



institut**Curie**

Qualité des Données à l'hôpital

Présentation de la problématique

QUADRIS 3.07.2007

Plan

I : Présentation de l'Institut Curie

II : Problématique qualité des données hospitalières

III : SIH et qualité

I. Présentation de l'Institut Curie

Structure

- Centre de Lutte Contre le Cancer (1/20)
- Activité clinique :
180 lits d'hospitalisation complète,
Hôpitaux de jour de chirurgie et de chimiothérapie
Plateau technique de Radiothérapie
Consultations externes
- Activité médico-techniques : Imagerie médicale, laboratoires

Activité annuelle

- 100 000 consultations
- 9 500 admissions
- File active : 35 000 patients

Pathologie traitée

- 50% sein

Système d'information

- +++
 - 1998
-

II : Enjeux qualité pour les données hospitalières

Contexte de la qualité des données à l'hôpital

- Enjeux importants :
 - Prise en charge du patient (Qualité des soins)
 - T2a : Recettes de l'hôpital basées sur activité (taux 2007 T2A 50% → 100%)
 - Dossier Médical Personnel (échanges)
 - HAS : Certification des établissements de santé
 - 21.e : « le contrôle qualité des données est en place » ?
 - 22.b : « Des procédures de contrôle de l'identification du patient sont mises en œuvre »
-

Panorama des données hospitalières

Données métier → supports applicatifs

- Données de facturation, de comptabilité, de paye ...

Périmètre ciblé = dossier patient

- Dossier Patient (cœur de métier → PEC des patients) :
 - dossier administratif *informatisation complète*
 - dossier médical *informatisation partielle*
 - dossier de soins
 - dossier d'anesthésie
 - dossier transfusionnel...

Rôle du Dossier Patient = référence

Différentes natures de données :

- données **quantitatives** : discrètes ou continues, ordinales (EVA, ASA...)
- données **qualitatives** : **binaires, nominales** (CIM)
- données **textuelles** (motif d'hospitalisation), Images, dates, signatures...

=>documents (compte-rendus médicaux), **structurés ou non** (produits en interne / externe par différents professionnels) → **contexte multi source**

Pièces constitutives du dossier médical

Le décret n°2003-462 du 21 mai 2003 reprend l'article R. 1112-2 du code de la santé publique, qui est ici reproduit :

Art. R. 1112-2. - Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés :

1° Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier, et notamment :

- a) La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission ;
- b) Les motifs d'hospitalisation ;
- c) La recherche d'antécédents et de facteurs de risques ;
- d) Les conclusions de l'évaluation clinique initiale ;
- e) Le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée ;
- f) La nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences ;
- g) Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para-cliniques, notamment d'imagerie ;
- h) Les informations sur la démarche médicale, adoptée dans les conditions prévues à l'article L. 1111-4 ;
- i) Le dossier d'anesthésie ;
- j) Le compte rendu opératoire ou d'accouchement ;
- k) Le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire ;
- l) La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel mentionnée au deuxième alinéa de l'article R. 1221-40 ;
- m) Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires ;
- n) Le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers ;
- o) Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ;
- p) Les correspondances échangées entre professionnels de santé ;

2° Les informations formalisées établies à la fin du séjour. Elles comportent notamment :

- a) Le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie ;
- b) La prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie ;
- c) Les modalités de sortie (domicile, autres structures) ;
- d) La fiche de liaison infirmière ;

3° Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.

Sont seules communicables les informations énumérées aux 1° et 2°.

