



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la santé et des sports

Direction générale de l'offre de soins
Sous-direction du pilotage de la performance des
acteurs de l'offre de soins
Bureau qualité et sécurité des soins

Affaire suivie par : Dr Laetitia May-Michelangeli
laetitia.may@sante.gouv.fr
Secrétariat : 01 40 56 46 58

La Ministre de la santé et des sports

à

Mesdames et Messieurs les Directeurs
des agences régionales de la santé
(pour information et diffusion)

Mesdames et Messieurs les directeurs des
établissements de santé
(pour attribution)

INSTRUCTION N°DGOS/PF/192/2010/du 9 juin 2010 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

Instruction validée par le CNP, le 03 juin 2010- Visa CNP 2010-78

NOR :

Date d'application : immédiate

NOR : SASH1015494J

Classement thématique : Etablissements de santé

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 : En lien avec l'article L6144-1 & L6161-2, l'arrêté du 30 décembre 2009 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 30 décembre 2009 ainsi que les objectifs nationaux à atteindre.

Mots clés : Indicateurs de qualité et de sécurité des soins – Etablissement de santé - Mise à la disposition du public – Description opérationnelle de la mise à disposition des indicateurs – Objectifs nationaux.

Textes de référence :

- 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) ;
- Articles L. 6144-1, L. 6161-2 et D. 6111-23 du code de la santé publique ;
- 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 30 décembre 2009 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.

Annexe 1 : Description opérationnelle de mise à la disposition du public des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

Annexe 2 : Modèle de données de comparaison des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins à mettre à la disposition du public par l'établissement de santé

Annexe 3 : Fiches descriptives des indicateurs

La présente instruction a pour objet de préciser les modalités d'application de l'arrêté fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats publiés en 2010 des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

I. Objectifs des dispositions législatives

Le président de la République, le 18 septembre 2008, a souhaité que les établissements de santé rendent publics des indicateurs en matière de qualité et de sécurité des soins. 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. En cas de non-respect de cette obligation, les directeurs généraux des agences régionales de santé peuvent prendre les mesures appropriées, notamment des sanctions financières.

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

- l'arrêté du 30 décembre 2009 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 ;
- 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.

Le ministère chargé de la santé a décidé en lien avec la Haute autorité de santé (HAS) de mettre en œuvre un dispositif de généralisation d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans tous les établissements de santé.

Les indicateurs, issus de travaux de recherche et d'expérimentation, sont des outils de transparence et des leviers d'amélioration de la qualité des soins. Les thèmes retenus répondent aux objectifs prioritaires de santé publique et d'organisation des soins, déterminés de manière concertée, après validation par les représentants des établissements de santé, les professionnels, les conférences des établissements de santé et les représentants des usagers.

Des outils informatiques dédiés permettent le recueil et le calcul des indicateurs ainsi que la transmission des données au ministère chargé de la santé ou à la HAS et la restitution rapide de résultats aux établissements de santé, aux agences régionales de santé et au grand public par le site Platines.

Les modalités de mise à la disposition du public des résultats par les établissements de santé sont précisées en annexe 1 et 2 ainsi que le contenu obligatoire de la communication. Les indicateurs de l'arrêté du 30 décembre 2009 sont décrits en annexe 3.

II. Objectifs nationaux

Des objectifs nationaux ont été déterminés pour les indicateurs cités dans l'arrêté du 30 décembre 2009 :

Les objectifs nationaux pour les cinq indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales sont ceux annoncés dans le programme national de prévention des infections nosocomiales 2005-2008 (cf. annexe 2).

Les objectifs nationaux à atteindre pour les résultats 2011 (publiés en 2012) pour les cinq indicateurs de qualité issus du dossier du patient hospitalisé en médecine, chirurgie ou obstétrique sont définis comme suit : l'objectif national est atteint si le résultat de l'établissement est significativement supérieur à 80% (ou non significativement différent de 80%).

Il appartient à chaque DGARS, de fixer dans le cadre de la politique régionale de santé, le cas échéant, des objectifs régionaux supérieurs pour les indicateurs cités.

La présente instruction est disponible sur le site internet du ministère de la santé : www.sante.gouv.fr, dossier indicateurs de qualité dans les établissements de santé.

Toutes informations complémentaires peuvent être recueillies, sous le présent timbre, auprès de la DGOS.

