

# SANTÉ

## ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

### Organisation

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

*Direction générale de l'offre de soins*

Sous-direction du pilotage  
de la performance de l'offre de soins

Bureau de la qualité  
et de la sécurité des soins (PF2)

### **Instruction DGOS/PF2 n° 2013-211 du 17 mai 2013 relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public, par l'établissement de santé, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins**

NOR : AFSH1313613J

Validée par le CNP le 17 mai 2013. – Visa CNP 2013-117.

*Catégorie* : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

*Résumé* : sur la base des articles L. 6144-1 et L. 6161-2 du code de la santé publique, l'arrêté du 5 mars 2013 fixe les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Le décret n° 2009-1763 du 30 décembre 2009 est relatif aux dispositions applicables en cas de non-respect de la mise à la disposition du public par l'établissement de santé des résultats de ces indicateurs. Cette instruction précise les modalités pratiques de la mise en application de l'arrêté du 5 mars 2013 ainsi que les objectifs nationaux à atteindre.

*Mots clés* : indicateurs de qualité et de sécurité des soins – établissement de santé – mise à la disposition du public – description opérationnelle de la mise à disposition des indicateurs – objectifs nationaux.

#### *Références* :

Articles L. 6144-1, L. 6161-2 et D. 6111-23 du code de la santé publique ;

Article 5 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) ;

Décret n° 2009-1763 du 30 décembre 2009 relatif aux dispositions applicables en cas de non-respect de la mise à disposition du public par les établissements de santé des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins ;

Arrêté du 5 mars 2013 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

Instruction DGOS/PF2 n° 2013-103 du 15 mars 2013 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2011.

*Texte abrogé* : instruction DGOS/PF2 n° 2012-259 du 29 juin 2012 relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public, par l'établissement de santé, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

#### *Annexes* :

Annexe I. – Description opérationnelle de mise à la disposition du public des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

Annexe II. – Fiches descriptives des indicateurs.

Annexe III. – Guide méthodologique contrôle qualité du recueil des indicateurs.

*La ministre des affaires sociales et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour attribution et diffusion); Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissement de santé (pour attribution); Mesdames et Messieurs les présidents de commission médicale d'établissement; conférences médicales d'établissement (pour attribution).*

La présente instruction a pour objet de préciser les modalités d'application de l'arrêté du 5 mars 2013 fixant les conditions selon lesquelles chaque établissement de santé met à la disposition du public les résultats publiés en 2012 et 2013 des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

## I. – OBJECTIFS DES DISPOSITIONS LÉGISLATIVES

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 prévoit que des indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont mis à la disposition du public par les établissements de santé chaque année (art. L. 6144-1 et L. 6161-2 du code de la santé publique).

Pour l'application de ces dispositions, deux textes ont été publiés :

- le décret n° 2009-1763 du 30 décembre 2009 relatif aux dispositions applicables en cas de non-respect de mise à la disposition du public par les établissements de santé des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins crée un article D. 6113-23 dans le code de la santé publique;
- l'arrêté du 5 mars 2013 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins publiés chaque année.

## II. – OBJECTIFS NATIONAUX

Des objectifs nationaux ont été déterminés pour les indicateurs cités dans l'arrêté du 5 mars 2013.

Pour les indicateurs du tableau de bord de lutte des infections nosocomiales version 2, les nouvelles classes de performance (A, B, C...) ont été élaborées à partir des données d'activités de 2010 des établissements de santé. Les objectifs nationaux à atteindre sont définis comme suit : les établissements doivent avoir atteint les meilleures classes de performance (classe A et B) pour les activités 2014.

Pour les indicateurs de qualité issus du dossier du patient hospitalisé en médecine, chirurgie ou obstétrique, en soins de suite et réadaptation, en psychiatrie, ou en HAD, les objectifs nationaux à atteindre pour les résultats 2011 (publiés en 2012), sont définis comme suit : les résultats doivent être significativement supérieurs à 80 %.

Concernant la prise en charge médicamenteuse de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë, l'objectif a été relevé en 2012 à 90 %.

L'objectif national à atteindre pour la sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques après un infarctus du myocarde est fixé à 80 %.

Enfin, l'objectif national concernant les indicateurs relatifs à la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral l'AVC (date et de heure de survenue des symptômes lors de la prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral; aspirine après un accident vasculaire cérébral ischémique; évaluation par un professionnel de la rééducation lors de la prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral) et ceux relatifs à la prise en charge des hémorragies du *post-partum* (prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement; surveillance clinique minimale en salle de naissance après l'accouchement) est également fixé à 80 %.

Les objectifs nationaux sont un minimum à atteindre pour les établissements. L'ARS est à même de fixer des objectifs régionaux qui peuvent être plus exigeants.

## III. – PUBLICATION NATIONALE

### 1. Présentation des résultats

Depuis 2012, les résultats relatifs aux indicateurs sur la qualité des prescriptions médicamenteuses après un infarctus du myocarde sont diffusés sous la forme d'un score agrégé : le score BASI. Ce score est calculé à partir d'une agrégation des résultats de quatre indicateurs relatifs aux prescriptions médicamenteuses. La HAS poursuit ses travaux d'agrégation de résultats, dans un objectif d'amélioration de l'information auprès du public, notamment autour des thématiques de la prise en charge des AVC et des hémorragies du *post-partum*.

Par ailleurs, des travaux sont menés sur l'évolution des règles de calcul des références nationales. Jusqu'à présent, les références nationales des indicateurs de qualité sont calculées par une moyenne arithmétique simple des scores moyens par établissement de santé. Cela induit un poids identique pour tous les établissements quel que soit leur nombre de dossiers éligibles et leur activité. Pour améliorer l'estimation des référentiels, il est nécessaire de tenir compte du plan de sondage réalisé (sondage aléatoire simple stratifié). Le calcul de la référence (nationale, régionale) intègre désormais le nombre de dossiers éligibles par établissement (*i.e.* prend en compte le volume d'activité de l'établissement). La prise en compte du plan de sondage permet :

- d'intégrer l'ensemble des ES participants au recueil dans l'estimation des références ;
- de comparer (classer) les ES avec des effectifs « faibles » (entre 10 et 30 dossiers inclus) par rapport au référentiel, actuellement non classés ;
- de présenter des moyennes régionales/nationales représentatives de l'activité ES.

## 2. Diffusion publique

Conformément aux dispositions de l'arrêté sus-cité, le site « Platines » ([www.platines.sante.gouv.fr](http://www.platines.sante.gouv.fr)), plate-forme d'information sur les établissements de santé) est le support de diffusion publique pour tous les établissements de santé en 2012.

L'article L. 161-37 de la LFSS du 27 décembre 2011 a confié à la HAS la mission de coordonner l'élaboration et d'assurer la diffusion d'une information adaptée sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé à destination des usagers et de leurs représentants. Dans ce cadre, la HAS pilote, en partenariat avec la DGOS, la création d'un nouveau site Internet d'information des usagers sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé. Ce site sera opérationnel à l'automne 2013 et sera désormais le support de diffusion publique pour tous les établissements de santé.

La date de mise à jour des résultats sur le site déclenche l'obligation de mise à la disposition du public des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans l'établissement de santé. L'annexe I présente les modalités de mise à la disposition du public des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins et le contenu obligatoire de la communication.

La date de mise à jour sera annoncée par communiqué de presse. En 2013, la publication nationale aura lieu en novembre sur le site d'information des usagers sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé.

Cette publication porte sur sept indicateurs du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales recueillis à partir des données 2012 et sur quinze indicateurs qualité recueillis une année sur deux et pilotés par la HAS (campagne de recueil 2012 [données 2011] ou campagne de recueil 2013 [données 2012], décrits dans l'arrêté du 5 mars 2013. Des informations complémentaires sur les établissements de santé seront également diffusées sur le site d'information des usagers de la HAS en lien avec les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (ex. : existence ou non d'IRM 24 heures sur 24, présence ou non d'unité neurovasculaire pour l'AVC).

Les indicateurs de l'arrêté du 5 mars 2013 sont décrits en annexe II de la présente circulaire.

Depuis 2013, l'ensemble des indicateurs généralisés font l'objet d'un contrôle qualité de leur recueil avant la diffusion publique de leurs résultats.

Au total, 10 % des établissements de santé font l'objet d'une validation des données déclarées des indicateurs après contrôle par l'ARS selon la procédure précisée dans l'annexe III (Guide méthodologique du contrôle qualité du recueil des indicateurs). Ce contrôle s'inscrit dans le cadre de l'orientation nationale 2013 pour le contrôle de la qualité des données ou déclarations sur les indicateurs généralisés des établissements de santé (HAS-DGOS) et vise à améliorer la fiabilité des données déclarées.

Des informations complémentaires peuvent être recueillies, sous le présent timbre, auprès de la direction générale de l'offre de soins.

Pour la ministre et par délégation :  
*Le directeur général de l'offre de soins,*  
J. DEBEAUPUIS

## ANNEXE I

### DESCRIPTION OPÉRATIONNELLE DE MISE À LA DISPOSITION DU PUBLIC DES RÉSULTATS DES INDICATEURS DE QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS

#### 1. La communication nationale

La communication nationale consiste notamment en une publication des résultats sur le site Internet de diffusion publique du ministère de la santé et de la Haute Autorité de santé pour l'ensemble des établissements de santé.

À partir de novembre 2013, un nouveau site Internet, piloté par la HAS pour la diffusion aux usagers d'une information sur la qualité des prises en charge, sera le support de diffusion publique pour tous les établissements de santé.

Sur ce site d'information des usagers sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé, les résultats des indicateurs seront actualisés, un export des données de l'établissement pourra être édité et servir de support de diffusion publique.

Dans un délai de deux mois à compter de cette date de publication nationale des indicateurs sur ce site Internet, chaque établissement de santé met à la disposition du public les résultats le concernant, accompagnés de données de comparaison, conformément à la publication nationale et à la présente annexe. Les fiches descriptives de ces indicateurs sont en annexe II.

Cette publication porte, en fonction de l'activité de l'établissement de santé, sur sept indicateurs du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales recueillis à partir des données 2012 et sur quinze indicateurs qualité recueillis une année sur deux et pilotés par la HAS (campagne de recueil 2012 [données 2011] ou campagne de recueil 2013 [données 2012], décrits dans l'arrêté du 5 mars 2013.

#### 2. Les communications régionales

En complément, une communication régionale des résultats pourra être faite sous l'égide de l'agence régionale de santé. Les objectifs nationaux sont un minimum à atteindre pour les établissements. L'ARS est à même de fixer des objectifs régionaux qui peuvent être plus exigeants.

#### 3. Les modalités de mise à la disposition du public des résultats par l'établissement

##### *Diffusion au sein de l'établissement notamment auprès des instances et comités*

Dès la mise à disposition par l'ATIH les résultats annuels des indicateurs doivent être présentés et commentés en interne avec des représentants des usagers de l'établissement, des professionnels et des instances, notamment à la commission ou conférence médicale d'établissement, à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge et à la commission des soins infirmiers, rééducation et médicaux techniques.

##### *Diffusion au public*

Dès la publication grand public des résultats des indicateurs, en novembre 2013 au niveau national sur le site d'information des usagers sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé, l'établissement organise la communication.

Cette communication doit nécessairement comprendre les derniers résultats disponibles des indicateurs cités dans l'annexe de l'arrêté du 5 mars 2013 pour lesquels l'établissement est concerné, à savoir:

- les sept indicateurs du tableau de bord de lutte des infections nosocomiales (généralisation sous le pilotage du ministère de la santé), données de l'activité 2012:
  - ICALIN.2 (indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales version 2);
  - ICSHA.2 (indicateur de consommation de produits hydroalcooliques version 2);
  - ICA-BMR (indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes);
  - ICA-LISO (indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire);
  - ICATB (indicateur composite de bon usage des antibiotiques);
  - score agrégé, élaboré à partir des résultats de chacun des indicateurs sus-cités;
  - indice SARM (taux triennal de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline et tendance annuelle);

- les quinze indicateurs de qualité (généralisation sous le pilotage de la HAS) issus du dossier du patient hospitalisé en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) ou en soins de suite et de réadaptation (SSR) ou de santé mentale adulte (PSY), ou à domicile (HAD):
  - indicateurs recueillis à partir des données de 2011 et diffusés en 2012:
    - tenue du dossier patient MCO, HAD, SSR, PSY;
    - délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation MCO, HAD, SSR, PSY;
    - traçabilité de l'évaluation de la douleur MCO, HAD, SSR;
    - dépistage des troubles nutritionnels MCO, HAD, SSR, PSY;
    - tenue du dossier anesthésique;
    - traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre HAD;
    - réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie;
  - indicateurs recueillis à partir des données de 2012 et diffusés en 2013:
    - date et de heure de survenue des symptômes lors de la prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral;
    - aspirine après un accident vasculaire cérébral ischémique;
    - évaluation par un professionnel de la rééducation lors de la prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral;
    - tenue du dossier du patient dans le cadre de la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral;
    - prescriptions médicamenteuses appropriées après un infarctus du myocarde;
    - sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques après un infarctus du myocarde;
    - prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement;
    - surveillance clinique minimale en salle de naissance après l'accouchement.

Dès l'entrée dans l'établissement de santé, les usagers doivent pouvoir prendre connaissance des résultats des indicateurs de l'établissement.

La mise à disposition est obligatoire.

Les supports de communication doivent être :

- des voies d'affichage dans le hall d'accueil, le bureau des entrées et les urgences;
- un dossier remis à l'admission du patient ou un feuillet inséré dans le livret d'accueil qui sera mis à jour en tant que de besoin;
- la mise en ligne sur le site internet de l'établissement de santé, le cas échéant.

La publication des résultats des indicateurs peut également être complétée dans le cadre :

- d'une information dans une publication de presse locale;
- d'un communiqué de presse, transmis notamment aux associations d'usagers;
- d'une diffusion d'une « lettre d'information » propre à l'établissement concerné.

Les résultats, qui devront apparaître de façon distincte et liminaire dans les différents documents, peuvent être accompagnés de la présentation des actions significatives conduites au sein de l'établissement de santé dans le champ de la qualité et des domaines couverts par les indicateurs de qualité.

Seront également publiées sur le site dédié à l'information des usagers sur la prise en charge dans les établissements de santé, en lien avec la publication des indicateurs de qualité et de sécurité de la prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral, les informations suivantes non concernées par l'arrêté du 5 mars 2013 :

- la présence d'unité neurovasculaire;
- l'existence d'IRM 24 heures sur 24.

## ANNEXE II

### FICHES DESCRIPTIVES DES INDICATEURS DE QUALITÉ ET DE SÉCURITÉ DES SOINS

#### Sommaire

##### **Indicateurs recueillis en 2013, à partir des données 2012**

Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales version 2 (ICALIN.2).  
Indicateur de consommation de solutions hydroalcooliques version 2 (ICSHA.2).  
Indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB).  
Indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes (ICA-BMR).  
Indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire (ICA-LISO).  
Score agrégé.  
Taux triennal de *Staphylococcus aureus* résistant à la pénicilline (indice SARM).

##### **Indicateurs recueillis à partir des données de 2011 et diffusés en 2012 et 2013**

Tenue du dossier patient (TDP) dans le secteur MCO.  
Tenue du dossier patient (TDP) dans le secteur SSR.  
Tenue du dossier patient adulte (TDP) dans le secteur HAD.  
Tenue du dossier patient adulte (TDP) dans le secteur PSY.  
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC).  
Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD).  
Dépistage des troubles nutritionnels chez l'adulte (DTN).  
Évaluation du risque d'escarre chez l'adulte en HAD (TRE).  
Tenue du dossier anesthésique (TDA).  
Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie (RCP).

##### **Indicateurs recueillis à partir des données 2012 et diffusés en 2013**

Prescriptions médicamenteuses appropriées après un infarctus du myocarde (BASI 2).  
Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques après un infarctus du myocarde (HYG).  
Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement (DEL).  
Surveillance clinique minimale en salle de naissance après l'accouchement (SURMIN).  
Date et heure de survenue des symptômes lors de la prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral (DHS).  
Aspirine après un accident vasculaire cérébral ischémique (ASP).  
Évaluation par un professionnel de la rééducation lors de la prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral (EPR).  
Tenue du dossier du patient dans le cadre de la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral (AVC-TDP).



FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR COMPOSITE DES ACTIVITÉS DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES VERSION 2 (ICALIN.2)

Définition	<p>Pour chaque établissement le score ICALIN.2 (indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales version 2) remplace l'indicateur composite d'activité de lutte contre les infections nosocomiales version 1). Cet indicateur, présenté sous la forme d'une note sur 100 et d'une classe de performance (A à F) objective l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales (IN) dans l'établissement, les moyens mobilisés et les actions mises en œuvre.</p> <p>Il ne s'agit pas du taux d'infections nosocomiales.</p>
Le résultat: score chiffré	<p>Il est calculé à partir de trois sous-chapitres: organisation (O: 20 points), moyens (M: 30 points) et actions (A: 50 points) pour un total de 100 points à partir de 55 critères relatifs à:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'organisation: <ul style="list-style-type: none"> <li>- la politique et l'implication des instances;</li> <li>- l'équipe opérationnelle d'hygiène;</li> <li>- l'information des usagers et du patient;</li> <li>- le signalement des infections nosocomiales.</li> </ul> </li> <li>2. Les moyens: <ul style="list-style-type: none"> <li>- humains;</li> <li>- matériel;</li> <li>- formation du personnel.</li> </ul> </li> <li>3. Les actions sur: <ul style="list-style-type: none"> <li>- prévention et d'évaluation relatives à: <ul style="list-style-type: none"> <li>- protection du personnel;</li> <li>- hygiène des mains;</li> <li>- précautions standard et complémentaires;</li> <li>- infections associées aux gestes invasifs;</li> <li>- environnement;</li> </ul> </li> <li>- la surveillance;</li> <li>- analyse approfondie des causes d'un événement infectieux grave.</li> </ul> </li> </ol>
La classe de performance	<p>Les résultats sont rendus sous forme de classe de performance par catégories d'établissement de santé (centres hospitaliers universitaires, centres hospitaliers, cliniques de médecine et de chirurgie de plus ou moins de 100 lits, centres de lutte contre le cancer...) en fonction des missions, des activités et de la taille des établissements.</p> <p>Les bornes des classes A à E ont été établies selon une méthode statistique reposant sur les centiles de distribution de chaque catégorie d'établissement de santé (centile 20 - 40 - 60 - 80) à partir des données des bilans 2010 (réalisé sur 2 809 établissements). Ces bornes de classes ne changeront pas au fil des années, afin de visualiser les changements de classe des établissements d'une année sur l'autre, qu'il s'agisse d'une progression ou d'une régression:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la classe A comprend les établissements les plus en avance et ayant l'organisation de la prévention du risque infectieux la plus élaborée;</li> <li>- la classe E, les structures les plus en retard pour la prise en compte par l'établissement de la prévention du risque infectieux;</li> <li>- les établissements n'envoyant pas leur bilan sont classés comme non répondant ou en classe F.</li> </ul> <p>Les classes de performances sont symbolisées par les étoiles</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>3 étoiles bleues symbolisent les meilleures classes (A et B);</li> <li>2 étoiles bleues symbolisent la classe intermédiaire;</li> <li>1 étoile bleue symbolise les classes les moins bonnes (D et E).</li> </ul> <p>La classe F (les non-répondants) n'a aucune étoile bleue.</p>
Critère d'inclusion	Tous les établissements de santé.
Critère d'exclusion	Aucun établissement de santé n'est exclu.
Type d'indicateurs	Indicateur de processus. Indicateur composite. Ajustement en fonction du type d'établissement.
Importance du thème	Cet indicateur permet d'inciter tous les établissements de santé à finaliser la mise en place d'un dispositif efficace de prévention des infections nosocomiales. Il permet aussi un suivi dans le temps et des comparaisons entre établissements de même catégorie, facteurs d'amélioration de la qualité et de sécurité.
<b>MODE D'ÉVALUATION DES CRITÈRES</b>	
<p>Ce premier indicateur est calculé à partir du bilan standardisé annuel de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements de santé diffusé par voie réglementaire.</p> <p>Un cahier des charges définit, pour chacun des critères constitutifs de l'indicateur, les modalités de remplissage. Les hétérogénéités d'interprétation entre les établissements de santé sont ainsi réduites.</p> <p>Annuellement, 10 % des établissements de santé au niveau national font l'objet d'une validation externe par l'ARS.</p>	

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR DE CONSOMMATION DE SOLUTIONS HYDROALCOOLIQUES VERSION 2 (ICSHA.2)

Définition	L'indicateur ICSHA.2 présenté sous la forme d'un pourcentage (%) et d'une classe de performance (A à F) est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains (selon une technique de référence).
Le résultat : score chiffré	L'ICSHA.2, exprimé en pourcentage, est le rapport entre le volume de produits hydroalcooliques (PHA) consommés réellement par l'établissement et l'objectif personnalisé de consommation vers lequel l'établissement doit tendre. Celui-ci est déterminé à partir d'un référentiel national prenant en compte les types d'activités de l'établissement. Ce rapport en pourcentage est transformé en note sur 100 pour harmoniser l'affichage avec les autres indicateurs tous exprimés en note sur 100.
La classe de performance	Des classes de performance sont définies de A à F. Lorsque l'ICSHA.2 est supérieur à 80 % de l'objectif personnalisé, la classe de performance est égale à A. Entre 60 % et 80 %, la classe est égale à B, entre 40 % et 60 %, la classe est égale à C, entre 20 % et 40 %, la classe est égale à D. Lorsque l'ICSHA.2 est inférieur à 20 % de l'objectif personnalisé, la classe de performance est égale à E. La classe F regroupe les établissements pour lesquels les données (volume consommé ou nombre de journées d'hospitalisation par discipline) ne sont pas disponibles. Les établissements classés en A sont les établissements les plus en avance dans l'utilisation des produits hydroalcooliques. Les établissements de santé notés « NA » sont les établissements non concernés pour cet indicateur. Les classes de performances sont symbolisées par les étoiles : 3 étoiles bleues symbolisent les meilleures classes (A et B); 2 étoiles bleues symbolisent la classe intermédiaire; 1 étoile bleue symbolise les classes les moins bonnes (D et E). La classe F (les non-répondants) n'a aucune étoile bleue.
Critères d'inclusion	Établissement de santé pour lesquels des recommandations relatives au nombre de frictions par patient et par jour, et les journées d'hospitalisation sont disponibles. Médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, urgences (par passage). Réanimation (frictions supplémentaires par rapport à la médecine – chirurgie). Soins de suite, réadaptation fonctionnelle, soins de longue durée. Hôpital de jour de médecine, chirurgie, obstétrique, soins de suite. HAD (par jour). Bloc chirurgical (1 par entrée en service de chirurgie, et par entrée en HDJ). Accouchement sans ou avec césarienne. Séance de chimiothérapie ou d'hémodialyse.
Critères d'exclusion	Maison d'enfants à caractère sanitaire spécialisée (MECSS). Établissement de postcure alcoolique exclusive.
Type d'indicateurs	Indicateur de moyens. Ajustement sur les types d'activités.
Importance du thème	La consommation de produits hydroalcooliques reflète l'appropriation de la technique de désinfection des mains par un produit hydroalcoolique qui remplace le lavage des mains à l'eau et au savon. L'utilisation large des PHA, technique à la fois rapide et efficace, améliore la mise en pratique de l'hygiène des mains et contribue à la diminution des infections nosocomiales et celles associées aux bactéries multirésistantes. L'objectif personnalisé est défini en fonction du type d'activité de l'établissement de santé et du nombre de frictions recommandées pour chacune de ces activités par jour et par patient. Le nombre de friction va augmenter de façon progressive sur quatre ans pour certaines activités.
<b>MODE D'ÉVALUATION DES CRITÈRES</b>	
Cet indicateur est calculé à partir du bilan standardisé annuel de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements de santé et diffusé par voie réglementaire. Un cahier des charges définit, pour chacun des critères constitutifs de l'indicateur, les modalités de remplissage. Les hétérogénéités d'interprétation entre les établissements de santé sont ainsi réduites. Annuellement, 10 % des établissements de santé au niveau de chaque région font l'objet d'une validation externe par l'ARS.	



FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR COMPOSITE DE BON USAGE  
DES ANTIBIOTIQUES (ICATB)

Définition	Cet indicateur est calculé sous la forme d'une note sur 100 et d'une classe de performance (A à F), objective le niveau d'engagement d'un établissement de santé dans une stratégie d'optimisation de l'efficacité des traitements antibiotiques. C'est un indicateur de 1 <sup>re</sup> génération, qui doit être remplacé par un indicateur version 2 (ICATB2). Il ne mesure pas le taux de résistance des bactéries aux antibiotiques.
Le résultat: score chiffré	ICATB est composé de trois chapitres: organisation (O: 20 points); moyens (M: 40 points); actions (A: 40 points), pondérés de façon identique pour un total de 100 points à partir de 11 critères relatifs: 1. À l'organisation: existence d'une « commission antibiotiques », dont le nombre de points varie en fonction du nombre de réunions tenues au cours de l'année. 2. Aux moyens, qui sont fonction de l'existence: – d'un référent en antibiothérapie; – d'un système d'information, qui se traduit par une connexion informatique et une prescription du médicament informatisée; – d'une formation des nouveaux prescripteurs. 3. Aux actions en lien avec: – la prévention, fondée sur: – des protocoles relatifs aux antibiotiques dont la pondération varie en fonction du type d'établissement; – l'existence d'une liste d'antibiotiques disponibles; – l'existence d'une liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée avec durée limitée; – la surveillance, qui concerne la consommation des antibiotiques; – l'évaluation de la prescription des antibiotiques.
La classe de performance	Les résultats sont rendus par catégories d'établissement de santé (centres hospitaliers universitaires, centres hospitaliers, cliniques de médecine et de chirurgie de plus ou moins de 100 lits, centres de lutte contre le cancer...) sous forme de classe de performance de A à E. Les bornes des classes A à E ont été établies selon une méthode statistique reposant sur les centiles de distribution de chaque catégorie d'établissement de santé (centiles 10 - 30 - 70 - 90) à partir des données des bilans 2006 (réalisé sur 2 290 établissements). Ces bornes de classes ne changeront pas au fil des années, afin de visualiser les changements de classe des établissements d'une année sur l'autre, qu'il s'agisse d'une progression ou d'une régression: – la classe A comprend les établissements les plus en avance et ayant le niveau d'engagement le plus élevé pour optimiser l'efficacité des traitements antibiotiques; – la classe E, les structures les plus en retard pour la prise en compte par l'établissement de l'optimisation de l'efficacité des traitements antibiotiques; – les établissements n'envoyant pas leur bilan sont classés comme non-répondants ou en classe F. Les classes de performances sont symbolisées par les étoiles: 3 étoiles bleues symbolisent les meilleures classes (A et B); 2 étoiles bleues symbolisent la classe intermédiaire; 1 étoile bleue symbolise les classes les moins bonnes (D et E); La classe F (les non-répondants) n'a aucune étoile bleue.
Critères d'inclusion	Établissement ayant des prescriptions à usage interne et dont la prescription d'antibiotiques est fréquente.
Critères d'exclusion	Établissement d'hospitalisation à domicile (HAD). Établissement d'hémodialyse. Établissement ambulatoires. Maison d'enfants à caractère sanitaire et social (MECSS). Établissement de posture alcoolique exclusive.
Type d'indicateurs	Indicateur de processus. Indicateur composite.
Importance du thème	La France était en 2001 le pays européen qui consommait le plus d'antibiotiques et possédait un des taux les plus élevés de résistance bactérienne, tant en ville qu'à l'hôpital. Cet indicateur reflète le niveau d'engagement de l'établissement de santé, dans une démarche visant à optimiser l'efficacité des traitements antibiotiques. Ce bon usage associe des objectifs de bénéfice individuel pour le patient (meilleur traitement possible) et de bénéfice collectif (limitation de l'émergence de bactéries résistantes). La version 2 de l'indicateur prendra en compte le plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016.
<b>MODE D'ÉVALUATION DES CRITÈRES</b>	
Cet indicateur est calculé à partir du bilan standardisé annuel de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements de santé diffusé par voie réglementaire. Un cahier des charges définit, pour chacun des critères constitutifs de l'indicateur, les modalités de remplissage. Les hétérogénéités d'interprétation entre les établissements de santé sont ainsi réduites. Annuellement, 10 % des établissements de santé au niveau de chaque région font l'objet d'une validation externe par l'ARS.	

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR COMPOSITE DE MAÎTRISE DE LA DIFFUSION DES BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES (ICA-BMR)

Définition	Cet indicateur présenté sous la forme d'une note sur 100 et d'une classe de performance (A à F) objective l'organisation pour la maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes, les moyens mobilisés et les actions mise en œuvre par l'établissement.
Le résultat : score chiffré	ICA-BMR est composé de trois sous-chapitres organisation (32 points) ; moyens (28 points) et action (40 points), pondérés pour un total de 100 points à partir de 11 critères relatifs : 1. A l'organisation avec la définition d'une politique de maîtrise des BMR qui définit la liste des BMR prioritaires, d'une politique de dépistage des BMR en fonction de l'activité et enfin d'un plan activable en cas de détection d'un phénomène émergent à haut risque infectieux. 2. Aux moyens d'information : – entre le laboratoire de biologie, le secteur d'activités et l'EOH ; – du patient ; – lors d'un transfert inter, intra-établissement et en cas de réadmission. 3. Aux actions en termes de : – prévention fondée sur des protocoles relatifs aux précautions recommandées lors d'une colonisation ou infection d'un patient par une BMR ; – la surveillance des taux.
Classes de performance	Les résultats sont rendus, sous forme de classe de performance de A à E, par catégorie d'établissement de santé (centres hospitaliers universitaires, centres hospitaliers, cliniques de médecine et de chirurgie de plus ou moins de 100 lits, centres de lutte contre le cancer...) en fonction des missions, des activités et de la taille des établissements de santé. Les bornes des classes A à E ont été établies selon une méthode statistique reposant sur les centiles de distribution de chaque catégorie d'établissement de santé (centiles 20 - 40 - 60 - 80) à partir des données des bilans 2010 (réalisé sur 2 809 établissements). Ces bornes de classes ne changeront pas au fil des années, afin de visualiser les changements de classe des établissements d'une année sur l'autre, qu'il s'agisse d'une progression ou d'une régression : – la classe A comprend les établissements les plus en avance et ayant le niveau d'engagement le plus élevé pour la maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes ; – la classe E, les structures les plus en retard pour la prise en compte, par l'établissement, pour la maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes ; – les établissements n'envoyant pas leur bilan sont classés comme non-répondants ou en classe F. Les classes de performances sont symbolisées par les étoiles : 3 étoiles bleues symbolisent les meilleures classes (A et B) ; 2 étoiles bleues symbolisent la classe intermédiaire ; 1 étoile bleue symbolise les classes les moins bonnes (D et E). La classe F (les non-répondants) n'a aucune étoile bleue.
Critères d'inclusion	Centres hospitaliers universitaires. Centres hospitaliers, cliniques de médecine et de chirurgie de plus ou moins de 100 lits. SSR-SLD. Centres de lutte contre le cancer. Établissement d'hospitalisation à domicile (HAD). Établissement d'hémodialyse.
Critères d'exclusion	Maison d'enfants à caractère sanitaire et social (MECSS). Établissement exclusivement ambulatoires. Établissement de postcure alcoolique exclusive.
Type d'indicateurs	Indicateur de processus. Indicateur composite.
Importance du thème	La France était en 2001 le pays européen qui consommait le plus d'antibiotiques et possédait un des taux les plus élevés de résistance bactérienne, tant en ville qu'à l'hôpital. Cet indicateur reflète le niveau d'engagement de l'établissement de santé, dans une démarche visant à optimiser l'efficacité des traitements antibiotiques. Ce bon usage associe des objectifs de bénéfice individuel pour le patient (meilleur traitement possible) et de bénéfice collectif (limitation de l'émergence de bactéries résistantes).
<b>MODE D'ÉVALUATION DES CRITÈRES</b>	
Cet indicateur est calculé à partir du bilan standardisé annuel de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements de santé diffusé par voie réglementaire. Un cahier des charges définit, pour chacun des critères constitutifs de l'indicateur, les modalités de remplissage. Les hétérogénéités d'interprétation entre les établissements de santé sont ainsi réduites. Annuellement, 10 % des établissements de santé au niveau de chaque région font l'objet d'une validation externe par l'ARS.	

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR COMPOSITE DE LUTTE  
CONTRE LES INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE (ICA-LISO)

Définition	Cet indicateur remplace l'indicateur SURVISO (surveillance des infections du site opératoire), indicateur de 1 <sup>re</sup> génération. Présenté sous la forme d'une note sur 100 et d'une classe de performance (A à F), il objective l'organisation pour la prévention des infections postopératoires en chirurgie ou en obstétrique, les moyens mobilisés et les actions mises en œuvre par l'établissement. Il ne permet pas de mesurer la fréquence des infections du site opératoire.
Le résultat : score chiffré	ICA-LISO est composé de trois sous-chapitres organisation (16 points); moyens (10 points), actions (74 points), pondérés pour un total de 100 points à partir de 15 critères relatifs: 1. A l'organisation entre les chirurgiens, l'EOH et le CME. 2. Aux moyens en termes de système d'information. 3. Aux actions en termes de: – prévention fondée sur des protocoles relatifs aux précautions recommandées au bloc opératoire (préparation cutanée de l'opéré, antibioprofylaxie...); – surveillance des taux; – d'évaluation des pratiques.
Classes de performance	Les résultats sont rendus, sous forme de classe de performance, par catégorie d'établissements concernés par une activité chirurgicales et/ou obstétricale (centres hospitaliers universitaires, centres hospitaliers, cliniques de médecine et de chirurgie de plus ou moins de 100 lits, centres de lutte contre le cancer...) en fonction de la taille des établissements de santé. Les bornes des classes A à E ont été établies selon une méthode statistique reposant sur les centiles de distribution de chaque catégorie d'établissement de santé (centiles 20 - 40 - 60 - 80) à partir des données des bilans 2010. Ces bornes de classes ne changeront pas au fil des années, afin de visualiser les changements de classe des établissements d'une année sur l'autre, qu'il s'agisse d'une progression ou d'une régression: – la classe A comprend les établissements les plus en avance et ayant l'organisation de la prévention des infections postopératoires en chirurgie ou en obstétrique la plus élaborée; – la classe E, les structures les plus en retard pour la prise en compte par l'établissement de l'organisation de la prévention des infections postopératoires en chirurgie ou en obstétrique; – les établissements n'envoyant pas leur bilan sont classés comme non répondants ou en classe F. Les classes de performance sont symbolisées par les étoiles: 3 étoiles bleues symbolisent les meilleures classes (A et B); 2 étoiles bleues symbolisent la classe intermédiaire; 1 étoile bleue symbolise les classes les moins bonnes (D et E). La classe F (les non-répondants) n'a aucune étoile bleue.
Critères d'inclusion	Établissement de santé ayant une activité chirurgicale ou obstétricale.
Critères d'exclusion	Établissement de santé sans activité chirurgicale ou obstétricale.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Indicateur composite.
Importance du thème	Si en France le risque d'infection du site opératoire (ISO) est peu fréquent (6 patients opérés sur 500, soit un taux de 1,16 % selon les données du RAISIN - 2008), ces infections sont toutefois au 3 <sup>e</sup> rang des infections nosocomiales recensées lors de la dernière enquête nationale de prévalence de 2006. Leur surveillance est donc une priorité dans les établissements de santé ayant une activité chirurgicale ou obstétricale. L'indicateur ICA-LISO rend visible l'engagement de l'établissement dans une démarche d'évaluation et d'amélioration des pratiques et de maîtrise du risque infectieux en chirurgie pour les établissements de santé ayant une activité chirurgicale ou obstétricale.
<b>MODE D'ÉVALUATION DES CRITÈRES</b>	
Cet indicateur est calculé à partir du bilan standardisé annuel de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements de santé diffusé par voie réglementaire. Un cahier des charges définit, pour chacun des critères constitutifs de l'indicateur, les modalités de remplissage. Les hétérogénéités d'interprétation entre les établissements de santé sont ainsi réduites. Annuellement, 10 % des établissements de santé au niveau de chaque région font l'objet d'une validation externe par l'ARS.	