Mise en place d'une démarche AQ

Dossier administratif

→ Identito vigilance

Dossier médical + dossier de soins

→ Info vigilance

Système informatisé

→ maîtrise des flux de données inter applications

Processus d'amélioration de la qualité de l'information

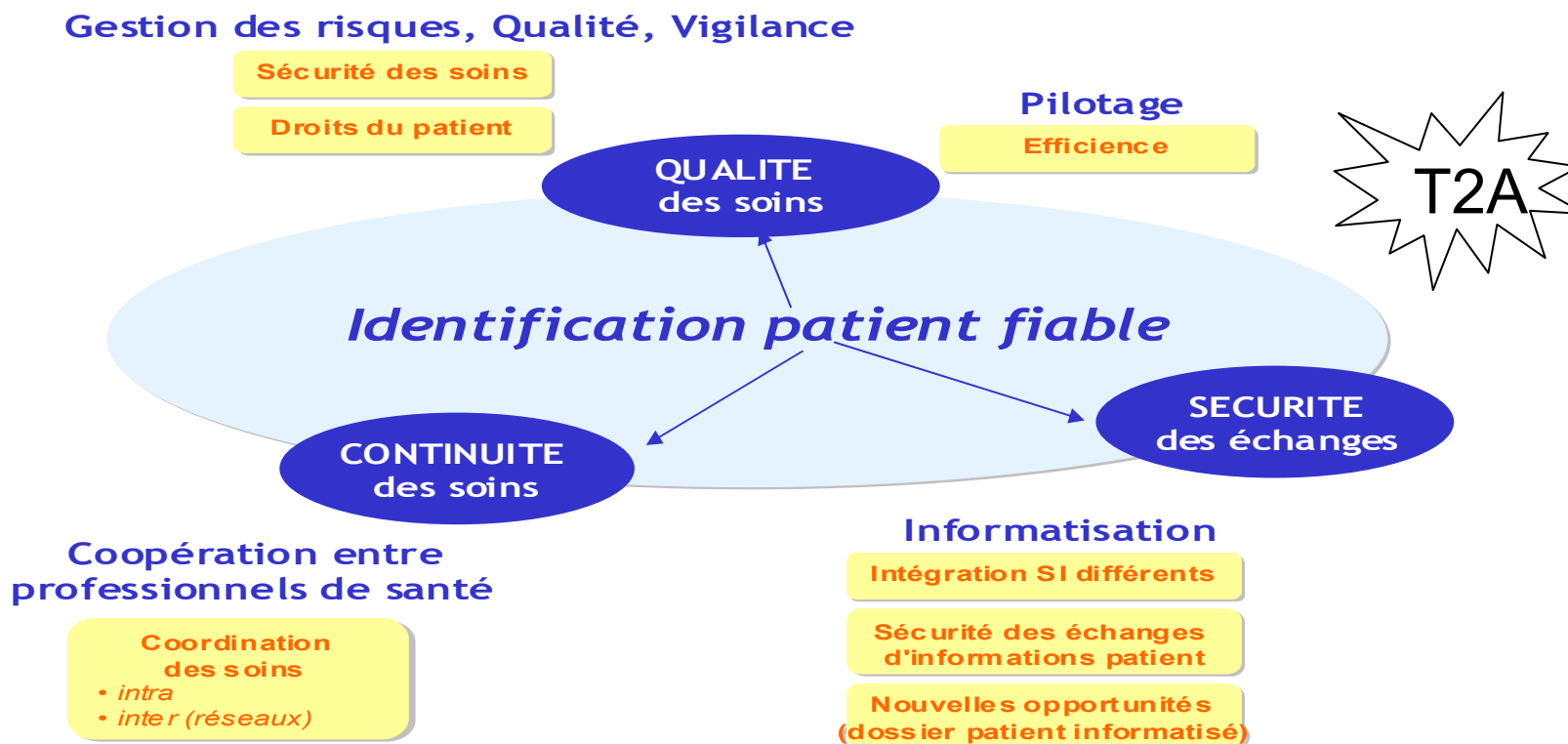
IDENTITE VIGILANCE

9 - Projet Quadris - Institut Curie - 3 juillet 2007

L'identification du patient : les enjeux

Identification du patient :