Pour la Ministre et par délégation
La Directrice générale de l'offre de soins

signé

Annie PODEUR

Texte abrogé

Annexe 1

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 :

- pour les établissements ayant une activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) sur le site internet du ministère chargé de la santé (site Platines : <http://www.platines.sante.gouv.fr>). Cette diffusion s'accompagne de données de comparaison pour aider à l'interprétation des résultats (cf annexe 1).
- pour les établissements de soins non répertoriés à ce jour sur le site Platines (soins de suite et réadaptation fonctionnelle, établissements psychiatriques, établissement d'hospitalisation à domicile...), sur le site <http://www.icalin.sante.gouv.fr/>

Dans un délai de deux mois à compter de la date de publication nationale des indicateurs, sur le site internet du ministère chargé de la santé (site Platines : <http://www.platines.sante.gouv.fr>), 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 l'annexe 1.

2. Les communications régionales

En complément, une communication régionale des résultats pourra être faite sous l'égide de l'agence régionale de santé. L'ARS est à même de fixer des objectifs régionaux qui peuvent être plus ambitieux que ceux nationaux (cf annexe 2)

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

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

Cette mise à disposition peut se faire par :

- Voie d'affichage dans le hall d'accueil, à proximité du bureau des entrées ou des urgences ;
- Transmission d'un dossier remis à l'admission du patient ou insertion d'un feuillet dans le livret d'accueil qui sera mis à jour en tant que de besoin ;
- Mise en ligne sur le site internet de l'établissement de santé.

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.

4. Les modalités de la communication par l'établissement

Les résultats annuels des indicateurs doivent être présentés et commentés en interne auprès des représentants des usagers de l'établissement, des professionnels et des instances, notamment à la commission ou la conférence médicale d'établissement, à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge et la commission de soins infirmiers, rééducation et médico-techniques.

5. Le contenu de cette communication

Dès la publication des résultats des indicateurs, au niveau national sur le site Platines, courant 2010, l'établissement organise la communication. Cette communication doit nécessairement comprendre les derniers résultats disponibles des indicateurs cités dans l'annexe de l'arrêté du 30 décembre 2009 à savoir :

- les cinq indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales (généralisation sous le pilotage du ministère de la santé et des sports), données de 2008 :
 - ICALIN (indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales) ;
 - ICSHA (indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques) ;
 - SURVISO (indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire) ;
 - ICATB (indice composite de bon usage des antibiotiques) ;
 - Score agrégé, élaboré à partir des résultats de chacun des indicateurs sus-cités.

- les cinq indicateurs de qualité issus du dossier du patient hospitalisé en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) (généralisation sous le pilotage de la HAS), données de 2009 :
 - Tenue du dossier patient ;
 - Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation ;
 - Traçabilité de l'évaluation de la douleur ;
 - Dépistage des troubles nutritionnels ;
 - Tenue du dossier anesthésique.

Les fiches descriptives de ces indicateurs sont en annexe 3.

Pour les établissements MCO, un export des données de l'établissement sur Platines peut être édité et servir de support de diffusion publique.

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.

Texte protégé

Annexe 2

Modèle de données de comparaison des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins à mettre à la disposition du public par l'établissement de santé

Conformément à la présentation sur le site « Platines » **pour les établissements MCO**, les établissements de santé devront présenter les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins accompagnés des items mentionnés dans les tableaux ci –dessous (extrait du site Platines)

Lutte contre les infections nosocomiales (Màj en Juin 2010)

	Résultat de l'établissement	Positionnement de l'établissement (Classe de performance)	Évolution par rapport à l'année précédente	Atteinte de l'objectif national (oui/non)
Le score agrégé (score sur 100)				
ICALIN (Indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales) (score sur 100)				
ICSHA (Indicateur de consommation de produits hydro Alcooliques) (score sur 100)				
SURVISO (Enquête d'incidence des infections de site opératoire) (réalisation de l'enquête)				
Score ICATB : Indice Composite de bon usage des AnTiBiotiques (score sur 20)				

Qualité de la prise en charge (Màj en Juin 2010)