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR : SCORE AGRÉGÉ - RÉSULTATS 2012

Définition	<p>Cet indicateur présenté sous la forme d'une note sur 100 et d'une classe de performance (A à E) simplifiée et synthétise en un score unique:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les indicateurs de processus:</li> <li>- ICALIN.2: Indicateur composite d'activités de lutte contre les infections nosocomiales;</li> <li>- ICATB: Indicateur composite de bon usage des antibiotiques;</li> <li>- ICA-LISO: Indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire;</li> <li>- ICA-BMR: Indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes;</li> <li>- l'indicateur de moyens ICSHA 2: indicateur de consommation des solutions hydro- alcooliques.</li> </ul> <p>Il ne s'agit pas du taux des infections nosocomiales.</p>
Le résultat: score chiffré	<p>Le résultat est un score chiffré sur 100, calculé à partir des résultats chiffrés des cinq indicateurs suscités et pondérés en fonction de l'activité de l'établissement. Pour exemple, un établissement concerné par les 5 indicateurs aura son score agrégé pour ses résultats 2012, calculé selon la formule suivante:</p> $\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN.2} \times 0,35) + (\text{ICSHA.2} \times 0,20) + (\text{ICATB} \times 0,20) + (\text{ICA-BMR} \times 0,10) + (\text{ICA-LISO} \times 0,15)$
La classe de performance	<p>Les résultats sont rendus, sous forme de classe de performance, par catégorie d'établissements (centres hospitaliers universitaires, centres hospitaliers, cliniques de médecine et de chirurgie de plus ou moins de 100 lits, centres de lutte contre le cancer...) en fonction des missions, des activités et de la taille des établissements de santé.</p> <p>Les bornes des classes A à E ont été établies selon une méthode statistique reposant sur les centiles de distribution de chaque catégorie d'établissements de santé (centiles 20 - 40 - 60 - 80) à partir des données des bilans 2010 (réalisés sur 2 809 établissements). Ces bornes de classes ne changeront pas au fil des années, afin de visualiser les changements de classe des établissements d'une année sur l'autre, qu'il s'agisse d'une progression ou d'une régression:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la classe A comprend les établissements les plus en avance et ayant l'organisation de la prévention du risque infectieux la plus élaborée;</li> <li>- la classe E, les structures les plus en retard pour la prise en compte par l'établissement de la prévention du risque infectieux;</li> <li>- les établissements n'envoyant pas leur bilan sont classés comme non-répondants ou en classe F.</li> </ul> <p>Les classes de performance sont symbolisées par les étoiles:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>3 étoiles bleues symbolisent les meilleures classes (A et B);</li> <li>2 étoiles bleues symbolisent la classe intermédiaire;</li> <li>1 étoile bleue symbolise les classes les moins bonnes (D et E).</li> </ul> <p>La classe F (les non-répondants) n'a aucune étoile bleue.</p>
Critères d'inclusion	Tous les établissements de santé concernés par au moins deux des cinq indicateurs entrant dans le calcul du score agrégé.
Critères d'exclusion	Les établissements concernés que par un seul indicateur.
Type d'indicateur	Indicateur composite. Ajustement en fonction du type d'établissement.
Importance du thème	Il permet de lire différemment, en les rendant lisible, en une seule fois, les cinq indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales que sont ICALIN.2 (indicateur composite de lutte contre les infections nosocomiales), ICSHA.2 (indicateur de consommation en solutions hydroalcooliques), ICATB (indicateur de bon usage des antibiotiques), ICA-BMR (indicateurs composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes) et ICA-LISO (Indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire).
<b>MODE D'ÉVALUATION DES CRITÈRES</b>	
<p>Cet indicateur est calculé à partir du bilan standardisé annuel de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements de santé, diffusé par voir réglementaire.</p> <p>Un cahier des charges définit, pour chacun des critères constitutifs des indicateurs, ICALIN.2, ICSHA.2, ICA-BMR, ICATB et ICA-LISO, les modalités de remplissage. Les hétérogénéités d'interprétation entre les établissements de santé sont ainsi réduites.</p> <p>Annuellement, 10 % des établissements de santé au niveau de chaque région font l'objet d'une validation externe par l'ARS.</p>	

FICHE DESCRIPTIVE DU TAUX TRIENNAL DE *STAPHYLOCOCCUS AUREUS*  
RÉSISTANT À LA MÉTICILLINE (INDICE SARM)

Définition	<p>Le taux triennal <i>Staphylococcus aureus</i> (staphylocoques dorés) résistant à la méticilline (SARM) et sa classe de performance reflètent le risque de colonisation à SARM qui dépend du type d'activités réalisées et du type de patients pris en charge (notamment de patients déjà porteurs de SARM). L'indicateur SARM est présenté sous la forme d'un taux défini par le nombre de patients hospitalisés chez lesquels au moins une souche de <i>Staphylococcus aureus</i> (staphylocoques dorés) résistant à la méticilline (SARM) a été isolée dans l'année, au sein d'un prélèvement à visée diagnostique, rapporté à 1 000 journées d'hospitalisation.</p> <p>Le taux et sa classe permettent à l'établissement de se comparer aux établissements de même catégorie. Il reflète la pression de sélection globale de l'établissement.</p> <p>Le taux est accompagné d'une évolution de tendance des taux annuels.</p> <p>Cette tendance évolutive reflète de façon plus sélective la maîtrise des SARM acquis.</p>
Le résultat: score chiffré	<p>Cet indicateur est un indice triennal, calculé à partir des données recueillies sur trois ans (les variations annuelles au sein d'un même établissement peuvent être importantes d'une année à l'autre. Un taux triennal permet de « lisser » ces variations).</p> <p>Il est accompagné d'une évolution de tendance des taux annuels.</p> <p>L'indice SARM pour 1 000 journées d'hospitalisation est calculé à partir des données des années 2010, 2011 et 2012:</p> $\frac{\text{Nombre de SARM déclarés en 2010, 2011 et 2012}}{\text{Nombre de journées d'hospitalisation en 2010, 2011 et 2012}}$ <p>Le taux de SARM dépend:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- du nombre de SARM dits importés (patients infectés venant d'un autre hôpital ou de la communauté);</li> <li>- du nombre de SARM dits acquis (reflet de la prévention de la diffusion des SARM d'un patient à l'autre et de la politique de maîtrise de la prescription des antibiotiques).</li> </ul>
Une classe de performance	<p>Les résultats sont rendus, sous forme de classe de performance, par catégorie d'établissements (centres hospitaliers universitaires, centre hospitaliers, cliniques de médecine et de chirurgie de plus ou moins de 100 lits...) en fonction des missions, des activités et de la taille des établissements de santé.</p> <p>Les classes de performance reposent sur les classes de percentiles (10, 30, 70, 90) calculées à partir du taux triennal 2005-2006-2007 (correspondant à l'indice SARM 2007).</p> <p>Les bornes inférieures et supérieures de classes ne changent pas au fil des années afin de visualiser les évolutions de classe d'établissements de santé d'une année sur l'autre.</p> <p>La classe A correspond aux établissements qui ont le taux triennal de SARM le plus faible.</p> <p>La classe E correspond aux établissements de santé ayant le taux triennal de SARM le plus haut.</p>
Critère d'inclusion	Tous les établissements de santé sont concernés par la maîtrise des SARM qui identifient un nombre suffisant de SARM en raison de leur nature et ou de leur volume d'activités.
Critère d'exclusion	<p>Ceux ayant réalisé moins de 30 000 journées d'hospitalisation complète par an (soit 90 000 journées d'hospitalisation sur trois ans).</p> <p>Les catégories d'établissements suivants : hospitalisation à domicile, établissements exclusivement ambulatoires, maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé, psychiatrie et hémodialyse et les établissements postcures alcooliques.</p>
Type d'indicateurs	Indicateur de résultats.
Importance du thème	<p>Ce premier indicateur de résultat du tableau de bord permet d'inciter tous les établissements à évaluer leur politique en matière de prévention de la diffusion des bactéries multi-résistantes. L'association de classes de performance et l'évolution de tendance permet à chaque établissement de se positionner par rapport aux établissements de même catégorie tout en visualisant les variations au cours du temps de son propre taux.</p>
<b>MODE D'ÉVALUATION DES CRITÈRES</b>	
<p>Ce premier indicateur de résultat est calculé à partir du bilan standardisé annuel de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements de santé, diffusé par voie réglementaire.</p> <p>Un cahier des charges définit les consignes de remplissage.</p> <p>Les journées d'hospitalisation prises en compte sont extraites de la SAE et correspondent aux activités MCO, SSR, et SLD.</p> <p>Annuellement, 10 % des établissements de santé au niveau de chaque région font l'objet d'une validation externe par l'ARS.</p>	

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR :  
TENUE DU DOSSIER PATIENT (TDP) DANS LE SECTEUR MCO

Définition	Cet indicateur évalue la qualité du dossier des patients hospitalisés en MCO.
Le résultat : score chiffré	Il est présenté sous la forme d'un score sur 100. Le calcul de l'indicateur est réalisé sur un échantillon aléatoire de 80 dossiers médicaux portant sur des séjours du premier semestre de l'année concernée. Pour chaque dossier, un score de qualité, compris entre 0 et 1, est calculé à partir de dix critères au maximum. La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score est proche de 1. Un score global est calculé pour l'établissement. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x 100).
Référentiel de comparaison	Les modalités de comparaison pour la diffusion publique se font par rapport au seuil de performance fixé à 80 % (qui ne change pas au cours des années afin de visualiser les changements de classe). Les classes de performances qui en découlent sont calculées en tenant compte de l'intervalle de confiance. Elles indiquent où se positionnent les établissements par rapport au niveau de qualité attendu. Les établissements en classe A (3 étoiles) ont dépassé cette valeur attendue. Ceux en classe B (2 étoiles) l'ont atteinte. Ceux en classe C (1 étoile) ne l'ont pas encore atteinte. La classe D (aucune étoile) correspond aux établissements qui n'ont pas évalué la qualité de leur prise en charge avec l'indicateur. Clés de lecture : – dans les établissements de la classe A, plus de 8 dossiers sur 10 sont bien tenus ; – dans les établissements de la classe B, 8 dossiers sur 10 sont bien tenus ; – dans les établissements de la classe C, moins de 8 dossiers sont bien tenus ; – les établissements de la classe D n'ont pas répondu à leur obligation de recueil.
Critère d'inclusion	Recueil obligatoire pour les établissements faisant 500 séjours ou plus hors séances sur l'année précédent celle du recueil.
Critère d'exclusion	Établissements de dialyse. Hôpitaux de jour.
Type d'indicateurs	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Importance du thème	La bonne tenue du dossier du patient est un élément essentiel de la continuité, la sécurité et l'efficacité des soins. Elle est un reflet de la qualité de la pratique professionnelle et permet d'assurer la coordination des différents professionnels auprès du patient. Le contenu du dossier médical est défini réglementairement dans le code de santé publique (art. R. 1112-1). Des travaux ont démontré des liens entre l'amélioration de la qualité du dossier patient et la qualité de la prise en charge. Il en est attendu un impact fort sur la qualité de la prise en charge des patients. La HAS a fait une priorité de l'amélioration de cet outil et les résultats de la certification montrent qu'il existe encore une marge d'amélioration.
<b>MODE D'ÉVALUATION DES CRITÈRES</b>	
<p>L'évaluation des dossiers est réalisée au moyen d'une grille d'analyse comprenant 10 critères. Si un critère n'est pas applicable, il est retiré à la fois du numérateur et du dénominateur. Chaque réponse valide est comptabilisée par 1 point. Le numérateur est égal à la somme des points, et le dénominateur est égal à la somme des critères applicables.</p> <p>Les éléments requis pour chacun des critères sont décrits ci-dessous :</p> <p>Éléments communs à tous les dossiers</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Présence d'un document médical relatif à l'admission Le critère est satisfait si un document médical relatif à l'admission indiquant les motifs d'hospitalisation est retrouvé dans le dossier du patient.</li> <li>Examen médical d'entrée renseigné Le critère est satisfait si l'examen médical d'entrée comporte les 4 éléments suivants : les motifs d'hospitalisation, les antécédents et facteurs de risque, le traitement habituel, les conclusions de l'examen clinique initial.</li> <li>Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (si applicable) Le critère est satisfait si chaque prescription médicamenteuse établie pendant l'hospitalisation comporte les 7 éléments suivants : le nom et le prénom du patient, la date de prescription, la signature du prescripteur, le nom du prescripteur, la dénomination des médicaments, la posologie, la voie d'administration.</li> <li>Courrier de fin d'hospitalisation ou compte rendu d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval 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 : l'identité du médecin destinataire (nom et adresse) ou du service en cas de mutation, une référence aux dates de séjour (date d'entrée et date de sortie), une synthèse du séjour (contenu médical sur la prise en charge du patient), le traitement de sortie.</li> <li>Rédaction d'un traitement de sortie (si applicable) Le critère est satisfait si le traitement de sortie comporte les sept éléments suivants : le nom et le prénom du patient, la date de prescription, le nom du médecin, la dénomination des médicaments, la posologie, la voie d'administration, la durée du traitement.</li> <li>Dossier organisé et classé Le critère est satisfait si le dossier est organisé et classé selon les 2 conditions suivantes : – il existe des procédures relatives à l'organisation du dossier dans l'établissement et/ou les services ; – 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.</li> </ol>	



Éléments dépendants de la prise en charge:

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

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 et/ou obstétrical, ainsi que les endoscopies et les actes invasifs.

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

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 *a minima* sur l'identité du nouveau-né, son sexe, son poids, sa taille et son Apgar.

9. Dossier anesthésique renseigné (si applicable)

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

– le document traçant la phase préanesthésique;

– la fiche peropératoire;

– la fiche de suivi en salle de surveillance postinterventionnelle si applicable.

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)

Le critère est satisfait si le dossier transfusionnel comporte les éléments suivants: la fiche transfusionnelle, les documents de groupage sanguin, la fiche de distribution nominative (attribution/distribution), la prescription du produit sanguin labile signée par le médecin.

Doivent également figurer dans le dossier transfusionnel: les résultats de la recherche d'agglutinines irrégulières (RAI) en cas de transfusion de globules rouges, 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'incident transfusionnel.

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR :  
TENUE DU DOSSIER PATIENT (TDP) DANS LE SECTEUR SSR

Définition	Cet indicateur évalue la qualité du dossier des patients hospitalisés en SSR.
Le résultat chiffré	Il est présenté sous la forme d'un score sur 100. Le calcul de l'indicateur est réalisé sur un échantillon aléatoire de 80 dossiers médicaux portant sur des séjours uniques du premier semestre de l'année concernée. Pour chaque dossier, un score de qualité, compris entre 0 et 1, est calculé à partir de 13 critères au maximum. La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score est proche de 1. Un score global est calculé pour l'établissement. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x 100).
Référentiel de comparaison	Les modalités de comparaison pour la diffusion publique se font par rapport au seuil de performance fixé à 80 % (ne change pas au cours des années afin de visualiser les changements de classe). Les classes de performances qui en découlent sont calculées en tenant compte de l'intervalle de confiance. Elles indiquent où se positionnent les établissements par rapport au niveau de qualité attendu. Les établissements en classe A (3 étoiles) ont dépassé cette valeur attendue. Ceux en classe B (2 étoiles) l'ont atteinte. Ceux en classe C (1 étoile) ne l'ont pas encore atteinte. La classe D (aucune étoile) correspond aux établissements qui n'ont pas évalué la qualité de leur prise en charge. Clés de lecture: – dans les établissements de la classe A, plus de 8 dossiers sur 10 sont bien tenus; – dans les établissements de la classe B, 8 dossiers sur 10 sont bien tenus; – dans les établissements de la classe C, moins de 8 dossiers sont bien tenus; – les établissements de la classe D n'ont pas répondu à leur obligation de recueil.
Critère d'inclusion	Recueil obligatoire pour les établissements réalisant 80 séjours uniques d'au moins 8 jours sur le 1 <sup>er</sup> semestre de l'année précédant celle du recueil
Critère d'exclusion	Maisons d'enfants à caractère sanitaire et social. Pouponnières. Hôpitaux de jour.
Type d'indicateurs	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque: non.
Importance du thème	La bonne tenue du dossier du patient est un élément essentiel de la continuité, la sécurité et l'efficacité des soins. Elle est un reflet de la qualité de la pratique professionnelle et permet d'assurer la coordination des différents professionnels auprès du patient. Le contenu du dossier médical est défini réglementairement dans le code de santé publique (art. R.1112-1). Des travaux ont démontré des liens entre l'amélioration de la qualité du dossier patient et la qualité de la prise en charge. Il en est attendu un impact fort sur la qualité de la prise en charge des patients. La HAS a fait une priorité de l'amélioration de cet outil et les résultats de la certification montrent qu'il existe encore une marge d'amélioration.