- une des fonctions de base du socle d'infrastructure du SIH



Identité du patient

Identité = Identifiant + Traits

Identifiant	02 05060
Traits stricts : Noms (famille, usage, marital), prénoms, date de naissance, sexe = <i>infos minimales</i> (permettent l'identification)	<i>Nom</i> : MARTIN <i>Nom de famille</i> : DUVAL <i>Prénoms</i> : Claude, Marie, Elisabeth <i>Date de naiss.</i> : 24/10/1932 <i>Sexe</i> : F
Traits étendus : Adresse domicile, n° téléphone, personne à (ne pas) prévenir, personne de confiance, séjours antérieurs, code postal du lieu de naissance, nom de la mère, nom du père, alias (pseudo) ... → permettent la vérification	<i>Adresse</i> : 10 rue Balard 75015 PARIS <i>Tel</i> : 01 47 21 12 14
Traits complémentaires : Nationalité, informations de santé (groupe sanguin, allergie...), régime de sécurité sociale, n° SS, infos socio- professionnelles... → Servent en cas de doute	<i>Nationalité</i> : française <i>Groupe sanguin</i> : A - <i>Taille</i> : 1m 63

>> Dossier administratif

Identito-vigilance : Recommandations qualité

Indicateur qualité Identité Vigilance: GMSIH (Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier)

- Les indicateurs portant sur la *qualité des données* :

- taux de doublons (Deux identifiants ou plus concernent une même personne)

Taux de doublons = nombre de doublons réels détectés / nombre d'identité à l'état activé sur une période donnée.

- taux de collision (Le même identifiant est attribué à deux personnes différentes au moins) ,

Taux de collisions = nombre de collisions détectées / nombre d'identité à l'état activé sur une période donnée

- taux de modification d'identité

Doublons potentiels/ Doublons fantômes, homonymes potentiels / Homonymes validés, Collisions potentielles / Collisions validées

- Les indicateurs portant sur *l'utilisation des services* : taux de fusion, taux de défusion

Cellule d'identitévigilance (administrateur de l'identité au sein de l'hôpital)

- ✓ **CIV = structure opérationnelle chargée de veiller à la qualité de l'identification des acteurs de la prise en charge des patients c'est-à-dire les patients et les professionnels. Sa mission est de :**
 - ✓ **Mettre en œuvre la politique relative à l'identité des patients (identification, rapprochement);**
 - ✓ **Gérer au quotidien les problèmes liés aux actions d'identification du patient ; effectue les actions correctives**
 - ✓ **Valider les actions d'administration des identités : rapprochements, fusions, défusions, homonymies...**
 - ✓ **Élaborer les règles de gestion concernant les services et rédiger les manuels de procédures ;**
 - ✓ **Assurer la production et le suivi des indicateurs qualité.**

Évaluation de la qualité des adresses (RNVP)

Restructuration : repositionnement de l'adresse selon une structure (6 lignes : nom, voie, complément, code postal, commune...) et 38 caractères,

Normalisation : transformation en fonction d'une nomenclature propre à la Poste (Bld -> boulevard)

Validation Postale : permet un contrôle de cohérence des informations à partir de référentiels : Exaposte : adéquation entre le code postal et la commune

INFO VIGILANCE

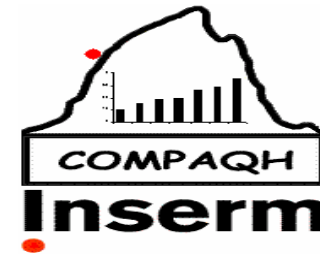
13 - Projet Quadris - Institut Curie - 3 juillet 2007

Projet COMPAQH (COordination pour la Mesure de la Performance et de l'Amélioration de la Qualité Hospitalière)

→ indicateurs retenus par le programme national HAS, DHOS et DREES :

La tenue du dossier patient se décline en 4 indicateurs :

1. La conformité du dossier patient,
2. Le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation,
3. Le dépistage des troubles nutritionnels,
4. La traçabilité de l'évaluation de la douleur.



Indicateur 1 : Tenue du dossier patient (TDP)

Éléments relatifs à l'admission :

DPA 17 - Existe-t-il un document médical relatif à l'admission indiquant les motifs d'hospitalisation ? 1.Oui 2.Non 3.NA

DPA 18 - Si Oui, quel(s) élément(s) retrouve-t-on ?

