

## Commentaires sur les indicateurs de la plateforme d'information sur les établissements de Santé de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (PLATINES)

### Introduction

Cette évaluation s'inscrit dans la démarche IPAQSS (Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins) soutenue par la Haute Autorité de Santé (HAS) et le Ministère de la Santé.

Les objectifs de la généralisation des indicateurs de qualité sont de :

- proposer aux établissements de santé de nouveaux outils et méthodes de pilotage de la qualité dans la perspective de développer une culture de la mesure de la qualité et de renforcer l' « effet levier » sur l'amélioration de la qualité des soins ;
- améliorer la pertinence de la procédure de certification des établissements de santé ;
- répondre à l'exigence de transparence et au besoin d'information de la part des usagers du système de santé et de leurs représentants sur la qualité des soins délivrés ;
- fournir aux pouvoirs publics des éléments d'aide à la décision en matière de politique d'organisation du secteur hospitalier, prenant en compte la qualité des soins dispensés.

### Méthodologie

Cette évaluation a été réalisée de décembre 2010 à février 2011 et a porté sur **200 dossiers patients** de l'année 2010 pour chacune des prises en charge Médecine – Chirurgie – Obstétrique (MCO).

Une autre évaluation a été effectuée entre juillet 2010 et octobre 2010 sur **60 dossiers** du deuxième semestre 2009 concernant les modalités d'organisation des réunions pluridisciplinaires sur l'établissement. Ces résultats ne bénéficient pas bien sûr de comparatif, s'agissant d'une première saisie.

Cependant, tous les dossiers patients tirés au sort n'étaient pas concernés par le critère évalué. Les résultats présentés sont donc à transposer au nombre de dossiers concernés par le critère évalué. Les dossiers patients non-concernés par le critère évalué ont été alors, soit exclus de l'évaluation, soit re-tirés au sort. Vous trouverez, dans la partie commentaire des « Tableaux comparatifs 2010 / 2009 / 2008 du détail de l'évaluation » le nombre de dossiers patients concernés par l'évaluation.

Différents indicateurs étaient à évaluer :

- la tenue du dossier du patient ;
- le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation ;
- la traçabilité de l'évaluation de la douleur ;
- le dépistage des troubles nutritionnels ;
- la tenue du dossier anesthésique ;
- la traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre ;
- la prise en charge d'infarctus du myocarde après la phase aiguë ;
- les modalités de mise en place des RCP.

Ces évaluations ont été menées par :

- un médecin anesthésiste ;
- un chirurgien ;
- un gériatre ;
- un cardiologue ;
- un médecin réanimateur ;
- un chirurgien viscéral pour les RCP ;
- un médecin pour les RCP ;
- le service des archives ;
- le service qualité ;
- le médecin responsable du département d'information médicale (DIM).

### Atteinte de l'objectif national

« **OUI** » = l'objectif est atteint si le résultat de l'établissement est significativement supérieur à 80% ou non significativement différent de 80%.

« **NON** » = si le résultat de l'établissement est significativement inférieur à 80%.

## LES RESULTATS

### Tenue du dossier du patient (TDP)

Il est à noter un résultat de **74** (score sur 100) en 2010. En 2009, la moyenne était de **65** soit, une légère progression.

Tableau comparatif 2010/2009/2008 du détail de l'évaluation :

Indicateur	Résultat 2010	Résultat 2009	Résultat 2008	Evolution	Commentaires
<i>Présence d'un document médical relatif à l'admission</i>	99	90	94	+	79 dossiers conformes sur 80 dossiers concernés en 2010
<i>Présence d'un examen médical d'entrée renseigné</i>	81	90	90	-	65 dossiers conformes sur 80 dossiers concernés en 2010
<i>Prescription pendant l'hospitalisation (prescription datée, nom-prénom du patient, nom+prénom du prescripteur, signature du prescripteur, posologie, voie d'administration)</i>	31	23	19	+	24 dossiers conformes sur 78 dossiers concernés en 2010. Sur les 54 dossiers non-conformes, au moins 1 élément est absent.
<i>Présence d'un compte-rendu opératoire</i>	95	96	94	=	21 dossiers conformes sur 22 dossiers concernés en 2010
<i>Présence d'un compte-rendu d'accouchement</i>	100	100	100	=	10 dossiers conformes sur 12 dossiers concernés en 2010
<i>Présence d'un dossier d'anesthésie</i>	96	75	74	+	27 dossiers conformes sur 28 dossiers concernés en 2010
<i>Présence d'un dossier transfusionnel</i>	71	43	50	+	5 dossiers conformes sur 7 dossiers concernés en 2010
<i>Rédaction d'un traitement de sortie</i>	59	52	49	+	42 dossiers conformes sur 71 dossiers concernés en 2010
<i>Courrier de fin d'hospitalisation ou CRH</i>	54	50	36	+	43 dossiers conformes sur 80 dossiers concernés en 2010
<i>Dossier organisé et classé</i>	100	96	93	+	80 dossiers conformes sur 80 dossiers concernés en 2010