MODE D'ÉVALUATION DES CRITÈRES

L'évaluation des dossiers est réalisée au moyen d'une grille d'analyse comprenant 13 critères. Si un critère n'est pas applicable, il est retiré à la fois du numérateur et du dénominateur. Chaque réponse valide est comptabilisée par 1 point. 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 :

1. Présence des coordonnées du médecin désigné par le patient (si applicable)

Le critère est satisfait si les coordonnées du médecin désigné par le patient sont retrouvées dans le dossier du patient.

2. Présence des documents médicaux relatifs à l'admission

Le critère est satisfait si pour les patients provenant d'une unité d'hospitalisation des documents médicaux relatifs à l'admission indiquant les motifs d'hospitalisation sont retrouvés dans le dossier du patient, ou si pour les patients provenant du domicile un document médical relatif à l'admission avec la demande argumentée du médecin adresseur est retrouvé dans le dossier du patient.

3. Examen médical d'entrée renseigné

Le critère est satisfait si l'examen médical d'entrée comporte les 5 éléments suivants : antécédents, anamnèse, traitement habituel, examen clinique initial, conclusions de l'examen clinique initial.

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

Le critère est satisfait si chaque prescription médicamenteuse établie pendant l'hospitalisation comporte les 7 éléments suivants : nom et prénom du patient, date de prescription, signature du prescripteur, nom du prescripteur, dénomination des médicaments, posologie, voie d'administration

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

Le critère est satisfait si le traitement de sortie comporte les 7 éléments suivants : nom et prénom du patient, date de prescription, nom du médecin, dénomination des médicaments, posologie, voie d'administration, durée du traitement

6. Courrier de fin d'hospitalisation ou compte rendu d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval

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 4 éléments suivants : identité du médecin destinataire (nom et adresse) ou du service en cas de mutation ou de transfert, référence aux dates du séjour (date d'entrée et date de sortie), synthèse du séjour (contenu médical sur la prise en charge du patient), le traitement de sortie.

7. Dossier organisé et classé

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

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

8. Évaluation de l'autonomie renseignée

Le critère est satisfait si la trace d'une évaluation de l'autonomie datée dans les 7 jours suivant l'admission est retrouvée dans le dossier du patient.

9. Évaluation sociale renseignée

Le critère est satisfait si la trace d'une évaluation sociale datée dans les 7 jours suivant l'admission est retrouvée dans le dossier du patient.

10. Évaluation psychologique renseignée

Le critère est satisfait si la trace d'une évaluation psychologique datée dans les 7 jours suivant l'admission est retrouvée dans le dossier du patient.

11. Projet thérapeutique renseigné

Le critère est satisfait si la trace de l'élaboration du projet thérapeutique datée dans les 15 jours suivant l'admission est retrouvée dans le dossier du patient.

12. Participation ou accord du patient à son projet thérapeutique mentionné (si applicable)

Le critère est satisfait si la trace d'une participation ou de l'accord du patient à l'élaboration de son projet thérapeutique est retrouvée dans le dossier du patient.

13. Au moins une réunion pluriprofessionnelle tracée

Le critère est satisfait si la trace d'une réunion pluriprofessionnelle est retrouvée au cours du séjour dans le dossier du patient.

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR :  
TENUE DU DOSSIER PATIENT ADULTE (TDP) DANS LE SECTEUR HAD

Définition	Cet indicateur évalue la qualité du dossier des patients hospitalisés à domicile.
Le résultat chiffré	Il est présenté sous la forme d'un score sur 100. Le calcul de l'indicateur est réalisé sur un échantillon aléatoire de 60 dossiers médicaux de patients adultes portant sur des séjours de l'année concernée. Pour chaque dossier, un score de qualité, compris entre 0 et 1, est calculé à partir de 12 critères au maximum. La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score est proche de 1. Un score global est calculé pour l'établissement. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x 100).
Référentiel de comparaison	Les modalités de comparaison pour la diffusion publique se font par rapport au seuil de performance fixé à 80 % (ne change pas au cours des années afin de visualiser les changements de classe). Les classes de performances qui en découlent sont calculées en tenant compte de l'intervalle de confiance. Elles indiquent où se positionnent les établissements par rapport au niveau de qualité attendu. Les établissements en classe A (3 étoiles) ont dépassé cette valeur attendue. Ceux en classe B (2 étoiles) l'ont atteinte. Ceux en classe C (1 étoile) ne l'ont pas encore atteinte. La classe D (aucune étoile) correspond aux établissements qui n'ont pas évalué la qualité de leur prise en charge. Clés de lecture : – dans les établissements de la classe A, plus de 8 dossiers sur 10 sont bien tenus ; – dans les établissements de la classe B, 8 dossiers sur 10 sont bien tenus ; – dans les établissements de la classe C, moins de 8 dossiers sont bien tenus ; – les établissements de la classe D n'ont pas répondu à leur obligation de recueil.
Critère d'inclusion	Recueil obligatoire pour les établissements réalisant plus de 30 séjours d'au moins 8 jours non précédés par un autre séjour dans le mois précédant ni suivi par un autre séjour dans le mois qui suit sur l'année précédant celle du recueil.
Critère d'exclusion	Seule la prise en charge des adultes est évaluée : les HAD pédiatriques sont exclues.
Type d'indicateurs	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Importance du thème	La bonne tenue du dossier du patient est un élément essentiel de la continuité, la sécurité et l'efficacité des soins. Elle est un reflet de la qualité de la pratique professionnelle et permet d'assurer la coordination des différents professionnels auprès du patient. Le contenu du dossier médical est défini réglementairement dans le code de santé publique (art. R.1112-1). Des travaux ont démontré des liens entre l'amélioration de la qualité du dossier patient et la qualité de la prise en charge. Il en est attendu un impact fort sur la qualité de la prise en charge des patients. La HAS a fait une priorité de l'amélioration de cet outil et les résultats de la certification montrent qu'il existe encore une marge d'amélioration.
<b>MODE D'ÉVALUATION DES CRITÈRES</b>	
<p>L'évaluation des dossiers est réalisée au moyen d'une grille d'analyse comprenant 12 critères. Si un critère n'est pas applicable, il est retiré à la fois du numérateur et du dénominateur. Chaque réponse valide est comptabilisée par 1 point. Le numérateur est égal à la somme des points, et le dénominateur est égal à la somme des critères applicables.</p> <p>Les éléments requis pour chacun des critères sont décrits ci-dessous :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Document médical justifiant l'admission en HAD Le critère est satisfait si le document médical justifiant l'admission en HAD est retrouvé.</li> <li>Éléments relatifs à la préadmission renseignés Le critère est satisfait si les documents de préadmission comportent les 5 éléments suivants : les antécédents, la pathologie à l'origine de la prise en charge, le motif de la prise en charge, une évaluation de la dépendance, une évaluation sociale formalisée.</li> <li>Accord du médecin traitant pour la prise en charge du patient en HAD (si applicable) Le critère est satisfait si l'accord du médecin traitant pour la prise en charge du patient est retrouvé dans le dossier. Le critère est non applicable pour les patientes suivies en obstétrique ainsi que pour les patients dont la demande d'HAD a été faite par le médecin traitant.</li> <li>Accord du patient ou de son entourage pour sa prise en charge en HAD Le critère est satisfait si le dossier que le patient (ou son entourage) accepte ou non sa prise en charge en HAD ou s'il est notifié dans le dossier que le patient n'est pas en état de recevoir d'informations et qu'il n'a pas d'entourage.</li> <li>Protocole de soins renseigné et daté Le critère est satisfait si le protocole de soins satisfait aux 4 éléments suivants : protocole de soins daté au plus tard dans les 7 jours suivant l'admission identifiant les intervenants qui interviendront au domicile du patient et précisant pour chaque intervenant le(s) type(s) d'intervention(s) et la fréquence/rythme des interventions.</li> <li>Prescriptions médicamenteuses nécessaires au démarrage de la prise en charge Le critère est satisfait si les prescriptions médicamenteuses ou l'ordonnance nécessaires au démarrage de la prise en charge sont retrouvées et datées au plus tard dans les 48 heures suivant l'admission, ou s'il est noté dans le dossier que le patient n'a pas de traitement à l'admission ;</li> <li>Organisation du traitement médicamenteux à l'admission (si applicable) Le critère est satisfait si l'organisation du traitement médicamenteux à l'admission contient les 2 éléments suivants : nom/fonction ou entité du responsable de la préparation des médicaments et les nom/fonction ou entité du responsable de l'administration des médicaments. Ce critère est non applicable quand il est écrit que le patient n'a pas de traitement médicamenteux à l'admission.</li> </ol>	

8. Évaluation de la dépendance par une échelle détaillée

Le critère est satisfait si l'évaluation de la dépendance est réalisée à l'aide d'une échelle détaillée et si le détail de cette évaluation apparaît.

9. Réunion de synthèse pluriprofessionnelle au cours du séjour

Le critère est satisfait si la trace d'une réunion de synthèse pluriprofessionnelle est retrouvée dans le dossier du patient au moins une fois au cours du séjour.

10. Transmission des informations assurant la continuité des soins à la sortie (si applicable)

Le critère est satisfait uniquement si on retrouve une trace des informations assurant la continuité des soins à la sortie (cas de mutation ou de transfert).

Ce critère s'applique uniquement aux patients transférés ou mutés à la fin du séjour.

11. Courrier de fin d'hospitalisation ou compte rendu d'hospitalisation comportant les éléments nécessaires à la coordination en aval

Le critère est satisfait si le courrier de fin d'hospitalisation (ou le compte rendu d'hospitalisation) retrace les 3 éléments suivants: l'identité du médecin destinataire (nom et adresse) ou du service en cas de mutation ou de transfert; une référence aux dates de séjour (date d'entrée et date de sortie); une synthèse du séjour (contenu médical sur la prise en charge du patient).

12. Dossier organisé et classé

Le critère est satisfait si le dossier est organisé et classé selon les 2 conditions suivantes:

- il existe des procédures relatives à l'organisation du dossier dans l'établissement et/ou les services;
- le dossier est organisé et classé conformément à ces procédures: par exemple, en différentes rubriques.

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR :  
TENUE DU DOSSIER PATIENT ADULTE (TDP) DANS LE SECTEUR PSY

Définition	Cet indicateur évalue la qualité du dossier des patients adultes hospitalisés à temps complet en psychiatrie.
Le résultat chiffré	Il est présenté sous la forme d'un score sur 100. Le calcul de l'indicateur est réalisé sur un échantillon aléatoire de 80 dossiers médicaux portant sur des séjours de l'année concernée. Pour chaque dossier, un score de qualité, compris entre 0 et 1, est calculé à partir de 9 critères au maximum. La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score est proche de 1. Un score global est calculé pour l'établissement. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x 100).
Référentiel de comparaison	Les modalités de comparaison pour la diffusion publique se font par rapport au seuil de performance fixé à 80 % (ne change pas au cours des années afin de visualiser les changements de classe). Les classes de performances qui en découlent sont calculées en tenant compte de l'intervalle de confiance. Elles indiquent où se positionnent les établissements par rapport au niveau de qualité attendu. Les établissements en classe A (3 étoiles) ont dépassé cette valeur attendue. Ceux en classe B (2 étoiles) l'ont atteinte. Ceux en classe C (1 étoile) ne l'ont pas encore atteinte. La classe D (aucune étoile) correspond aux établissements qui n'ont pas évalué la qualité de leur prise en charge. Clés de lecture : – dans les établissements de la classe A, plus de 8 dossiers sur 10 sont bien tenus ; – dans les établissements de la classe B, 8 dossiers sur 10 sont bien tenus ; – dans les établissements de la classe C, moins de 8 dossiers sont bien tenus ; – les établissements de la classe D n'ont pas répondu à leur obligation de recueil.
Critère d'inclusion	Recueil obligatoire pour les établissements faisant 30 séjours uniques d'au moins 8 jours en hospitalisation complète sur l'année précédant celle du recueil.
Critère d'exclusion	Établissements de pédopsychiatrie. Hôpital de jour.
Type d'indicateurs	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Importance du thème	La bonne tenue du dossier du patient est un élément essentiel de la continuité, la sécurité et l'efficacité des soins. Elle est un reflet de la qualité de la pratique professionnelle et permet d'assurer la coordination des différents professionnels auprès du patient. Le contenu du dossier médical est défini réglementairement dans le code de santé publique (art. R.1112-1). Des travaux ont démontré des liens entre l'amélioration de la qualité du dossier patient et la qualité de la prise en charge. Il en est attendu un impact fort sur la qualité de la prise en charge des patients. La HAS a fait une priorité de l'amélioration de cet outil et les résultats de la certification montrent qu'il existe encore une marge d'amélioration.

MODE D'ÉVALUATION DES CRITÈRES

L'évaluation des dossiers est réalisée au moyen d'une grille d'analyse comprenant 9 critères. Si un critère n'est pas applicable, il est retiré à la fois du numérateur et du dénominateur. Chaque réponse valide est comptabilisée par 1 point. 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 :

1. Document d'un médecin relatif à l'admission

Le critère est satisfait si le document d'un médecin relatif à l'admission du patient est retrouvé dans le dossier du patient.

2. Mention de la protection judiciaire et des personnes désignées

Le critère est satisfait si le dossier comporte les éléments suivants : mention de la mesure de protection judiciaire, mention de la recherche de la personne de confiance, mention de l'identité de la personne à prévenir.

3. Modalité d'hospitalisation à l'admission et information donnée au patient sur cette modalité (HO – HDT) (si établissement habilité)

Ce critère ne concerne que les établissements habilités à recevoir des patients en HO et/ou en HDT. Le critère est satisfait si le dossier du patient hospitalisé en HO et/ou en HDT comporte la trace de la modalité d'hospitalisation au moment de l'admission et la trace d'une information donnée au patient sur sa modalité d'hospitalisation.

4. Présence d'un examen psychiatrique fait par un médecin dans les 24 heures après l'admission

Le critère est satisfait si le dossier comporte la trace d'un examen psychiatrique fait par un médecin dans les 24 heures suivant l'admission du patient et avec un contenu minimum : la mention des traitements médicamenteux en cours, la mention des antécédents somatiques, la mention des antécédents psychiatriques.

5. Présence d'un suivi médical hebdomadaire psychiatrique du patient au cours du séjour

Le critère est satisfait si le dossier comporte la trace d'un suivi médical psychiatrique au cours du séjour et si on retrouve au moins un suivi pour chaque semaine du séjour.

6. Conformité de la rédaction des prescriptions médicamenteuses établies au cours de l'hospitalisation (si applicable)

Le critère est satisfait si chaque prescription médicamenteuse établie pendant l'hospitalisation comporte les 7 éléments suivants : nom et prénom du patient, date de prescription, signature du prescripteur, nom du prescripteur, dénomination des médicaments, posologie, voie d'administration.

7. Conformité de la rédaction du traitement de sortie (si applicable)

Le critère est satisfait si le traitement de sortie comporte les 7 éléments suivants : nom et prénom du patient, date de prescription, nom du médecin, dénomination des médicaments, posologie, voie d'administration, durée du traitement.



**8. Conformité du courrier de fin d'hospitalisation ou compte rendu d'hospitalisation**

Le critère est satisfait si le courrier de fin d'hospitalisation ou le compte rendu d'hospitalisation retrace les 4 éléments suivants : identité du médecin, destinataire (nom et adresse) ou du service en cas de mutation ou de transfert, référence aux dates du séjour (date d'entrée et date de sortie), organisation d'un suivi, traitement de sortie.

**9. Dossier organisé et classé**

Le critère est satisfait si le dossier est organisé et classé selon les 2 conditions suivantes :

- il existe des procédures relatives à l'organisation du dossier dans l'établissement et/ou les services;
- et le dossier est organisé et classé conformément à ces procédures.

