de la justification est retrouvée en cas de non administration de médicaments (TDP 19.7).
/ si réponses 2 et 3 à la question TDP 18.

7. Présence du courrier de fin d'hospitalisation ou du compte rendu d'hospitalisation (CRH) (Critère 7).

Le critère est satisfait si le courrier de fin d'hospitalisation (ou le compte rendu d'hospitalisation ou une trace écrite justifiant médicalement la mutation) dans le séjour analysé (oui à DPA 17).

Remarque : il faudra en rediscuter suite au projet de développement de l'indicateur « Document de sortie à la sortie » où le contenu est amené à évoluer et sera plus exigeant que celui exigé dans DEC.

8. Rédaction d'un traitement de sortie (si applicable) - (Critère 8).

Le critère est satisfait si le traitement de sortie comporte les sept éléments suivants :

- (1). le nom et le prénom du patient,
- (2). la date de prescription,
- (3). le nom du médecin,
- (4). la dénomination des médicaments,
- (5). la posologie,
- (6). la voie d'administration,
- (7). la durée du traitement.

9. Participation ou accord du patient à son projet de prise en charge mentionné (si applicable) (Critère 9) (si applicable).

Le critère est satisfait si la trace d'une participation ou de l'accord du patient à l'élaboration de son projet de prise en charge (ou de son entourage si celui-ci n'est pas en état de recevoir des informations) est retrouvée dans le séjour du patient analysé (oui à la question TDP 21 / applicable si oui à la question TDP 20).

10. Trace d'au moins une réunion pluri-professionnelle (Critère 10) (si applicable).

Le critère est satisfait si on retrouve la trace d'une réunion pluri-professionnelle, d'une réunion de synthèse ou d'un staff concernant le patient au cours du séjour dans le séjour du patient analysé (ex : cancer, maladie chronique...).

11. Mention de la recherche de la personne de confiance (Critère 11).

Le critère est satisfait si on retrouve la mention de la recherche de la personne de confiance (trace de l'identité de la personne de confiance ou celle de l'absence de désignation d'une personne de confiance par le patient) au cours du séjour (oui à TDP 23).

12. Mention de l'identité de la personne à prévenir (Critère 12).

Le critère est satisfait si le séjour comporte la mention de l'identité de la personne à prévenir (nom + prénom + tél + adresse). (oui à TDP 24).

Éléments dépendants de la prise en charge :**13. Présence d'un (ou des) CRO(s) et/ou d'un compte rendu d'accouchement (CRA) - (si applicable(s)) (Critère 13).**

Le critère est satisfait si :

- un (ou des) compte(s) rendu(s) opératoire(s) est (sont) retrouvé(s) pour chaque intervention entraînant un passage au bloc opératoire ou en salle d'intervention pour la chirurgie obstétricale, ainsi que pour les endoscopies et les actes invasifs (techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale). (oui à TDP 6).

ET/OU

- un compte rendu d'accouchement est retrouvé quel que soit le mode d'accouchement (par voie basse ou césarienne). (oui à TDP 7).

14. Présence du dossier anesthésique (si applicable) - (Critère 14).

Le critère est satisfait si le dossier anesthésique est retrouvé. Oui à TDP 8.

15. Présence du dossier transfusionnel (si applicable) - (Critère 15).

Le critère est satisfait si le dossier anesthésique est retrouvé. Oui à TDP 10.