### Actions d'amélioration en cours sur l'établissement

- Ces indicateurs feront partie des objectifs qualité des futurs contrats de pôle en cours de rédaction.
- Des actions sont menées sur le circuit du médicament incluant les prescriptions médicales. Un audit sur le circuit du médicament a été conduit en mars 2011, il portait notamment sur la prescription dans 5 unités de soins (datée, horodatée, signé...) dont le résultat global est de 74%. Nous pouvons constater une légère augmentation sur la prescription. Des efforts restent à faire sur le traitement de sortie et les compte-rendus d'hospitalisation.
- Il est à noter une baisse de la présence d'un examen médical renseigné.

**Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC)**

Cet indicateur évalue le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation. Il représente le pourcentage de séjours pour lesquels le courrier de fin d'hospitalisation est envoyé au médecin traitant dans un délai inférieur ou égal à huit jours et dont le contenu comprend les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins.

Tableau comparatif 2010/2009/2008 du détail de l'évaluation :

Indicateur	Résultat 2010	Résultat 2009	Résultat 2008	Evolution	Commentaires
<i>Le courrier de fin d'hospitalisation est envoyé dans un délai inférieur ou égal à 8 jours</i>	73 %	68 %	65 %	+	58 dossiers conformes sur 80 dossiers concernés en 2010
<i>Le courrier de fin d'hospitalisation est conforme et est envoyé dans un délai inférieur ou égal à 8 jours</i>	41 %	39 %	35 %	+	33 dossiers conformes sur 80 dossiers concernés en 2010

**Actions d'amélioration en cours sur l'établissement**

Il est à noter une amélioration de ces 2 critères. Des efforts doivent être poursuivis.

- **Tracabilité de l'évaluation de la douleur (TRD)**

Cet indicateur représente la proportion de séjours pour lesquels il existe au moins deux résultats de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier d'un patient qui ressent une douleur (ou au moins un résultat de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du patient non algique).

Il est à noter un résultat de **36 %** en 2010. En 2009, la moyenne était de **15 %** soit une augmentation de 21 %. Il est à noter une amélioration sur ce critère.

**Attention :** aucune traçabilité ne peut être retrouvée dans le dossier de soins si le patient n'est pas douloureux. Sur 80 dossiers tirés au sort, 29 dossiers étaient concernés par le critère d'évaluation.

### **Actions d'amélioration en cours sur l'établissement**

- Des échelles visuelles analogiques de la douleur ont été transmises à l'ensemble du personnel.
- Revoir le mode et les supports de transcription dans les dossiers de soins.
- Formations réalisées sur la prise en charge de la douleur par le médecin responsable du Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) et sous forme d'e-learning (auto-formation par ordinateur).
- Evaluation des Pratiques Professionnelles en cours sur la traçabilité dans les dossiers de consultation « douleur ».

Une feuille de suivi de la douleur pour les patients ayant une douleur supérieur à 4 a été mise en test en chirurgie orthopédique et en médecine A2 à la demande du CLUD de l'établissement. Une évaluation a été réalisée en septembre. Suite à cette dernière, les cadres de santé n'ont pas validé cette feuille de suivi.

Le CLUD s'orienterait donc vers une traçabilité à un endroit unique sur la feuille de prescription.

### Dépistage des troubles nutritionnels (DTN)

Cet indicateur évalue le dépistage des troubles nutritionnels au cours des 48 premières heures du séjour, chez les patients adultes. Il représente le pourcentage de dossiers de patients adultes pour lesquels, au cours des 48 premières heures du séjour une mesure du poids a été effectuée et notée dans le dossier.