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR :  
DÉLAI D'ENVOI DU COURRIER DE FIN D'HOSPITALISATION (DEC)

Définition	Cet indicateur évalue le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation.
Le résultat chiffré	Il est présenté sous la forme d'un taux. Le calcul de l'indicateur est réalisé sur un échantillon aléatoire de dossiers médicaux. Il correspond au pourcentage de séjours pour lesquels le courrier de fin d'hospitalisation est envoyé dans un délai inférieur ou égal à 8 jours et dont le contenu comprend les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins.
Référentiel de comparaison	Les modalités de comparaison pour la diffusion publique se font par rapport au seuil de performance fixé à 80 % (ne change pas au cours des années afin de visualiser les changements de classe). Les classes de performances qui en découlent sont calculées en tenant compte de l'intervalle de confiance. Elles indiquent où se positionnent les établissements par rapport au niveau de qualité attendu. Les établissements en classe A (3 étoiles) ont dépassé cette valeur attendue. Ceux en classe B (2 étoiles) l'ont atteinte. Ceux en classe C (1 étoile) ne l'ont pas encore atteinte. La classe D (aucune étoile) correspond aux établissements qui n'ont pas évalué la qualité de leur prise en charge. Clés de lecture: – dans les établissements de la classe A, plus de 8 courriers sur 10 sont complets et envoyés dans les temps; – dans les établissements de la classe B, 8 courriers sur 10 sont complets et envoyés dans les temps; – dans les établissements de la classe C, moins de 8 courriers sur 10 sont complets et envoyés dans les temps; – les établissements de la classe D n'ont pas répondu à leur obligation de recueil.
Critère d'inclusion	En secteur MCO, recueil: obligatoire pour les établissements faisant 500 séjours ou plus hors séances sur l'année précédant celle du recueil. En secteur SSR, recueil: obligatoire pour les établissements faisant 80 séjours uniques d'au moins 8 jours sur le 1 <sup>er</sup> semestre de l'année précédant celle du recueil. En secteur HAD, recueil: obligatoire pour les établissements faisant plus de 30 séjours d'au moins 8 jours non précédés par un autre séjour dans le mois précédent, ni suivi par un autre séjour dans le mois qui suit sur l'année précédant celle du recueil. En secteur PSY, recueil: obligatoire pour les établissements faisant 30 séjours uniques d'au moins 8 jours en hospitalisation complète sur l'année précédant celle du recueil.
Critère d'exclusion	Ne concerne pas les patients décédés ou les patients mutés. Établissements de dialyse. Maisons d'enfants à caractère sanitaire et sociale. Pouponnières. Hôpitaux de jour. HAD pédiatrique. Établissement de pédopsychiatrie.
Type d'indicateurs	Indicateur de processus. Pas d'ajustement sur le risque.
Importance du thème	Le courrier de fin d'hospitalisation, document signé par un médecin de l'établissement et adressé au médecin de ville ou à la structure de transfert, ou encore remis au patient le jour de sa sortie, est un élément clé de la continuité des soins. En cas de mutation, les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins doivent être retrouvés dans le dossier. L'envoi du courrier de fin d'hospitalisation doit être effectué réglementairement dans un délai de 8 jours (art. R.1112-1 du CSP).
<b>MODE D'ÉVALUATION</b>	
<p>L'évaluation des dossiers est réalisée au moyen d'une grille d'analyse spécifique. Les dossiers de patients décédés ou mutés sont exclus. Les éléments requis pour le calcul de l'indicateur sont décrits ci-dessous.</p> <p>Les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins à retrouver dans le courrier sont les suivants:</p> <p>En MCO et SSR:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– l'identité du médecin destinataire (nom et adresse) ou du service en cas de mutation;</li> <li>– la référence aux dates du séjour (date d'entrée et date de sortie);</li> <li>– la synthèse du séjour (contenu médical de la prise en charge du patient);</li> <li>– la trace écrite d'un traitement de sortie.</li> </ul> <p>En PSY:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– l'identité du médecin destinataire (nom et adresse) ou du service en cas de mutation;</li> <li>– la référence aux dates du séjour (date d'entrée et date de sortie);</li> <li>– le suivi organisé;</li> <li>– la trace écrite du traitement de sortie.</li> </ul> <p>En HAD:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– l'identité du médecin destinataire (nom et adresse) ou du service en cas de mutation;</li> <li>– la référence aux dates du séjour (date d'entrée et date de sortie);</li> <li>– la synthèse du séjour (contenu médical de la prise en charge du patient).</li> </ul>	

L'indicateur calcule la proportion de séjours pour lesquels le courrier comprenant les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins est envoyé dans un délai inférieur ou égal à 8 jours.

En MCO, le calcul de l'indicateur est réalisé sur un échantillon aléatoire de 80 dossiers médicaux concernant des séjours du premier semestre de l'année concernée.

En SSR, le calcul de l'indicateur est réalisé sur un échantillon aléatoire de 80 dossiers médicaux concernant des séjours uniques d'au moins 8 jours du premier semestre de l'année concernée.

En PSY, il est réalisé sur un échantillon aléatoire de 80 dossiers médicaux concernant des séjours uniques d'au moins 8 jours en hospitalisation complète de l'année concernée.

En HAD, il est réalisé sur un échantillon aléatoire de 60 dossiers médicaux concernant des séjours, d'au moins 8 jours non précédés par un autre séjour dans le mois précédent, ni suivi par un autre séjour dans le mois qui suit l'année concernée.

Remarques:

a) Si le courrier de fin d'hospitalisation n'est pas retrouvé ou si la date de sortie n'est pas notée sur le courrier de fin d'hospitalisation, le critère est considéré comme non conforme;

b) Les délais négatifs sont ramenés à 0.

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR :  
TRAÇABILITÉ DE L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR (TRD)

Définition	Cet indicateur mesure la réalisation et la notification de l'évaluation de la douleur dans le dossier patient.
Le résultat chiffré	Il est présenté sous la forme d'un taux. Le calcul de l'indicateur est réalisé sur un échantillon aléatoire de dossiers médicaux. Il correspond au pourcentage de séjours pour lesquels il existe : – au moins un résultat de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du patient non algique, ou – au moins deux résultats de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du patient algique.
Référentiel de comparaison	Les modalités de comparaison pour la diffusion publique se font par rapport au seuil de performance fixé à 80 % (ne change pas au cours des années afin de visualiser les changements de classe). Les classes de performances qui en découlent sont calculées en tenant compte de l'intervalle de confiance. Elles indiquent où se positionnent les établissements par rapport au niveau de qualité attendu. Les établissements en classe A (3 étoiles) ont dépassé cette valeur attendue. Ceux en classe B (2 étoiles) l'ont atteinte. Ceux en classe C (1 étoile) ne l'ont pas encore atteinte. La classe D (aucune étoile) correspond aux établissements qui n'ont pas évalué la qualité de leur prise en charge. Clés de lecture : – dans les établissements de classe A, plus de 8 dossiers sur 10 contiennent une évaluation de la douleur ; – dans les établissements de la classe B, 8 dossiers sur 10 sont contiennent une évaluation de la douleur ; – dans les établissements de la classe C, moins de 8 dossiers sont contiennent une évaluation de la douleur ; – les établissements de la classe D n'ont pas répondu à leur obligation de recueil.
Critère d'inclusion	En secteur MCO, recueil obligatoire pour les établissements faisant 500 séjours ou plus hors séances sur l'année précédant celle du recueil. En secteur SSR, recueil obligatoire pour les établissements faisant 80 séjours uniques d'au moins 8 jours sur le 1 <sup>er</sup> semestre de l'année précédant celle du recueil. En secteur HAD, recueil obligatoire pour les établissements faisant plus de 30 séjours, d'au moins 8 jours non précédés par un autre séjour dans le mois précédant, ni suivi par un autre séjour dans le mois qui suit, sur l'année précédant celle du recueil.
Critère d'exclusion	Établissements de dialyse. Maisons d'enfants à caractère sanitaire et sociale. Pouponnières. Hôpitaux de jour. HAD pédiatrique.
Type d'indicateurs	Indicateur de processus. Pas d'ajustement sur le risque.
Importance du thème	La prise en charge de la douleur est une priorité de santé publique. La douleur doit être systématiquement évaluée et « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur » (art. L.1110-5 du CSP). Il est reconnu et admis de tous qu'afin de mieux dépister, quantifier et suivre l'évolution de la douleur ressentie, il est nécessaire d'utiliser des méthodes fiables et reproductibles. Les évaluations de la douleur doivent donc être effectuées à l'aide d'échelles validées. L'évaluation de la douleur par les professionnels de santé à l'aide des outils validés n'est toutefois pas suffisante. D'autres indicateurs doivent être développés pour rendre compte de la prise en charge effective de la douleur qui reste selon les experts encore insuffisante.
<b>MODE D'ÉVALUATION</b>	
<p>L'évaluation des dossiers est réalisée au moyen d'une grille d'analyse spécifique.</p> <p>Pour tous les secteurs d'activité concernés, le critère d'évaluation de la douleur est satisfait si le dossier mentionne : – soit une mesure diagnostique réalisée avec une échelle montrant que le patient est non algique ; – soit une mesure de suivi réalisée avec une échelle pour un patient évalué comme étant algique lors de la mesure diagnostique.</p> <p>L'évaluation de la douleur doit être recherchée dans tous les éléments du dossier pour le séjour analysé. La mention d'une évaluation de la douleur dans le dossier anesthésique n'est pas suffisante. Chaque mesure de la douleur doit être réalisée avec une échelle.</p> <p>On entend par « mesure diagnostique », la première mesure réalisée avec une échelle diagnostiquant la présence ou l'absence de douleur. On entend par « mesure de suivi », la (ou les) mesure(s) réalisée(s) avec une échelle ayant succédé à la mesure diagnostique de la douleur. Enfin, ces éléments doivent être tracés dans le dossier médical du patient.</p> <p>En MCO, le calcul de l'indicateur est réalisé sur un échantillon aléatoire de 80 dossiers médicaux concernant des séjours du premier semestre de l'année concernée.</p> <p>En SSR, le calcul de l'indicateur est réalisé sur un échantillon aléatoire de 80 dossiers médicaux concernant des séjours uniques d'au moins 8 jours du premier semestre de l'année concernée.</p> <p>En HAD, il est réalisé sur un échantillon aléatoire de 60 dossiers médicaux concernant des séjours, d'au moins 8 jours non précédés par un autre séjour dans le mois précédant, ni suivi par un autre séjour dans le mois qui suit, de l'année concernée.</p>	

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR :  
DÉPISTAGE DES TROUBLES NUTRITIONNELS CHEZ L'ADULTE (DTN)

Définition	<p>Cet indicateur évalue la réalisation avec notification dans le dossier, du dépistage des troubles nutritionnels chez les patients adultes. Il représente :</p> <p>En secteur MCO : le pourcentage de patients adultes pour lesquels une mesure du poids est réalisée lors des 48 premières heures.</p> <p>En secteur SSR : le pourcentage de patients adultes pour lesquels un suivi du poids est effectué avec une mesure lors de la 1<sup>re</sup> semaine du séjour puis dans les 15 jours suivants.</p> <p>En secteur HAD : le pourcentage de patients adultes pour lesquels un suivi du poids est effectué avec une mesure lors de la 1<sup>re</sup> semaine du séjour puis dans les 15 jours suivants, ou la recherche de la variation du poids avant l'hospitalisation.</p> <p>En secteur PSY : le pourcentage de patients adultes pour lesquels un suivi du poids est effectué avec une mesure lors de la 1<sup>re</sup> semaine du séjour puis dans les 21 jours suivants.</p>
Le résultat chiffré	<p>Il est présenté sous la forme d'un taux. Le calcul de l'indicateur est réalisé sur un échantillon aléatoire de dossiers médicaux.</p> <p>Il correspond au pourcentage de séjours de patients adultes pour lesquels une notification du poids ou un suivi est retrouvée tel que attendu pour le secteur d'activité.</p>
Référentiel de comparaison	<p>Les modalités de comparaison pour la diffusion publique se font par rapport au seuil de performance fixé à 80 % (ne change pas au cours des années afin de visualiser les changements de classe). Les classes de performances qui en découlent sont calculées en tenant compte de l'intervalle de confiance. Elles indiquent où se positionnent les établissements par rapport au niveau de qualité attendu. Les établissements en classe A (3 étoiles) ont dépassé cette valeur attendue. Ceux en classe B (2 étoiles) l'ont atteinte. Ceux en classe C (1 étoile) ne l'ont pas encore atteinte. La classe D (aucune étoile) correspond aux établissements qui n'ont pas évalué la qualité de leur prise en charge.</p> <p>Clés de lecture :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– dans les établissements de classe A, plus de 8 dossiers sur 10 ont l'ensemble des éléments sur le poids ;</li> <li>– dans les établissements de la classe B, 8 dossiers sur 10 ont l'ensemble des éléments sur le poids ;</li> <li>– dans les établissements C, moins de 8 dossiers ont l'ensemble des éléments sur le poids ;</li> <li>– dans les établissements D n'ont pas répondu à leur obligation de recueil.</li> </ul>
Critère d'inclusion	<p>En secteur MCO, recueil obligatoire pour les établissements faisant 500 séjours ou plus hors séances sur l'année précédant celle du recueil.</p> <p>En secteur SSR, recueil obligatoire pour les établissements faisant 80 séjours d'au moins 8 jours sur le 1<sup>er</sup> semestre de l'année précédant celle du recueil.</p> <p>En secteur HAD, recueil obligatoire pour les établissements faisant plus de 30 séjours, d'au moins 8 jours non précédés par un autre séjour dans le mois précédent, ni suivi par un autre séjour dans le mois qui suit, sur l'année précédant celle du recueil.</p> <p>En secteur PSY, recueil obligatoire pour les établissements faisant 30 séjours uniques d'au moins 8 jours en hospitalisation complète sur l'année précédant celle du recueil.</p>
Critère d'exclusion	<p>Établissements de dialyse.</p> <p>Maisons d'enfants à caractère sanitaire et sociale.</p> <p>Pouponnières.</p> <p>Hôpitaux de jour.</p>
Type d'indicateurs	<p>Indicateur de processus.</p> <p>Pas d'ajustement sur le risque.</p>
Importance du thème	<p>En France, le dépistage des troubles nutritionnels s'inscrit dans les priorités de santé publique. Il fait partie du Programme national nutrition santé (PNNS) et une expertise conduite par le ministère de la santé préconise le calcul de la perte de poids avant l'admission et un calcul de l'indice de masse corporelle. La HAS, dans le cadre systématique de la certification des établissements de santé requiert l'évaluation de l'état nutritionnel du patient.</p>

MODE D'ÉVALUATION

L'évaluation des dossiers est réalisée au moyen d'une grille d'analyse spécifique.

Pour le secteur MCO :

Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans, de patients pris en charge au cours des 2 premiers jours du séjour en réanimation, soins intensifs, surveillance continue, maternité, zone de surveillance de très courte durée, ou en soins palliatifs sont exclus.

L'évaluation est satisfaite si le poids est retrouvé dans les supports suivants : examen médical d'entrée, dossier de soins, compte rendu de consultation ou dossier d'anesthésie, dans les 48 heures qui suivent l'admission.

Pour le secteur SSR :

Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans, de patients pris en charge au cours des 24 premiers jours du séjour en soins palliatifs sont exclus.

L'évaluation du suivi du poids est satisfaite si une mesure du poids à l'admission et dans les 15 jours suivant la première mesure est retrouvée dans le dossier du patient, ou si la justification de l'impossibilité de peser le patient est notée dans le dossier du patient.

Pour le secteur HAD :

L'évaluation du suivi du poids à partir de la préadmission chez le patient adulte est recherchée sur tous les supports datés dans la période entre la préadmission et les 7 premiers jours suivant l'admission.

L'évaluation du suivi du poids est satisfaite :

– si une notification du poids est retrouvée dans la période entre la préadmission et les 7 premiers jours suivant l'admission ainsi qu'une autre mesure du poids dans les 15 jours suivant la 1<sup>re</sup> (si applicable),

ou

– si la mention de la recherche de la variation du poids avant l'hospitalisation entre la préadmission et les 7 premiers jours suivant l'admission est retrouvée dans le dossier du patient adulte dans la période.

Pour le secteur PSY :

L'évaluation du suivi du poids est satisfaite si :

– une notification du poids dans les 7 jours suivant l'admission est retrouvée dans le dossier du patient ;

– et, pour les séjours supérieurs ou égaux à 21 jours, si une seconde notification du poids est retrouvée dans le dossier du patient.

En MCO, le calcul de l'indicateur est réalisé sur un échantillon aléatoire de 80 dossiers médicaux concernant des séjours du premier semestre de l'année concernée.

En SSR, le calcul de l'indicateur est réalisé sur un échantillon aléatoire de 80 dossiers médicaux concernant des séjours uniques d'au moins 8 jours du premier semestre de l'année concernée.

En PSY, il est réalisé sur un échantillon aléatoire de 80 dossiers médicaux concernant des séjours uniques d'au moins 8 jours en hospitalisation complète de l'année concernée.

En HAD, il est réalisé sur un échantillon aléatoire de 60 dossiers médicaux concernant des séjours, d'au moins 8 jours non précédés par un autre séjour dans le mois précédant, ni suivi par un autre séjour dans le mois qui suit, de l'année concernée.



FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR :  
ÉVALUATION DU RISQUE D'ESCARRE CHEZ L'ADULTE EN HAD (TRE)

Définition	Cet indicateur mesure la réalisation avec notification dans le dossier de l'évaluation du risque d'escarre à l'admission du patient adulte hospitalisé à domicile.
Le résultat chiffré	Il est présenté sous la forme d'un taux. Le calcul de l'indicateur est réalisé sur un échantillon aléatoire de 60 dossiers médicaux de l'année concernée. Il correspond au pourcentage de séjours pour lesquels il existe, dans le dossier du patient dans la période entre la préadmission et les 7 premiers jours suivant l'admission, une évaluation du risque d'escarre ET une conclusion vis-à-vis du risque d'escarre.
Référentiel de comparaison	Les modalités de comparaison pour la diffusion publique se font par rapport au seuil de performance fixé à 80 % (ne change pas au cours des années afin de visualiser les changements de classe). Les classes de performances qui en découlent sont calculées en tenant compte de l'intervalle de confiance. Elles indiquent où se positionnent les établissements par rapport au niveau de qualité attendu. Les établissements en classe A (3 étoiles) ont dépassé cette valeur attendue. Ceux en classe B (2 étoiles) l'ont atteinte. Ceux en classe C (1 étoile) ne l'ont pas encore atteinte. La classe D (aucune étoile) correspond aux établissements qui n'ont pas évalué la qualité de leur prise en charge. Clés de lecture : – dans les établissements de classe A, plus de 8 dossiers sur 10 contiennent une évaluation correcte du risque d'escarre ; – dans les établissements de la classe B, 8 dossiers sur 10 sont contiennent une évaluation correcte du risque d'escarre ; – dans les établissements de la classe C, moins de 8 dossiers sont contiennent une évaluation correcte du risque d'escarre ; – les établissements de la classe D n'ont pas répondu à leur obligation de recueil.
Critère d'inclusion	Recueil obligatoire pour les établissements faisant plus de 30 séjours d'au moins 8 jours non précédés par un autre séjour dans le mois précédant ni suivi par un autre séjour dans le mois qui suit sur l'année précédant celle du recueil.
Critère d'exclusion	Patients dont l'indice de Karnofsky à l'admission est strictement supérieur à 50.
Type d'indicateurs	Indicateur de processus. Pas d'ajustement sur le risque.
Importance du thème	L'escarre, qui altère la qualité de vie, peut provoquer une gêne douloureuse accompagnée d'une souffrance morale et physique et une limitation des capacités fonctionnelles. Néanmoins, l'escarre est une pathologie que l'on peut prévenir dans une grande majorité des cas, avec des mesures de prévention simple. L'ANAES a publié en 1998 un premier guide d'évaluation des pratiques professionnelles sur le thème « Évaluation de la prévention des escarres ». La prévention est primordiale pour réduire l'incidence des escarres. La mise en place de mesures générales de prévention commence dès l'identification des facteurs de risque et concerne l'ensemble des professionnels en contact avec le patient. Celle-ci s'effectue au moyen du jugement clinique associé à l'utilisation d'une échelle validée d'identification des facteurs de risque.
<b>MODE D'ÉVALUATION</b>	
La population concernée par l'indicateur est ciblée : patient dont l'indice de Karnofsky de la première semaine est inférieur ou égal à 50. L'évaluation des dossiers est réalisée au moyen d'une grille d'analyse spécifique. L'évaluation du risque d'escarre et sa conclusion sont recherchées dans le dossier du patient entre la préadmission et les 7 jours suivant l'admission. L'évaluation s'effectue au moyen du jugement clinique ou d'une échelle d'évaluation du risque d'escarre.	

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR : TENUE DU DOSSIER ANESTHÉSIQUE (TDA)

Définition	Cet indicateur évalue la qualité du dossier anesthésique.
Le résultat chiffré	Il est présenté sous la forme d'un score sur 100. Le calcul de l'indicateur est réalisé sur un échantillon aléatoire de 80 dossiers médicaux portant sur des séjours du premier semestre de l'année concernée. Pour chaque dossier tiré au sort, un score de qualité compris entre 0 et 1, est calculé à partir de 13 critères au maximum. La qualité de la tenue du dossier anesthésique est d'autant plus grande que le score est proche de 1. Un score global est calculé pour l'établissement. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x 100).
Référentiel de comparaison	Les modalités de comparaison pour la diffusion publique se font par rapport au seuil de performance fixé à 80 % (ne change pas au cours des années afin de visualiser les changements de classe). Les classes de performances qui en découlent sont calculées en tenant compte de l'intervalle de confiance. Elles indiquent où se positionnent les établissements par rapport au niveau de qualité attendu. Les établissements en classe A (3 étoiles) ont dépassé cette valeur attendue. Ceux en classe B (2 étoiles) l'ont atteinte. Ceux en classe C (1 étoile) ne l'ont pas encore atteinte. La classe D (aucune étoile) correspond aux établissements qui n'ont pas évalué la qualité de leur prise en charge. Clés de lecture: – dans les établissements de classe A, plus de 8 dossiers sur 10 ont un dossier d'anesthésie bien tenu; – dans les établissements de la classe B, 8 dossiers sur 10 ont un dossier d'anesthésie bien tenu; – dans les établissements de la classe C, moins de 8 dossiers ont un dossier d'anesthésie bien tenu; – les établissements D n'ont pas répondu à leur obligation de recueil.
Critère d'inclusion	Recueil obligatoire pour les établissements faisant 500 séjours ou plus hors séances sur l'année précédant celle du recueil.
Critère d'exclusion	Établissements n'ayant pas d'activités liées à l'anesthésie générale et locorégionale.
Type d'indicateurs	Indicateur de processus. Pas d'ajustement sur le risque.
Importance du thème	Un référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles sur la tenue du dossier d'anesthésie a été élaboré par la HAS avec la Société française d'anesthésie et de réanimation et le Collège français des anesthésistes-réanimateurs. Le dossier d'anesthésie constitue un élément essentiel de la continuité des soins en période péri-anesthésique et péri-interventionnelle. Il contient l'ensemble des informations concernant les phases pré-, per- et post-anesthésiques. Il contribue au partage de l'information entre les différents médecins intervenant à chaque étape de la prise en charge anesthésique. Ce support d'information constitue ainsi un élément nécessaire à la coordination des soins et participe de la sorte à la maîtrise du risque anesthésique. Cet indicateur porte sur la traçabilité de l'information concernant la totalité du processus anesthésique.
<b>MODE D'ÉVALUATION DES CRITÈRES</b>	
<p>L'évaluation des dossiers est réalisée au moyen d'une grille d'analyse comprenant 13 critères. Si un critère n'est pas applicable, il est retiré à la fois du numérateur et du dénominateur. Chaque réponse valide est comptabilisée par 1 point. Le numérateur est égal à la somme des points, et le dénominateur est égal à la somme des critères applicables.</p> <p>Les éléments requis pour chacun des critères sont décrits ci-dessous.</p> <p>Phases pré-, per- et post-anesthésique:</p> <p>1. Identification du patient sur toutes les pièces du dossier Le critère est satisfait si le nom, le prénom et la date de naissance du patient sont retrouvés sur les documents traçant la consultation et la visite préanesthésique, les phases peranesthésique et postinterventionnelle.</p> <p>Phase préanesthésique:</p> <p>2. Identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la phase préanesthésique Le critère est satisfait si le nom lisible du médecin anesthésiste est indiqué sur le document traçant la phase préanesthésique (CPA et/ou VPA).</p> <p>3. Trace écrite de la visite préanesthésique (VPA) Le critère est satisfait si la visite préanesthésique comporte les éléments suivants: une date, un contenu spécifique noté.</p> <p>4. Mention du traitement habituel du patient (si applicable) Le critère est satisfait si le document traçant la CPA (ou la VPA en l'absence de CPA) indique formellement soit l'existence et la mention du traitement habituel; soit l'absence de traitement.</p> <p>5. Mention de l'évaluation du risque anesthésique Le critère est satisfait si la mention de l'évaluation du risque anesthésique est retrouvée dans le document traçant la CPA (ou la VPA en l'absence de CPA).</p> <p>6. Mention du type d'anesthésie proposé au patient Le critère est satisfait si la mention du type d'anesthésie proposé au patient est retrouvée dans le document traçant la CPA (ou la VPA en l'absence de CPA).</p>	

7. Mention de l'évaluation des conditions d'abord des voies aériennes supérieures en phase préanesthésique

Le critère est satisfait:

- lorsque le score de Mallampati, la distance thyro-mentonnaire et l'ouverture de bouche sont retrouvés dans le document traçant la CPA (ou la VPA en l'absence de CPA),

ou

- lorsqu'une conclusion explicite est retrouvée dans le document traçant la CPA (ou la VPA en l'absence de CPA).

*Phase peranesthésique*

8. Identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la phase peranesthésique

Le critère est satisfait si le nom lisible du médecin anesthésiste est indiqué sur le document traçant la phase peranesthésique.

9. Mention de la technique d'abord des voies aériennes supérieures en phase peranesthésique (si applicable)

Le critère est satisfait si la mention de la technique d'abord des voies aériennes supérieures est retrouvée dans le document traçant la phase peranesthésique.

*Phase post-interventionnelle*

10. Identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la phase postinterventionnelle

Le critère est satisfait si le nom lisible du médecin anesthésiste est indiqué sur le document traçant la phase postinterventionnelle.

11. Autorisation de sortie du patient de la SSPI validée par un médecin anesthésiste (si applicable)

Le critère est satisfait si l'autorisation de sortie du patient de la SSPI est validée.

12. Trace écrite des prescriptions médicamenteuses en phase postanesthésique (si applicable)

Le critère est satisfait si les prescriptions médicamenteuses postanesthésiques comportent les sept éléments suivants: le nom et le prénom du patient, la date de prescription, la signature du médecin anesthésiste, le nom du médecin anesthésiste, le nom des médicaments, la posologie (dosage unitaire, rythme et horaire d'administration du médicament), la voie d'administration des médicaments.

*Phase péri-anesthésique*

13. Rubrique renseignée permettant de relever les incidents ou accidents péri-anesthésiques

Le critère est satisfait s'il existe un cadre spécifique prévu et renseigné (ou barré) pour le recueil de l'existence ou de l'absence d'incidents ou d'accidents péri-anesthésiques dans le dossier anesthésique.

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR :  
RÉUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE EN CANCÉROLOGIE (RCP)

Définition	Cet indicateur évalue l'exhaustivité et les modalités d'organisation de la RCP lors de la prise en charge initiale d'un patient atteint de cancer.
Le résultat chiffré	Il est présenté sous la forme d'un taux. Le calcul de l'indicateur est réalisé sur un échantillon aléatoire de 60 dossiers médicaux portant sur le 2 <sup>e</sup> semestre de l'année concernée. Il correspond au pourcentage de patients ayant bénéficié d'une RCP datée, comportant la proposition de prise en charge et réalisée avec au moins trois professionnels de spécialités différentes.
Référentiel de comparaison	Les modalités de comparaison pour la diffusion publique se font par rapport au seuil de performance fixé à 80 % (ne change pas au cours des années afin de visualiser les changements de classe). Les classes de performances qui en découlent sont calculées en tenant compte de l'intervalle de confiance. Elles indiquent où se positionnent les établissements par rapport au niveau de qualité attendu. Les établissements en classe A (3 étoiles) ont dépassé cette valeur attendue. Ceux en classe B (2 étoiles) l'ont atteinte. Ceux en classe C (1 étoile) ne l'ont pas encore atteinte. La classe D (aucune étoile) correspond aux établissements qui n'ont pas évalué la qualité de leur prise en charge. Clés de lecture : – dans les établissements de classe A, plus de 8 patients sur 10 ont bénéficié d'une RCP bien conduite; – dans les établissements de la classe B, 8 patients sur 10 ont bénéficié d'une RCP bien conduite; – dans les établissements de la classe C, moins de 8 patients sur 10 ont bénéficié d'une RCP bien conduite; – les établissements D n'ont pas répondu à leur obligation de recueil.
Critère d'inclusion	Recueil obligatoire pour tous les établissements titulaires d'une autorisation en cancérologie et prenant en charge au minimum 10 primo-diagnostic de cancer sur l'année précédant celle du recueil.
Critère d'exclusion	Établissements non titulaires d'une autorisation en cancérologie.
Type d'indicateurs	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque: non.
<b>MODE D'ÉVALUATION DE L'INDICATEUR</b>	
L'évaluation des dossiers est réalisée au moyen d'une grille d'analyse. L'évaluation est satisfaite si la trace d'une RCP datée, comportant la proposition de prise en charge et réalisée avec au moins 3 professionnels de spécialités différentes est retrouvée lors de la prise en charge initiale d'un primo-diagnostic de cancer.	

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR : PRESCRIPTIONS MÉDICAMENTEUSES APPROPRIÉES APRÈS UN INFARCTUS DU MYOCARDE (BASI 2)

Définition	<p>L'indicateur évalue la prescription de l'ensemble des traitements nécessaires à la sortie de l'établissement de santé, après un infarctus du myocarde.</p> <p>Un patient ayant fait un infarctus du myocarde doit avec un suivi régulier pour prévenir les complications. Ce suivi consiste notamment à bien suivre le traitement médicamenteux BASI (B pour bêtabloquant, A pour antiagrégant plaquettaire, S pour statine et I pour inhibiteur de l'enzyme de conversion). Ce traitement est prescrit dès la sortie de l'hôpital.</p> <p>Le score, initialement nommé score BASI, est dorénavant nommé score BASI2 car le score a changé depuis la campagne de recueil de 2012 (données 2011). En effet, le changement de calcul de l'indicateur relatif à la prescription de bêtabloquant induit un changement dans le calcul du score BASI puisqu'il fait partie des indicateurs qui sont agrégés.</p>
Le résultat chiffré	<p>Il est présenté sous la forme d'un score sur 100. Le calcul de l'indicateur est réalisé sur un échantillon aléatoire de 80 dossiers médicaux portant sur des séjours de l'année concernée.</p> <p>Pour chaque dossier, il est recherché la prescription des 4 traitements (ou la justification de la non-prescription) (cotation à 1). En cas de non-prescription sans justification médicale d'au moins un de ces traitements, le dossier est coté à 0. Un score global est calculé pour l'établissement.</p>
Référentiel de comparaison	<p>Les modalités de comparaison pour la diffusion publique se font par rapport au seuil de performance fixé à 90 %. Le seuil a été augmenté étant donné qu'en 2010, 80 % des établissements avaient atteint ou dépassé l'objectif fixé à 80 %. Les classes de performances qui en découlent sont calculées en tenant compte de l'intervalle de confiance. Elles indiquent où se positionnent les établissements par rapport au niveau de qualité attendu. Les établissements en classe A (3 étoiles) ont dépassé cette valeur attendue. Ceux en classe B (2 étoiles) l'ont atteinte. Ceux en classe C (1 étoile) ne l'ont pas encore atteinte. La classe D (aucune étoile) correspond aux établissements qui n'ont pas évalué la qualité de leur prise en charge.</p> <p>Clés de lecture :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dans les établissements de classe A, plus de 9 patients sur 10 ont un traitement médicamenteux adapté;</li> <li>- dans les établissements de la classe B, 9 patients sur 10 ont un traitement médicamenteux adapté;</li> <li>- dans les établissements de la classe C, moins de 9 patients ont un traitement médicamenteux adapté;</li> <li>- les établissements D n'ont pas répondu à leur obligation de recueil.</li> </ul>
Critère d'inclusion	Recueil obligatoire pour les établissements MCO traitant plus de 10 infarctus du myocarde sur l'année précédant celle du recueil.
Critère d'exclusion	Aucun.
Type d'indicateurs	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque: non.
<b>MODE D'ÉVALUATION DE L'INDICATEUR</b>	
<p>L'évaluation des dossiers est réalisée au moyen d'une grille d'analyse. Pour chaque dossier, il est recherché la prescription des 4 traitements (bêtabloquant, antiagrégant plaquettaire, statine et inhibiteur de l'enzyme de conversion) ou la justification de la non-prescription (cotation à 1). En cas de non-prescription et d'absence de justification, le dossier est coté à 0. Un score global est calculé pour l'établissement.</p> <p>L'indicateur est satisfait si dans chaque dossier, il est retrouvé :</p> <p>Pour le traitement anti-agrégant plaquettaire, une des 4 situations :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prescription d'aspirine et de clopidogrel ou de prasugrel à l'issue du séjour (ordonnance de sortie) en l'absence de contre-indication à l'aspirine et au clopidogrel ou au prasugrel,</li> <li>ou</li> <li>- prescription d'aspirine (ordonnance de sortie) et présente une contre-indication au clopidogrel ou au prasugrel,</li> <li>ou</li> <li>- prescription de clopidogrel ou de prasugrel (ordonnance de sortie) et présente une contre-indication à l'aspirine,</li> <li>ou</li> <li>- présence d'une contre-indication à l'aspirine et au clopidogrel ou au prasugrel.</li> </ul> <p>Pour le traitement par bêtabloquants, une des 3 situations :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prescription de bêtabloquants à l'issue du séjour (ordonnance de sortie) en l'absence de contre-indication,</li> <li>ou</li> <li>- présence d'au moins une contre-indication relative aux bêtabloquants et dont le dossier contient la trace d'une discussion bénéfique/risque justifiant la prescription ou non de bêtabloquants,</li> <li>ou</li> <li>- présence d'au moins une contre-indication absolue aux bêtabloquants :</li> </ul> <p>Et pour le traitement par IEC/ARA2, une mesure de la FEVG et pour les patients dont la FEVG est ≤ 40 % :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prescription d'IEC ou d'ARA 2 à l'issue du séjour (ordonnance de sortie), en l'absence de contre-indication,</li> <li>ou</li> <li>- présence d'une contre-indication aux IEC ou ARA 2.</li> </ul> <p>Et pour le traitement par statines, une des 2 situations :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prescription de statine à l'issue du séjour (ordonnance de sortie),</li> <li>ou</li> <li>- l'absence de prescription pour les patients déjà sous un autre hypolipémiant avant l'IDM ou présentant un taux de LDL-cholestérol inférieur à 1g/l ou une contre-indication aux statines.</li> </ul>	

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR : SENSIBILISATION AUX RÈGLES HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES APRÈS UN INFARCTUS DU MYOCARDE (HYG)