- 1.Lettre du médecin adresseur
- 2.Lettre de mutation inter-unités
- 3.Fiche des urgences
- 4.Dossier de consultation
- 5.Document concernant l'ensemble de la prise en charge

DPA 19 - Quels éléments relatifs à l'examen médical d'entrée retrouve-t-on ?	Oui	Non
DPA 19.1 - Motifs d'hospitalisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DPA 19.2 - Antécédents et facteurs de risque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DPA 19.3 - Conclusions de l'examen clinique initial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Éléments relatifs au séjour :

DPA 20 - Existe-t-il une (ou plusieurs) prescription(s) médicamenteuse(s) établie(s) pendant l'hospitalisation du patient ? 1.Oui 2.Non 3.NA

Pour la suite, l'analyse portera sur une période qui débute à la première prescription médicamenteuse et s'étend sur 72 heures.

DPA 21 - Si Oui, quels éléments retrouve-t-on sur chaque prescription ?	Oui	Non
DPA 21.1 - Nom du patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DPA 21.2 - Date de prescription	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DPA 21.3 - Signature du prescripteur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DPA 21.4 - Nom du prescripteur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DPA 21.5 - Nom des médicaments	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DPA 21.6 - Posologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

DPA 22 - Existe-t-il un compte rendu opératoire ? 1.Oui 2.Non 3.NA

DPA 23 - Retrouve-t-on un compte rendu d'accouchement ? 1.Oui 2.Non

DPA 24 - Existe-t-il un dossier anesthésique ? 1.Oui 2.Non 3.NA

DPA 25 - Si Oui, quels éléments retrouve-t-on ?	Oui	Non
DPA 25.1 - Le document traçant la phase pré-anesthésique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DPA 25.2 - La fiche per-opératoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DPA 25.3 - La fiche de suivi en salle de surveillance post-interventionnelle	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA

DPA 26 - Existe-t-il un dossier transfusionnel ? 1.Oui 2.Non 3.NA

DPA27 - Si Oui, quels éléments retrouve-t-on ?	Oui	Non
DPA 27.1a - Fiche transfusionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DPA 27.2a - Carte de groupe sanguin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DPA 27.3a - Fiche de distribution nominative	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DPA 27.4a - Prescription du produit sanguin signée par le médecin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DPA 27.1b - Si transfusion de globules rouges, résultats de la RAI retrouvés	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA
DPA 27.2b - Si incident, fiche d'incident transfusionnel renseignée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Eléments relatifs à la sortie :

DPA 28 - Existe-t-il une trace écrite d'une prescription médicamenteuse établie le jour de la sortie ? 1.Oui 2.Non 3.NA

DPA 29 - Si Oui, quels éléments retrouve-t-on sur la trace écrite de la prescription ?

	Oui	Non
DPA 29.1 - Nom du patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DPA 29.2 - Date	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DPA 29.3 - Nom du prescripteur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DPA 29.4 - Nom des médicaments	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DPA 29.5 - Posologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DPA 29.6 - Durée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Appréciation générale :

DPA 30 - Le dossier est-il organisé et classé ? 1.Oui 2.Non

Indicateur 2 : Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC)

DPA 31 - Retrouve-t-on un courrier de fin d'hospitalisation ou un compte rendu d'hospitalisation ? 1.Oui 2.Non

DPA 32 - Si Oui, quels éléments retrouve-t-on ?

	1.Oui	2.Non	3.NA
DP 32.1 - L'identité du médecin destinataire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DPA 32.2 - Une référence aux dates du séjour (date d'entrée et date de sortie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DPA 32.3 - Une synthèse du séjour (contenu médical sur la prise en charge)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

DPA 33 - Le courrier est-il daté ? 1.Oui 2.Non

DPA 34 - Si Oui, quelle est la date notée sur le courrier (JJ/MM/AAAA) ? / /

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

DPA 35 - Retrouve-t-on au moins une mesure de la douleur notée dans le dossier du patient pendant le séjour ?

1.Oui avec échelle (EVA, EN, EVS, échelle d'hétéro-évaluation)

2.Oui sans échelle (commentaires)

3.Non

DPA 36 - Si une mesure diagnostique une douleur avec une échelle, retrouve-t-on au moins une mesure de suivi de la douleur ?