	Résultat de l'établissement (+ fourchettes)	Positionnement par rapport à la moyenne nationale	Évolution par rapport à l'année précédente	Atteinte de l'objectif national
Qualité de tenue du dossier patient (score sur 100)				
Conformité du délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (pourcentage de dossiers conformes)				
Traçabilité de l'évaluation de la douleur (pourcentage de dossiers conformes)				
Dépistage des troubles nutritionnels (pourcentage de dossiers conformes)				
Qualité de tenue du dossier anesthésique (score sur 100)				

Interprétation des colonnes

1. Résultat de l'établissement

Le résultat est affiché sous la forme d'un nombre, d'un pourcentage ou d'une réponse « oui », « non », « NR » = non répondant ou « NA » = non adapté

2. Positionnement de l'établissement par rapport à la moyenne nationale :

Pour les indicateurs sur les infections nosocomiales :

- Pour le Score agrégé, ICALIN, ICSHA, ICATB : le résultat correspond à la classe de performance de l'établissement [A à F]. Si l'établissement n'est pas concerné par un indicateur : il sera noté NA (non adapté)
- Pour le SURVISO : le résultat affiché est « Oui », « Non » ou « NA » (non adapté quand l'établissement n'a pas d'activité chirurgicale).

Pour les indicateurs sur la qualité de la prise en charge

Le résultat est affiché sous la forme d'un « 😊 », « 😐 », « 😞 », « NR » ou « Effectif \leq 30 »

- « 😊 » : la position de l'établissement est significativement supérieure à la moyenne nationale (établissement dont la borne basse de l'intervalle de confiance (IC) à 95% (fourchette basse) est supérieure à la moyenne nationale) ;
- « 😐 » : la position de l'établissement est non significativement différente de la moyenne nationale (établissement dont l'IC à 95% (fourchette) coupe la moyenne nationale) ;
- « 😞 » : la position de l'établissement est significativement inférieure à la moyenne nationale (établissement dont la borne haute de l'IC à 95% (fourchette haute) est inférieure à la moyenne nationale) ;
- « NR » (Non Répondant) : établissement devant faire le recueil et qui n'a pas répondu à cette exigence
- « Effectif \leq 30 » : établissement dont le nombre minimum de dossiers applicables pour le calcul d'un indicateur est inférieur ou égal à 30 ; l'établissement n'a pas été intégré dans la référence et l'intervalle de confiance n'a pas été calculé. La comparaison n'est donc pas possible.

3. Evolution par rapport à l'année précédente

Pour les indicateurs sur les infections nosocomiales :

- Pour le score agrégé, ICALIN, ICSHA, ICATB : Le résultat est affiché sous forme d'une flèche
 - Flèche montante : amélioration de la classe de performance
 - Flèche stable : pas de changement de la classe de performance
 - Flèche descendante : diminution de la classe de performance
- Pour SURVISO : Le résultat est affiché sous forme d'une flèche ou de texte (exclus)
 - Flèche montante : Enquête réalisée uniquement l'année N
 - Flèche stable : Enquêtes réalisées l'année N - 1 et l'année N
 - Flèche descendante : Enquête réalisé uniquement l'année N -1
 - Exclus : Enquêtes non réalisées l'année N - 1 et l'année N

Pour les indicateurs sur la qualité de la prise en charge

- Le résultat est affiché sous forme d'une flèche ou de texte (non adapté ou effectif \leq 30)
- Flèche stable : établissement dont l'IC à 95% de l'année N coupe l'IC à 95% de l'année N - 1 ;
- Flèche montante : établissement dont la borne basse de l'intervalle de l'IC à 95% de l'année N est supérieure à la borne haute de l'IC à 95% de l'année N - 1 ;

- Flèche descendante : établissement dont la borne haute de l'IC à 95% de l'année N est inférieure à la borne basse de l'IC à 95% de l'année N - 1
- NA (non adapté) : établissement n'ayant pas fait le recueil l'année N -1
- Effectif ≤ 30 : établissement dont le nombre minimum de dossiers applicables pour le calcul d'un indicateur est inférieur ou égal à 30 sur l'année N, N - 1 ou sur les 2 années. Cet établissement n'est pas intégré dans le groupe de référence et l'intervalle de confiance n'est pas calculé.