Tableau comparatif 2009 / 2008 du détail de l'évaluation :

Indicateur	Résultat 2010	Résultat 2009	Résultat 2008	Evolution	Commentaires
<i>Niveau 1 : poids noté dans le dossier au cours des 2 premiers jours</i>	40	56 %	68 %	-	29 dossiers conformes sur 73 dossiers concernés en 2010
<i>Niveau 2 : poids noté ET indice de masse corporel ou poids et variation du poids notés dans le dossier au cours des 2 premiers jours du séjour</i>	11	18 %	10 %	-	8 dossiers conformes sur 73 dossiers concernés en 2010
<i>Niveau 3 : poids noté ET indice de masse corporel ET variation du poids notés dans le dossier au cours de 2 premiers jours</i>	1	4 %	3 %	-	1 dossier conforme sur 73 dossiers concernés en 2010

### Actions d'amélioration en cours sur l'établissement

- Une action spécifique sur le dépistage des troubles nutritionnels est menée par le Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN).
- Evaluation des Pratiques Professionnelles réalisée sur l'analyse des causes de dénutrition de la personne âgée. Des actions ont notamment été mises en œuvre sur le calcul de l'indice de masse corporelle.
- Il est à noter une diminution des l'ensemble des indicateurs. Des pèses personnes ont été mis en place dans toutes les unités fin 2010, les indicateurs devraient s'améliorer.

### Tracabilité de l'évaluation du risque d'escarre

Patient ayant eu une évaluation du risque d'escarre par une échelle ou un jugement clinique dans les 2 jours suivant l'admission et comportant une conclusion vis à vis de ce risque (en %) 0 dossiers conformes sur 76 dossiers concernés. Cet indicateur est nouveau par rapport à la campagne de 2009.

### Prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë

Ces 9 indicateurs se centrent sur la prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde à la sortie de l'établissement. Ils s'intéressent aux pratiques de prévention secondaire de l'insuffisance coronaire après infarctus du myocarde.

Il est à noter un résultat de **96 %** en 2010. Seulement 27 dossiers ont pu être évalués.

Indicateur	Résultat 2010	Résultat 2009	Résultat 2008	Evolution	Commentaires
<i>Prescription appropriée d'aspirine / clopidogrel après infarctus</i>	96	100	100	-	26 dossiers conformes sur 27 dossiers concernés en 2010
<i>Prescription appropriée de bêta-bloquant après infarctus</i>	100	85	85	+	27 dossiers conformes sur 27 dossiers concernés en 2010
<i>Mesure de la fraction d'éjection du ventricule gauche au cours du séjours</i>	100	95	93	+	27 dossiers conformes sur 27 dossiers concernés en 2010.
<i>Résultats de la fraction d'éjection du ventricule gauche inférieur à 40% e</i>	100	83	100		9 dossiers conformes sur 9 en 2010.
<i>Prescription de statine à la sortie</i>	100	95	93	+	27 dossiers conformes sur 27 dossiers concernés en 2010
<i>Prescription de statine à la sortie et d'un bilan lipidique à réaliser entre 1 et 3 mois après le début de traitement</i>	12	79	71	-	3 dossiers conformes sur 25 dossiers concernés en 2010
<i>Sensibilisation aux règles hygiéno-diététique</i>	48	55	78	-	13 dossiers conformes sur 27 dossiers concernés en 2010
<i>Statut du patient vis à vis du tabac tracé dans le dossier</i>	96	90	40	+	26 dossiers conformes sur 27 dossiers concernés en 2010
<i>Délivrance de conseils pour l'arrêt du tabac</i>	86	83	71	+	6 dossiers conformes sur 7 dossiers concernés en 2010

### Actions d'amélioration en cours sur l'établissement

Il est à noter une diminution dans certains indicateurs : prescription de statine et bilan lipidique, règles hygiéno-diététique.

D'autre part, de nombreux critères sont à 100% ou autour.

### Tenue du dossier anesthésique (DAN)

Il est à noter un résultat de **46** (score sur 100) en 2010. En 2009, la moyenne était de **56** soit une diminution de 10%.

Cet indicateur évalue la tenue du dossier d'anesthésie. Ce dossier constitue un élément essentiel de la continuité des soins.

**N.B. :** L'évaluation a été réalisée sur 60 dossiers conformément à la procédure d'évaluation définie par la Haute Autorité de Santé.