1.Oui avec échelle (EVA, EN, EVS, échelle d'hétéro-évaluation)

2.Oui sans échelle (commentaires)

3.Non

4.NA (le patient n'est pas douloureux)

Indicateur 4 : Dépistage des troubles nutritionnels (DTN)

DPA 37 - A l'entrée du patient, quelles informations retrouve-t-on concernant le dépistage des troubles nutritionnels ?

	Oui	Non
DPA 37.1 - Le poids	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DPA 37.2 - La mention de la variation du poids avant l'hospitalisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DPA 37.3 - L'indice de masse corporelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Évaluation de la qualité du dossier

Projet COMPAQH

- Méthodologie :
 - Tirage au sort de 80 dossiers
 - Évaluation manuelle
- Objectif
 - Mesurer la performance et notamment la qualité du service rendu
- Intérêt :
 - Se comparer pour aller vers des valeurs de référence (benchmarking)
 - Cible la traçabilité de l'information = niveau de base requis → complétude
- Points faibles :
 - Lourd à mettre en œuvre
 - Etude rétrospective => Pas de possibilité de correction

Aspects fonctionnels et techniques du SIH

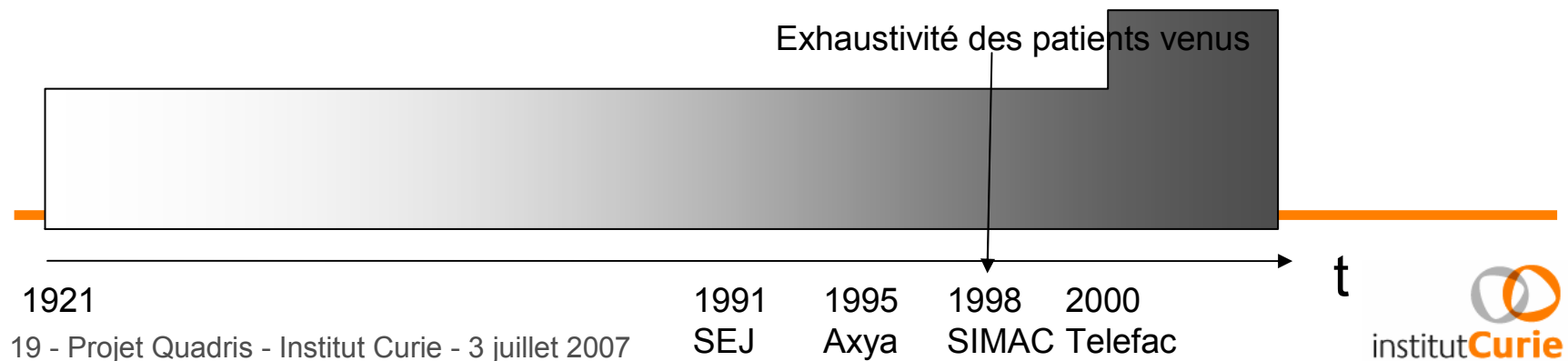
Système d'information hospitalier

SIH

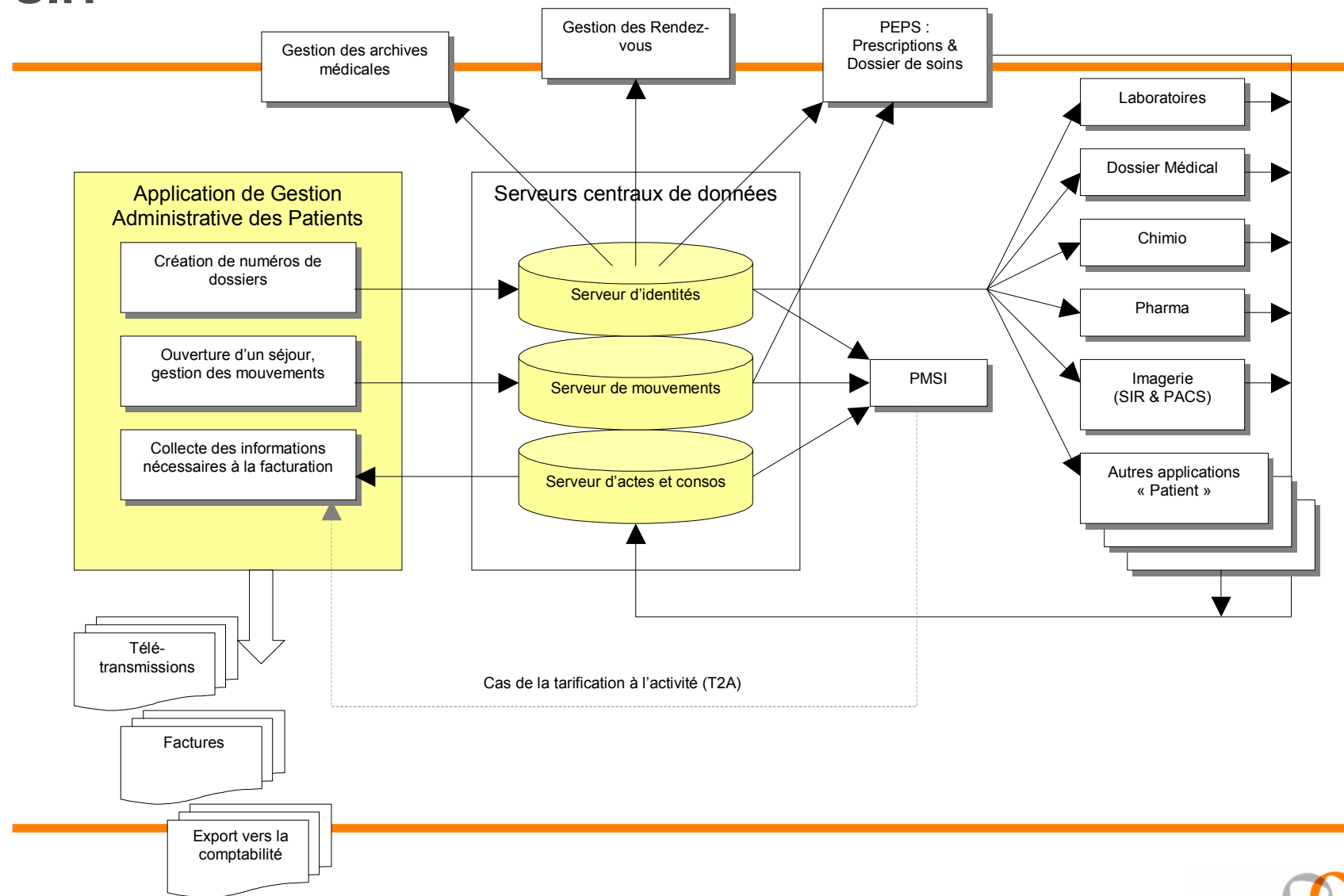
- 10 ans
- Incomplète
- Architecture évolutive : système non intégré, développement par processus métier
- Datawarehouse