Définition	Cet indicateur évalue la réalisation et la notification dans le dossier d'une sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques au cours ou à l'issue du séjour hospitalier après un IDM.
Le résultat chiffré	Il est présenté sous la forme d'un taux. Le calcul de l'indicateur est réalisé sur un échantillon aléatoire de 80 dossiers médicaux portant sur des séjours de l'année concernée. Il correspond au pourcentage de patients ayant fait l'objet d'une sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques.
Référentiel de comparaison	Les modalités de comparaison pour la diffusion publique se font par rapport au seuil de performance fixé à 80 % (ne change pas au cours des années afin de visualiser les changements de classe). Les classes de performances qui en découlent sont calculées en tenant compte de l'intervalle de confiance. Elles indiquent où se positionnent les établissements par rapport au niveau de qualité attendu. Les établissements en classe A (3 étoiles) ont dépassé cette valeur attendue. Ceux en classe B (2 étoiles) l'ont atteinte. Ceux en classe C (1 étoile) ne l'ont pas encore atteinte. La classe D (aucune étoile) correspond aux établissements qui n'ont pas évalué la qualité de leur prise en charge. Clés de lecture: – dans les établissements de classe A, plus de 8 patients sur 10 ont bénéficié d'une sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques; – dans les établissements de la classe B, 8 patients sur 10 ont bénéficié d'une sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques; – dans les établissements de la classe C, moins de 8 patients ont bénéficié d'une sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques; – les établissements D n'ont pas répondu à leur obligation de recueil.
Critère d'inclusion	Recueil obligatoire pour les établissements traitant plus de 10 infarctus du myocarde sur l'année précédant celle du recueil.
Critère d'exclusion	Aucun.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque: non.
<b>MODE D'ÉVALUATION DE L'INDICATEUR</b>	
<p>L'évaluation des dossiers est réalisée au moyen d'une grille d'analyse. L'évaluation est satisfaite si une trace de la sensibilisation du patient aux règles hygiéno-diététiques est retrouvée dans le dossier du patient pendant le séjour ou à la sortie. Cette sensibilisation peut être réalisée sous une ou plusieurs formes parmi les suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– consultation diététicien(ne) (prévue ou réalisée);</li> <li>– consultation nutritionniste (prévue ou réalisée);</li> <li>– participation à un atelier d'éducation thérapeutique (prévue ou réalisée);</li> <li>– ou conseils notés dans le dossier ou dans le courrier de sortie.</li> </ul>	

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR : PRÉVENTION DE L'HÉMORRAGIE  
LORS DE LA DÉLIVRANCE APRÈS UN ACCOUCHEMENT (DEL)

Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la réalisation d'injection prophylactique de l'injection d'ocytocine et du contrôle de l'état du placenta.
Le résultat chiffré	Il est présenté sous la forme d'un taux. Le calcul de l'indicateur est réalisé sur un échantillon aléatoire de 60 dossiers médicaux portant sur des séjours de l'année concernée. Il correspond au pourcentage de dossiers d'accouchement comportant la modalité de la délivrance, la trace d'une injection prophylactique d'ocytocine et une conclusion, en cas de voie basse, de l'examen du placenta.
Référentiel de comparaison	Les modalités de comparaison pour la diffusion publique se font par rapport au seuil de performance fixé à 80 %. Les classes de performances qui en découlent sont calculées en tenant compte de l'intervalle de confiance. Elles indiquent où se positionnent les établissements par rapport au niveau de qualité attendu. Les établissements en classe A (3 étoiles) ont dépassé cette valeur attendue. Ceux en classe B (2 étoiles) l'ont atteinte. Ceux en classe C (1 étoile) ne l'ont pas encore atteinte. La classe D (aucune étoile) correspond aux établissements qui n'ont pas évalué la qualité de leur prise en charge. Clés de lecture: – dans les établissements de classe A, plus de 8 dossiers sur 10 ont une traçabilité correcte; – dans les établissements de la classe B, 8 patients sur 10 ont une traçabilité correcte; – dans les établissements de la classe C, moins de 8 patients sur 10 ont une traçabilité correcte; – les établissements D n'ont pas répondu à leur obligation de recueil.
Critère d'inclusion	Recueil obligatoire pour toutes les maternités.
Critère d'exclusion	Aucun.
Type d'indicateurs	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque: non.
<b>MODE D'ÉVALUATION DE L'INDICATEUR</b>	
Recueil rétrospectif sur dossier. Pour chaque dossier est recherché l'ensemble des éléments demandés dans le dossier.	



FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR : SURVEILLANCE CLINIQUE MINIMALE  
EN SALLE DE NAISSANCE APRÈS L' ACCOUCHEMENT (SURMIN)

Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la surveillance clinique minimale* et l'examen médical autorisant la sortie de la salle de naissance.
Le résultat chiffré	Il est présenté sous la forme d'un taux. Le calcul de l'indicateur est réalisé sur un échantillon aléatoire de 60 dossiers médicaux portant sur des séjours de l'année concernée. Il correspond au pourcentage de dossiers comportant la trace de la surveillance clinique minimale* ainsi que la trace de l'examen médical autorisant la sortie de la salle de naissance
Référentiel de comparaison	Les modalités de comparaison pour la diffusion publique se font par rapport au seuil de performance fixé à 80 %. Les classes de performances, qui en découlent, sont calculées en tenant compte de l'intervalle de confiance. Elles indiquent où se positionnent les établissements par rapport au niveau de qualité attendu. Les établissements en classe A (3 étoiles) ont dépassé cette valeur attendue. Ceux en classe B (2 étoiles) l'ont atteinte. Ceux en classe C (1 étoile) ne l'ont pas encore atteinte. La classe D (aucune étoile) correspond aux établissements qui n'ont pas évalué la qualité de leur prise en charge. Clés de lecture : – dans les établissements de classe A, plus de 8 dossiers sur 10 ont une traçabilité correcte; – dans les établissements de la classe B, 8 patients sur 10 ont une traçabilité correcte; – dans les établissements de la classe C, moins de 8 patients sur 10 ont une traçabilité correcte; – les établissements D n'ont pas répondu à leur obligation de recueil.
Critère d'inclusion	Recueil obligatoire pour toutes les maternités.
Critère d'exclusion	Aucun.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque: non.
<b>MODE D'ÉVALUATION DE L'INDICATEUR</b>	
Recueil rétrospectif sur dossier. Pour chaque dossier est recherché l'ensemble des éléments demandés dans le dossier.	
*Pouls, tension artérielle, évaluation de la qualité du globe utérin et évaluation des pertes sanguines effectués au moins à 2 reprises dans les deux heures suivant l'accouchement	

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR : DATE ET HEURE DE SURVENUE DES SYMPTÔMES  
LORS DE LA PRISE EN CHARGE INITIALE DE L'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL (DHS)

Définition	Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC ischémique (« infarctus cérébral »): Taux de patients pour lesquels la trace de la date et de l'heure de début des symptômes est retrouvée.
Le résultat chiffré	Il est présenté sous la forme d'un taux. Le calcul de l'indicateur est réalisé sur un échantillon aléatoire de 80 dossiers médicaux portant sur des séjours de l'année concernée. Il correspond au pourcentage de séjours pour lesquels la trace de la date et de l'heure de début des symptômes est retrouvée.
Référentiel de comparaison	Les modalités de comparaison pour la diffusion publique se font par rapport au seuil de performance fixé à 80 %. Les classes de performances qui en découlent sont calculées en tenant compte de l'intervalle de confiance. Elles indiquent où se positionnent les établissements par rapport au niveau de qualité attendu. Les établissements en classe A (3 étoiles) ont dépassé cette valeur attendue. Ceux en classe B (2 étoiles) l'ont atteinte. Ceux en classe C (1 étoile) ne l'ont pas encore atteinte. La classe D (aucune étoile) correspond aux établissements qui n'ont pas évalué la qualité de leur prise en charge. Clés de lecture: – dans les établissements de classe A, plus de 8 dossiers sur 10 ont une traçabilité correcte; – dans les établissements de la classe B, 8 patients sur 10 ont une traçabilité correcte; – dans les établissements de la classe C, moins de 8 patients sur 10 ont une traçabilité correcte; – les établissements D n'ont pas répondu à leur obligation de recueil.
Critère d'inclusion	Recueil obligatoire pour les établissements traitant plus de 10 AVC sur l'année précédant celle du recueil.
Critère d'exclusion	Aucun.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque: non.
<b>MODE D'ÉVALUATION DE L'INDICATEUR</b>	
Recueil rétrospectif sur dossier. Pour chaque dossier est recherché l'ensemble des éléments demandés dans le dossier.	

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR : ASPIRINE APRÈS UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL ISCHÉMIQUE (ASP)

Définition	Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC ischémique (« infarctus cérébral »). Taux de patients pour lesquels la trace d'une administration appropriée d'aspirine est retrouvée.
Le résultat chiffré	Il est présenté sous la forme d'un taux. Le calcul de l'indicateur est réalisé sur un échantillon aléatoire de 80 dossiers médicaux portant sur des séjours de l'année concernée. Il correspond au pourcentage de séjours pour lesquels une administration d'aspirine appropriée (selon les recommandations), en dehors d'une contre-indication, est retrouvée avant la 24 <sup>e</sup> heure d'hospitalisation.
Référentiel de comparaison	Les modalités de comparaison pour la diffusion publique se font par rapport au seuil de performance fixé à 80 %. Les classes de performances qui en découlent sont calculées en tenant compte de l'intervalle de confiance. Elles indiquent où se positionnent les établissements par rapport au niveau de qualité attendu. Les établissements en classe A (3 étoiles) ont dépassé cette valeur attendue. Ceux en classe B (2 étoiles) l'ont atteinte. Ceux en classe C (1 étoile) ne l'ont pas encore atteinte. La classe D (aucune étoile) correspond aux établissements qui n'ont pas évalué la qualité de leur prise en charge. Clés de lecture : – dans les établissements de classe A, plus de 8 dossiers sur 10 ont une traçabilité correcte ; – dans les établissements de la classe B, 8 patients sur 10 ont une traçabilité correcte ; – dans les établissements de la classe C, moins de 8 patients sur 10 ont une traçabilité correcte ; – les établissements D n'ont pas répondu à leur obligation de recueil.
Critère d'inclusion	Recueil obligatoire pour les établissements traitant plus de 10 AVC sur l'année précédant celle du recueil.
Critère d'exclusion	Aucun.
Type d'indicateurs	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
<b>MODE D'ÉVALUATION DE L'INDICATEUR</b>	
Recueil rétrospectif sur dossier. Pour chaque dossier est recherché l'ensemble des éléments demandés dans le dossier.	

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR : ÉVALUATION PAR UN PROFESSIONNEL DE LA RÉÉDUCATION LORS DE LA PRISE EN CHARGE INITIALE DE L'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL (EPR)

Définition	Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC. Taux de patients ayant eu une évaluation par un professionnel de la rééducation.
Le résultat chiffré	Il est présenté sous la forme d'un taux. Le calcul de l'indicateur est réalisé sur un échantillon aléatoire de 80 dossiers médicaux portant sur des séjours de l'année concernée. Il correspond au pourcentage de séjours pour lesquels la trace d'une évaluation par un professionnel de la rééducation (médecin MPR, kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute) est retrouvée ou pour lesquels le patient ne présente pas de déficit.
Référentiel de comparaison	Les modalités de comparaison pour la diffusion publique se font par rapport au seuil de performance fixé à 80 %. Les classes de performances qui en découlent sont calculées en tenant compte de l'intervalle de confiance. Elles indiquent où se positionnent les établissements par rapport au niveau de qualité attendu. Les établissements en classe A (3 étoiles) ont dépassé cette valeur attendue. Ceux en classe B (2 étoiles) l'ont atteinte. Ceux en classe C (1 étoile) ne l'ont pas encore atteinte. La classe D (aucune étoile) correspond aux établissements qui n'ont pas évalué la qualité de leur prise en charge. Clés de lecture : – dans les établissements de classe A, plus de 8 dossiers sur 10 ont une traçabilité correcte ; – dans les établissements de la classe B, 8 patients sur 10 ont une traçabilité correcte ; – dans les établissements de la classe C, moins de 8 patients sur 10 ont une traçabilité correcte ; – les établissements D n'ont pas répondu à leur obligation de recueil.
Critère d'inclusion	Recueil obligatoire pour les établissements traitant plus de 10 AVC sur l'année précédant celle du recueil.
Critère d'exclusion	Aucun.
Type d'indicateurs	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
<b>MODE D'ÉVALUATION DE L'INDICATEUR</b>	
Recueil rétrospectif sur dossier. Pour chaque dossier est recherché l'ensemble des éléments demandés dans le dossier.	

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR : TENUE DU DOSSIER DU PATIENT  
DANS LE CADRE DE LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL (AVC-TDP)

Définition	Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC. Score de conformité du contenu du dossier des patients pris en charge pour un AVC.
Le résultat chiffré	Il est présenté sous la forme d'un score sur 100. Le calcul de l'indicateur est réalisé sur un échantillon aléatoire de 80 dossiers médicaux portant sur des séjours de l'année concernée. Pour chaque dossier, un score de qualité, compris entre 0 et 1, est calculé à partir des critères retenus. La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score est proche de 1. Un score global est calculé pour l'établissement: il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x 100).
Référentiel de comparaison	Les modalités de comparaison pour la diffusion publique se font par rapport au seuil de performance fixé à 80 %. Les classes de performances qui en découlent sont calculées en tenant compte de l'intervalle de confiance. Elles indiquent où se positionnent les établissements par rapport au niveau de qualité attendu. Les établissements en classe A (3 étoiles) ont dépassé cette valeur attendue. Ceux en classe B (2 étoiles) l'ont atteinte. Ceux en classe C (1 étoile) ne l'ont pas encore atteinte. La classe D (aucune étoile) correspond aux établissements qui n'ont pas évalué la qualité de leur prise en charge. Clés de lecture: – dans les établissements de classe A, plus de 8 dossiers sur 10 ont une traçabilité correcte; – dans les établissements de la classe B, 8 patients sur 10 ont une traçabilité correcte; – dans les établissements de la classe C, moins de 8 patients sur 10 ont une traçabilité correcte; – les établissements D n'ont pas répondu à leur obligation de recueil.
Critère d'inclusion	Recueil obligatoire pour les établissements traitant plus de 10 AVC sur l'année précédant celle du recueil.
Critère d'exclusion	Aucun.
Type d'indicateurs	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque: non.
<b>MODE D'ÉVALUATION DE L'INDICATEUR</b>	
Recueil rétrospectif sur dossier. Pour chaque dossier est recherché l'ensemble des éléments demandés dans le dossier: antécédents/facteurs de risque cardio-vasculaires ; traitement habituel; score de gravité NIH; ECG ; tension artérielle; mesure de la glycémie capillaire; compte rendu de l'imagerie cérébrale initiale validé par un radiologue.	

ANNEXE III

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE CONTRÔLE QUALITÉ DU RECUEIL DES INDICATEURS

Table des matières

<b>1. Contexte</b> .....	2
<b>2. Objectifs de l'ONC</b> .....	2
<b>3. Méthodologie</b> .....	2
3.1. <i>Champ de l'inspection</i> .....	2
3.1.1. Contrôle des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales .....	2
3.1.2. Contrôle des indicateurs de qualité et de sécurité des soins de la HAS .....	3
3.2. <i>Sélection des établissements</i> .....	3
3.2.1. Sélection des établissements à contrôler pour le tableau de bord des infections nosocomiales .....	3
3.2.2. Sélection des établissements à contrôler pour les indicateurs de qualité et de sécurité des soins de la HAS .....	3
3.3. <i>Sélection des indicateurs</i> .....	4
3.3.1. Sélection des indicateurs du tableau de bord des IN à contrôler .....	4
3.3.2. Sélection des indicateurs de qualité et de sécurité des soins HAS à contrôler .....	4
3.4. <i>Formation</i> .....	5
3.5. <i>Outils disponibles selon les indicateurs concernés</i> .....	5
3.5.1. Outils de contrôle des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales .....	5
3.5.2. Outils de contrôle des indicateurs de qualité et de sécurité des soins de la HAS .....	5
<b>4. Modalités de validation</b> .....	6
4.1. Validation du contrôle des indicateurs du tableau de bord des IN .....	6
4.2. Validation du contrôle des indicateurs de qualité et de sécurité des soins de la HAS .....	6
<b>5. Impact du contrôle qualité du recueil</b> .....	6
5.1. <i>Affichage et diffusion publique</i> .....	6
5.2. <i>Synthèse régionale et nationale</i> .....	7

## 1. Contexte

Le tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales piloté par la DGOS et les indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS) pilotés par la HAS composent le dispositif des indicateurs généralisés en 2012.

Depuis 2006, le bilan d'activités permettant de décrire l'organisation, les moyens et les actions entreprises par l'établissement pour prévenir les infections nosocomiales fait l'objet d'un contrôle sur pièce et/ou sur site de la part des régions. Pour les indicateurs mesurant la qualité du dossier médical généralisés par la HAS depuis 2008, il n'y a à ce jour pas de dispositif de contrôle *a posteriori*.

Différentes utilisations nécessitent de s'assurer de la fiabilité des indicateurs.

Le dossier médical (support de la traçabilité des interventions) et la lutte contre les infections nosocomiales contribuent à assurer plus de qualité et la sécurité des soins pour le patient. La coordination entre professionnels peut être évaluée et suivie notamment au travers de la qualité du dossier médical.

Des indicateurs évaluent désormais les résultats des organisations des établissements dans différents domaines (qualité du dossier patient, évaluation des pratiques cliniques, infections nosocomiales). Outils de pilotage et de reporting pour l'établissement et l'ARS, ils sont par ailleurs diffusés au grand public.

Ces indicateurs sont utilisés dans la mise en œuvre et le suivi des plans de santé publique sur la prévention des infections nosocomiales, la psychiatrie et santé mentale, les accidents vasculaires cérébraux, l'obésité, le cancer, les soins palliatifs et la douleur.

Enfin, un dispositif d'incitation financière à la qualité reposant sur ces indicateurs est en cours d'expérimentation.

En 2013, une orientation de contrôle s'applique à l'ensemble des indicateurs généralisés<sup>1</sup> par la HAS et par la DGOS. Cette orientation de contrôle à vocation à être pérennisée dans le futur.