Tableau comparatif 2010 / 2009 / 2008 du détail de l'évaluation :

Indicateur	Résultat 2010	Résultat 2009	Résultat 2008	Evolution	Commentaires
<b>Phases pré, per et post-anesthésique</b>					
Identification du patient sur toutes les pièces du dossier	100	100	97	+	60 dossiers conformes sur 60 dossiers concernés en 2010
<b>Phase pré-anesthésique</b>					
Identification du médecin anesthésiste	2	25	2	-	1 dossier conforme sur 60 dossiers concernés en 2010
Identification du médecin anesthésique traçant la visite pré-anesthésique pour la chirurgie programmée	0	22	0	-	0 dossier conforme sur 36 dossiers concernés en 2010
Identification du médecin anesthésique traçant la visite pré-anesthésique en urgence	4	36	20	-	1 dossier conforme sur 24 dossiers concernés en 2010
Trace écrite de la visite pré-anesthésique	2	77	0	-	1 dossier conforme sur 60 dossiers concernés en 2010
Mention du traitement habituel ou de l'absence de traitement	92	92	73	=	54 dossiers conformes sur 59 dossiers concernés en 2010
Mention de l'évaluation du risque anesthésique	62	60	28	+	37 dossiers conformes sur 60 dossiers concernés en 2010
Mention du type d'anesthésie proposé au patient	42	58	57	-	25 dossiers conformes sur 60 dossiers concernés en 2010
Mention de l'évaluation des conditions d'abord des voies aériennes supérieures en phase pré-anesthésique	27	28	10	+	16 dossiers conformes sur 60 dossiers concernés en 2010
<b>Phase per-anesthésique</b>					
Identification du médecin anesthésiste	82	90	88	-	49 dossiers conformes sur 60 dossiers concernés en 2010
Mention de la technique d'abord des voies aériennes supérieures	86	92	77	-	42 dossiers conformes sur 49 dossiers concernés en 2010
<b>Phase post-anesthésique</b>					
Identification du médecin anesthésiste	63	89	87	-	33 dossiers conformes sur 52 dossiers concernés en 2010
Trace de l'autorisation de sortie du patient	6	6	2	=	3 dossiers conformes sur 52 dossiers concernés en 2010
Trace écrite des prescriptions médicamenteuses (prescription datée, nom-prénom du patient, nom-prénom du prescripteur, signature du prescripteur, nom du médicament, posologie, voie d'administration)	33	17	0	+	17 dossiers conformes sur 52 dossiers concernés en 2010
<b>Phase péri-anesthésique</b>					
Rubrique renseignée permettant de relever les incidents ou accidents péri-anesthésiques	0	0	0	=	0 dossiers conformes sur 60 dossiers concernés en 2010

### Actions d'amélioration en cours sur l'établissement

- Evaluation des Pratiques Professionnelles à finaliser sur l'optimisation de la tenue du dossier d'anesthésie. Cette évaluation a permis entre autre l'élaboration d'une feuille de prescription postopératoire. Nous pouvons constater que les prescriptions postopératoires ont légèrement augmenté.
- Tous les critères portant sur l'identification du médecin ont considérablement chuté.
- Un effort est à faire sur la tenue du dossier d'anesthésie.

### Réunion de concertation pluridisciplinaire

Il est à noter un résultat de **61** (score sur 100) en 2010, l'objectif national est à 80%.  
Ce recueil permet d'appréhender les modalités d'organisation des réunions de concertation pluridisciplinaire lors de la prise en charge initiale d'un patient atteint de cancer.

Indicateur	Résultat 2010	Evolution	Commentaires
<i>Niveau 1 : trace de la RCP au cours de la prise en charge initiale du patient</i>	63	-	24 dossiers conformes sur 38 dossiers concernés en 2010
<i>Niveau 2 pluridisciplinarité de la RCP</i>	61	-	23 dossiers conformes sur 38 dossiers concernés en 2010

## Certification du Centre Hospitalier de Rambouillet

Certification V2: Le centre hospitalier de Rambouillet a été certifié avec réserve en septembre 2009. 1 réserve et 6 recommandations ont été formulées par la Haute Autorité de Santé (HAS).

### **Les recommandations :**

- 06a (La direction et les instances définissent les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de gestion des risques) ;
- 11b (La gestion des risques est organisée et coordonnée) ;
- 24d MCO (La restriction de liberté de circulation du patient fait l'objet d'une information au patient et à son entourage, d'une prescription médicale écrite et d'une réévaluation périodique) ;
- 31a MCO, SSR (Les conditions de prescription des médicaments sont maîtrisées) ;
- 43b (Les délais d'attente sont analysés et des actions d'amélioration sont entreprises) ;
- 43c (La satisfaction des correspondants externes est évaluée et prise en compte) ;
- 44d (L'efficacité du programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques est régulièrement évaluée).

### **La réserve :**

- 31b MCO, SSR (Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées)
- 31c MCO (Les conditions d'administration du médicament au patient garantissent la conformité à la prescription et la traçabilité de l'acte).

Ces points ont fait l'objet d'un rapport de suivi en juin 2011. Suite à la réception de ce rapport, la HAS a levé cette réserve.