Historique

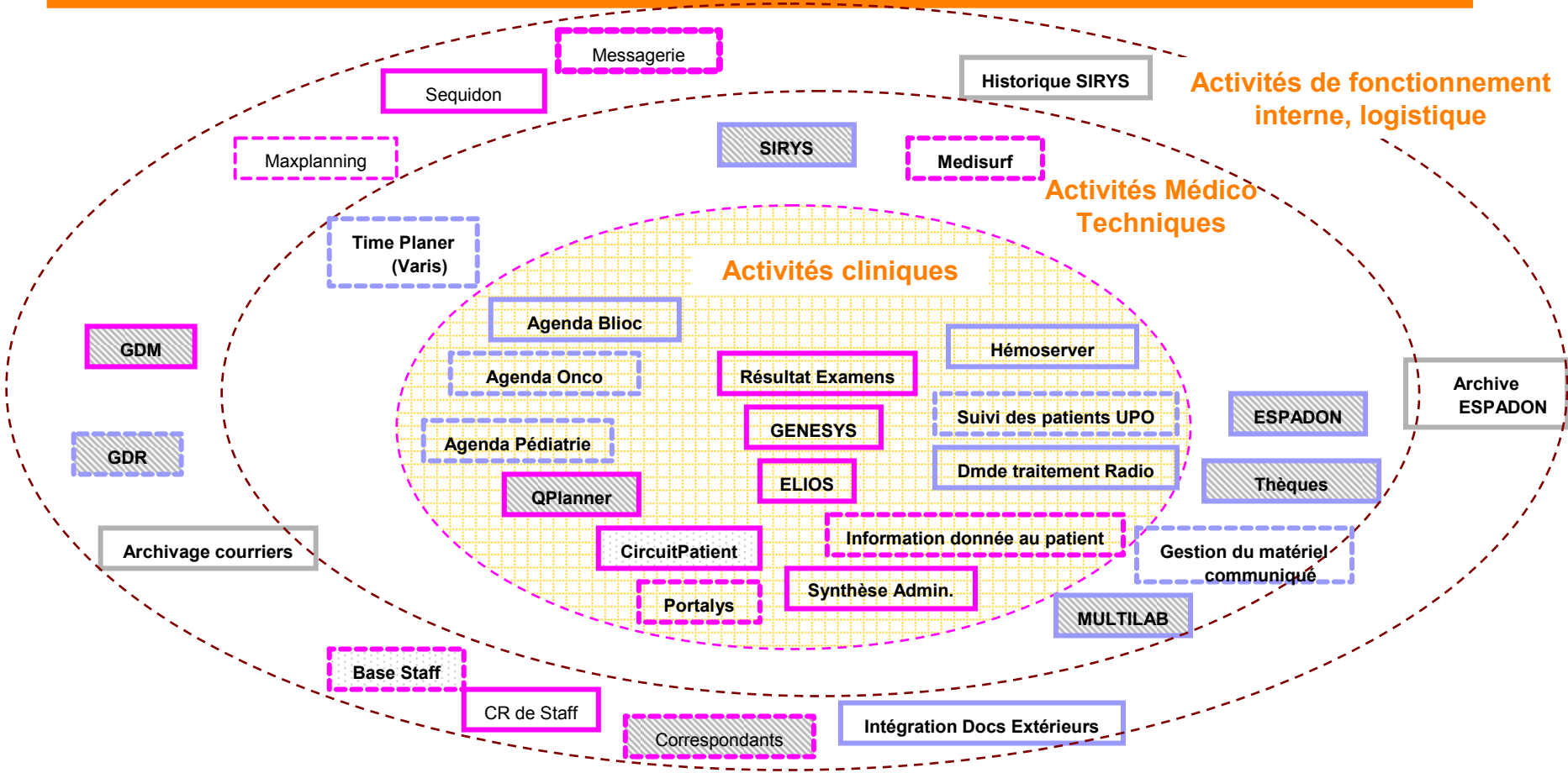
- Informatisation du DM (1999), Prisme (1999), DS(2003)
- volumétrie : 250 000 patients



SIH



Cartographie des applications « assistantes médicales »



Appli. Spécifiques Appli. Transversale Appli. Technique

Existant 1995

Perspectives QUADRIS

22 - Projet Quadris - Institut Curie - 3 juillet 2007

Outils existant de la démarche AQ...mais insuffisants

Identito vigilance

Base des doublons (Base Notes des doublons)

Centralisation des demandes de fusions, traitement manuel

Info vigilance

Contrôles à la source / mise en production → cohérence, pertinence, complétude

Évaluation (projet COMPAQH → complétude / réglementation)

Audits ciblés sur échantillon → exactitude

Procédures de recueil : « Guide des procédures de la tenue du dossier médical informatisé »
assistante médicale

Système vigilance

Différents ETL

Contrôles (manuels) d'exhaustivité inter bases

Mise en place des « indicateurs opérationnels » (ex : Liste des patients hospitalisés sans CRH...)