La liste des indicateurs généralisés fait l'objet d'un arrêté chaque année. Le nombre d'indicateurs à contrôler est donc variable d'une année à l'autre. Ainsi, l'arrêté du 5 mars 2013 fixe les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

Le présent guide a pour objectif d'aider les ARS à conduire ces contrôles. Il est accompagné d'une formation de deux journées (*cf.* point 3.4. Formation).

## 2. Objectifs de l'ONC

Le dispositif de contrôle qualité du recueil des indicateurs vise à :

- fiabiliser les résultats des indicateurs généralisés rendus opposables aux établissements de santé et utilisés notamment pour fournir une information de qualité au grand public et pour les démarches d'incitation financière à la qualité actuellement expérimentales ;
- valider l'organisation de l'établissement de santé au regard des exigences et discuter des priorités identifiées par l'établissement de santé en termes de lutte contre les infections nosocomiales ;
- contractualiser de façon fiable des plans d'amélioration de l'établissement de santé sur les éléments mesurés par les indicateurs.

## 3. Méthodologie

### 3.1. Champ de l'inspection

#### 3.1.1. Contrôle des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales

Tous les établissements de santé, publics et privé (CHU-CHR, centres hospitaliers, ex-hôpital local, cliniques, pour les activités MCO, SSR, CLCC HAD et santé mentale), français sont concernés par le tableau de bord des infections nosocomiales et, par conséquent, peuvent faire l'objet du contrôle.

L'inspection est organisée par l'ensemble des régions françaises (métropole et outre-mer)

---

(1) Un indicateur « généralisé » est un indicateur qui fait l'objet d'une campagne nationale de recueil (l'indicateur peut être obligatoire ou optionnel pour les établissements de santé). La communication du résultat d'un indicateur dont le recueil est obligatoire est disponible uniquement pour l'établissement lors de la première campagne de généralisation. Puis à partir de la deuxième campagne, les résultats deviennent publics (diffusion publique).



### 3.1.2. Contrôle des indicateurs de qualité et de sécurité des soins de la HAS

En lien avec les indicateurs obligatoires en 2013 (arrêté du 5 mars 2013), seuls les établissements de santé, publics et privés (CHU-CHR, centres hospitaliers, ex-hôpital local, cliniques), MCO sont concernés par les indicateurs de qualité et de sécurité des soins de la HAS contrôlés en 2013 (indicateurs de pratiques cliniques MCO).

En 2014, seront également concernés les établissements SSR, HAD et santé mentale.

L'inspection est organisée par l'ensemble des régions françaises (métropole et outre-mer).

### 3.2. Sélection des établissements

En 2013, l'objectif en termes d'établissements de santé à contrôler s'élève à 10 % au niveau de chaque région. La stratégie est double, elle repose, d'une part, sur le fait que chaque établissement puisse faire l'objet d'un contrôle avec un tirage au sort national et que, d'autre part, l'ARS cible ces contrôles en fonction de critères qui lui sont propres (exemple: résultats aberrants, problématique locale...).

#### 3.2.1. Sélection des établissements à contrôler pour le tableau de bord des infections nosocomiales

Depuis 2006, 10 % des établissements de santé au niveau national font l'objet d'une validation externe par les ARS à partir de l'analyse des éléments de preuve des données déclarées par l'établissement (contrôle sur pièce et/ou sur site).

La liste de sélection de ces établissements se décompose comme suit au niveau régional:

Tirage au sort par l'ATIH.

En ayant recours au tirage au sort, chaque établissement a la possibilité d'être contrôlé.

Sélection par l'ARS.

Ce choix relève de l'ARS qui définit la cible de son contrôle en fonction de différents critères: établissement jamais contrôlé, suivi d'un précédent contrôle, résultats aberrants, évolution des résultats atypiques, problématique locale de l'établissement (signalements, épidémie, modification des organisations ou des activités), problématique régionale impactant l'ES contrôlé (épidémie régionale, gestion alerte IN), contractualisation, participation de l'ES au projet IFAQ...

#### 3.2.2. Sélection des établissements à contrôler pour les indicateurs de qualité et de sécurité des soins de la HAS

En 2013, le contrôle porte sur le recueil des indicateurs recueillis en 2013: il s'agit de trois thèmes d'indicateurs de pratiques cliniques:

1. « Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral » (AVC).
2. « Prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde » (IDM).
3. « Prévention et prise en charge initiale de l'hémorragie du *post-partum* immédiat » (PP-HPP).

Ces indicateurs ne s'appliquant qu'en cas d'activité spécifique réalisée, le contrôle ne concerne qu'une proportion limitée des établissements qui ne peut être définie a priori. Le nombre d'établissements à contrôler a été estimé à partir du nombre d'établissements ayant réalisé les recueils AVC, IDM et PP-HPP en 2012. On peut considérer que le nombre d'établissement est équivalent en 2013:

1. Thème AVC: 497 ES participants.
2. Thème IDM: 382 ES participants.
3. Thème PP-HPP: 506 ES participants.

Au total, sur les 572 établissements identifiés (en 2012):

- 190 ont réalisé le recueil d'un seul thème.
- 75 ont réalisé le recueil de deux thèmes.
- 307 ont réalisé le recueil des trois thèmes.

L'objectif en termes d'établissements de santé à contrôler s'élève à 10 % par thème et par région. La liste de sélection de ces établissements se décompose comme suit au niveau régional:

Tirage au sort par l'ATIH.

En ayant recours au tirage au sort, chaque établissement a la possibilité d'être contrôlé. Pour les régions ayant moins de 20 établissements concernés par le thème contrôlé, un établissement sera tiré au sort.

Sélection par l'ARS.

Ce choix relève de l'ARS qui définit la cible de son contrôle en fonction de différents critères : résultats aberrants, évolution des résultats atypiques, problématique locale de l'établissement, problématique régionale impactant l'ES contrôlé, contractualisation, participation de l'ES au projet IFAQ... Pour les régions ayant moins de 20 établissements concernés par le thème contrôlé, un établissement sera sélectionné par l'ARS.

Remarque : si l'ARS souhaite faire un contrôle sur les autres indicateurs (tenue du dossier, traçabilité de la douleur, etc.), elle dispose des grilles d'audit utilisées par les établissements de santé. Cette démarche se fera hors ONC, c'est-à-dire sans outil *ad hoc* fourni. Par ailleurs, en termes de décision (*cf. supra*), il n'y aura pas d'effet sur les résultats affichés en diffusion publique sur Platinex qui de fait a déjà eu lieu en novembre 2012.

### 3.3. Sélection des indicateurs

Les indicateurs concernés par le contrôle qualité du recueil sont les indicateurs recueillis en 2013 et cités dans l'arrêté du 5 mars 2013 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public ses résultats.

#### 3.3.1. Sélection des indicateurs du tableau de bord des IN à contrôler

Pour chaque établissement contrôlé, le contrôle peut porter sur un ou plusieurs indicateurs du tableau de bord des IN en fonction du plan d'inspection régional. Plusieurs cas de figure peuvent être envisagés :

- pour les établissements de santé n'ayant jamais fait l'objet d'un contrôle qualité de leur tableau de bord IN : le contrôle porte sur l'ensemble des indicateurs IN renseignés par l'établissement (ce nombre est fonction de la catégorie d'établissement) ;
- pour les établissements ayant déjà fait l'objet d'un contrôle qualité de leur tableau de bord IN : le contrôle porte sur un, plusieurs ou la totalité des indicateurs renseignés par l'établissement. Ce choix relève de l'ARS qui veillera cependant à maintenir une cohérence dans les indicateurs contrôlés : contrôler systématiquement l'indicateur ICALIN.2, ne pas dissocier les trois indicateurs complémentaires de lutte contre les BMR (ICATB, ICA-BMR, indice SARM)...

#### 3.3.2. Sélection des indicateurs de qualité et de sécurité des soins HAS à contrôler

En 2013, ces indicateurs concernent trois thèmes relatifs à des prises en charge différentes :

- prise en charge initiale de l'AVC (AVC) – 4 IQs :
  - date et heure de survenue des symptômes lors de la prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral (DHS) (anciennement éligibilité à la thrombolyse TTT) ;
  - aspirine après un accident vasculaire cérébral ischémique (ASP) ;
  - évaluation par un professionnel de la rééducation lors de la prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral (EPR) ;
  - tenue du dossier du patient dans le cadre de la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral (AVC-TDP) ;
- prise en charge initiale de l'IDM (IDM) – 2 IQs :
  - prescriptions médicamenteuses appropriées après un infarctus du myocarde (BASI) ;
  - sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques après un infarctus du myocarde (HYG) ;
- prévention et prise en charge initiale des hémorragies du *post-partum* immédiat (PP-HPP) – 2 IQs
  - prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement (DEL) ;
  - surveillance clinique minimale en salle de naissance après l'accouchement (SURMIN).

Pour chaque établissement sélectionné, le contrôle peut porter sur un ou plusieurs thèmes.

Remarque : en 2014, il portera sur les indicateurs évaluant la qualité du dossier patient (MCO, SSR, PSY et HAD) et sur l'indicateur évaluant les RCP.

Modalités de contrôle :

Pour les infections nosocomiales, le contrôle peut se faire au choix de l'ARS sur pièce ou sur place<sup>1</sup>. L'inspection sur place permet, outre la vérification des éléments de preuve déclarés, de vérifier la réalité de la mise en œuvre des actions. La grille est une aide pour les éléments de preuve.

(1) Au cours d'une visite spéciale ou d'une visite pour une autre occasion.

Pour les indicateurs HAS, l'évaluation est réalisée sur place<sup>1</sup>, car elle porte sur les informations contenues dans des dossiers de patient. Elle permet également de vérifier la réalité de la mise en œuvre des prises en charge.

Période de contrôle :

Pour les indicateurs de qualité et de sécurité des soins de la HAS, les outils de contrôle développés par l'ATIH seront disponibles au plus tard fin juin. Ces outils seront communs et donc livrés au même moment pour le contrôle des trois campagnes :

- recueil des indicateurs évaluant la prise en charge de l'HPP (fin de la campagne le 15 mai);
- recueil des indicateurs évaluant la prise en charge de l'AVC (fin de la campagne le 18 juin);
- recueil des indicateurs évaluant la prise en charge de l'IDM (fin de la campagne le 28 juin).

La période de contrôle nationale devra se clôturer et être validée pour le 21 septembre 2013 pour l'ensemble des indicateurs TdBIN et HAS.

### 3.4. Formation

Une formation sera coanimée par le service IPAQSS de la HAS et le bureau qualité et sécurité des soins de la DGOS. Les frais de transport, de repas et d'hébergement sont à la charge des ARS.

La formation se déroulera à la Haute Autorité de santé : 266, avenue du Président-Wilson, 93218 Saint-Denis-La Plaine Cedex; durée: deux jours.

Deux sessions au choix sont proposées :

- jeudi 25 et vendredi 26 avril 2013;
- jeudi 23 et vendredi 24 mai 2013.

La formation s'adresse aux personnels des ARS chargés des inspections dans le cadre de l'orientation nationale 2013 pour le contrôle de la qualité des données ou déclarations sur les indicateurs généralisés des établissements de santé (deux professionnels par ARS).

Le contenu de la formation abordera différents points :

- contexte de l'orientation nationale de contrôle 2013;
- bilan des contrôle qualité et inspection des années précédentes (national et régional) réalisés sur les indicateurs TdBIN;
- modalité de l'inspection;
- impact des résultats de l'inspection de contrôle.

En annexe, le bulletin d'inscription à retourner avant le 22 avril 2013, par mail à Mme Virginie MOURAO – HAS (v.mourao@has-sante.fr).

### 3.5. Outils disponibles selon les indicateurs concernés

Les outils sont à adapter en fonction des indicateurs concernés par le contrôle qualité du recueil et de la sélection faite par les ARS.

#### 3.5.1. Outils de contrôle des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales

Plate-forme de saisie du bilan LIN : accès ARS <http://bilanlin.atih.sante.fr>

Les outils sont déjà développés et utilisés par les ARS depuis 2006 (cahier des charges définissant les éléments de preuve, constat de validation, liste de validation des données, grille de contrôle et liste des établissements de santé tirés au sort par l'ATIH).

#### 3.5.2. Outils de contrôle des indicateurs de qualité et de sécurité des soins de la HAS

Les outils de contrôle sont développés spécifiquement pour le contrôle par l'ATIH. Ils sont fournis en version papier, mais seront également informatisés pour le début des contrôles. La formation permettra d'apprendre à les connaître.

L'outil informatique développé correspondra aux grilles de recueil des indicateurs préremplies par l'ES. L'inspecteur fera son contrôle directement, en ligne, sur les grilles préremplies, dont il pourra, le cas échéant, modifier les données si besoin.

Une fois le contrôle terminé, il validera sa saisie et obtiendra automatiquement le tableau de bord du contrôle et le résultat du contrôle. Il aura la possibilité d'extraire ces résultats sous la forme d'un document PDF qui fera office de rapport d'inspection. Ainsi, les grilles de recueil des indicateurs permettent de connaître l'ensemble des questions qui seront à contrôler.

Une grille de recueil correspond à un dossier patient analysé. Dans le cadre du contrôle, 10 dossiers patients sont tirés au sort (sur les 80 analysés par l'ES au moment de la campagne nationale) et sont contrôlés.

#### 4. Modalités de validation

##### 4.1. Validation du contrôle des indicateurs du tableau de bord des IN

Pour les indicateurs du tableau de bord des IN, le contrôle peut se faire au choix de l'ARS sur pièce ou sur place<sup>1</sup>. L'inspection sur place permet, outre la vérification des éléments de preuve déclarés, de vérifier la réalité de la mise en œuvre des actions. La grille est une aide pour vérifier les éléments de preuve.

Le cadre du contrôle s'organise à la convenance des services de l'ARS qui en sont chargés en liaison avec les établissements sélectionnés.

La validation pourra se limiter au strict remplissage de la « liste de validation » ou être l'occasion de faire le point sur la prévention des infections associées aux soins au sein de l'établissement, dans le cadre d'une démarche d'accompagnement des établissements.

La validation des éléments de preuve devra faire l'objet d'un « constat de validation », qui pourra être la « Liste de validation des données ». La double signature de ce document par le représentant légal de l'établissement et par le responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ne sera indispensable qu'en cas de divergence avec les déclarations de l'établissement. La date à laquelle l'établissement devra avoir changé les données devra être précisée.

Si l'établissement approuve le « constat de validation », les corrections relatives au tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales seront apportées par l'établissement directement sur la plate-forme de l'ATIH. Le personnel des ARS en charge de l'inspection validera ensuite ces modifications.

Si l'ARS n'approuve pas le « constat de validation » pour cause de discordance, le ou les items concernés seront égaux à « zéro » pour les indicateurs du tableau de bord des IN.

Les validations et les corrections devront être réalisées avant le 21 septembre 2013.

##### 4.2. Validation du contrôle des indicateurs de qualité et de sécurité des soins de la HAS

Le cadre du contrôle pour les indicateurs de qualité et de sécurité des soins de la HAS s'organise au sein de l'établissement de santé en lien avec la direction et le référent médical désigné par la direction. L'évaluation est réalisée sur place<sup>1</sup>, car elle porte sur les informations contenues dans l'ensemble d'un dossier de patient. Elle permet également de vérifier la réalité de la mise en œuvre des prises en charge.

Le contrôle et la validation des éléments de preuve trouvés dans le dossier de patient pourront faire l'objet d'une discussion argumentée entre le référent de l'établissement et le contrôleur de l'ARS en cas de désaccord. En dernier lieu, l'avis du contrôleur de l'ARS sera retenu.

Les inspections-contrôles devront être réalisées avant le 21 septembre 2013.

#### 5. Impact du contrôle qualité du recueil

##### 5.1. Affichage et diffusion publique

Les établissements qui auront fait l'objet d'un contrôle seront signalés et la synthèse du contrôle sera mentionnée sur le site d'information sur la qualité des prises en charge en établissements de santé pour les usagers. La différence sera faite entre un contrôle montrant une surévaluation des résultats de l'ES et un contrôle montrant une sous-évaluation des résultats de l'ES.

Remarque : pour les indicateurs du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales, il y a possibilité de recalculer des résultats de l'IQ. Pour les indicateurs de qualité et de sécurité des soins de la HAS, il n'y a pas de possibilité de recalculer des résultats de l'IQ.

Aussi, en termes de lisibilité des décisions suite aux inspections, les mentions suivantes (ou équivalentes) seront indiquées sur le site :

- en cas de contrôle validant le recueil réalisé par l'ES :
  - la qualité des données a été validée par l'ARS ;
- en cas de contrôle montrant une sous-estimation des résultats de l'ES :
  - la qualité des données a été validée par l'ARS.
- en cas de contrôle montrant une sur-estimation des résultats de l'ES :

---

(1) Au cours d'une visite spéciale.

- pour les IN: les données ont été recalculées, car le contrôle de qualité par l'ARS a montré une discordance;
- pour IPAQSS: les données ne sont pas affichées, car le contrôle de qualité par l'ARS a montré une discordance.

### 5.2. *Synthèse régionale et nationale*

Les outils développés par l'ATIH pour le contrôle des indicateurs de qualité et de sécurité des soins de la HAS seront totalement informatisés. Il est prévu de pouvoir faire une extraction de la synthèse du contrôle au niveau d'un établissement et au niveau régional sous la forme d'un document PDF. Ce document PDF pourra faire office de rapport d'inspection.

Les documents de résultats du contrôle des indicateurs TdBIN et des indicateurs de la HAS auront le même format, afin de permettre une consolidation et un rapport d'inspection régional commun.