4. Atteinte de l'objectif national par l'établissement

Pour les indicateurs sur les infections nosocomiales : les objectifs sont définis dans le programme national de prévention des infections nosocomiales 2005-2008. La réponse est « Oui » ou « NON »

- ICALIN : l'objectif national pour les résultats 2009 est atteint si l'établissement a augmenté de classe depuis 2005 et s'il n'est plus situé dans les classes de performance les plus basses (classes E ou F) ;
- ICSHA : l'objectif national pour les résultats 2009 est atteint si l'établissement est en classe de performance A ou B ;
- SURVISO : l'objectif national pour les résultats 2009 est atteint si la surveillance des infections du site opératoire est mise en place pour l'année N ;
- ICATB : l'objectif national pour les résultats 2009 est atteint si l'établissement est en classe de performance A, B ou C ;
- Score agrégé : C'est une agrégation des quatre indicateurs (ICALIN, ICSHA, ICATB et SURVISO) ; Il ne porte pas d'objectif national en propre, les objectifs étant déclinés pour chacun des indicateurs qui le composent.

Pour les indicateurs sur la qualité de la prise en charge

La réponse est « Oui », « non », « Non répondant » ou « Effectif ≤ 30 »

- « OUI » = l'objectif est atteint si le résultat de l'établissement est significativement supérieur à 80% ou non significativement différent de 80%
- Cela correspond au « + ou = » du tableau de bord de la certification de l'établissement publié par la HAS
- « NON » = si le résultat de l'établissement est significativement inférieur à 80%. Cela correspond au «-» du tableau de bord de la certification de l'établissement publié par la HAS
- "Non Répondant" : Etablissement devant faire le recueil et qui ne l'ont pas fait
- "Effectif ≤ 30 " : Etablissement dont le nombre minimum de dossiers applicables pour le calcul d'un indicateur est inférieur ou égal à 30, l'intervalle de confiance n'a pas été calculé. La comparaison n'est donc pas possible.

Pour les établissements non MCO (non répertoriés dans Platines), les établissements de santé devront présenter uniquement les résultats des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales. En effet, ils ne sont pas concernés cette année par le recueil des indicateurs de qualité issus du dossier patient.

L'établissement doit reporter dans un tableau les résultats issus du site www.icalin.sante.gouv.fr avec les items comme indiqués ci-dessous.

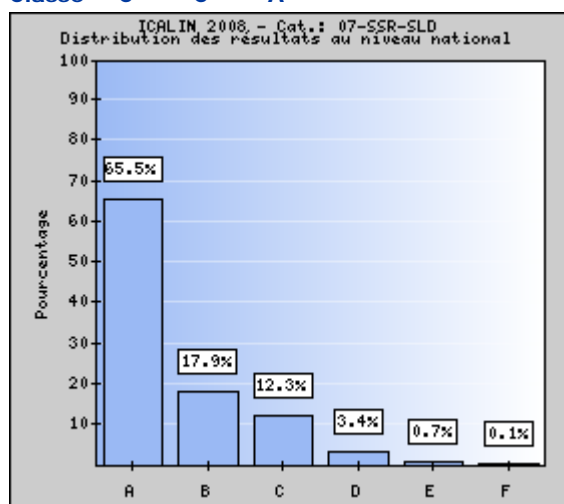
Année 2008	Thème	Résultat de l'établissement	Positionnement de l'établissement (Classe de performance)	Evolution / année précédente	Atteinte de l'objectif national par l'établissement (oui/non)
	Le score agrégé Score sur 100				Sans objet
	ICALIN (Indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales) Score sur 100	88.5	A	↗	OUI
	ICSHA (Indicateur de consommation de produits hydro alcooliques) Score sur 100				
	SURVISO (Surveillance des infections du site opératoire) Réalisation enquête				
	ICATB (Indice Composite de bon usage des AnTiBiotiques) Score sur 20				

Pour l'interprétation du tableau se reporter au paragraphe « Interprétation des colonnes » décrit ci-dessus.

Exemple pour un établissement non MCO pour le score ICALIN : les résultats à utiliser pour remplir le tableau sont disponibles sur www.icalin.sante.gouv.fr

Indice Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales

2006 2007 2008
Score 59.00 66.50 88.50
Classe C C A



Pour en savoir plus

- L'ensemble des informations nécessaires sont disponibles sur différents supports :
- Site de référence :
- Site Platines : <http://www.platines.sante.gouv.fr> ;
- Autres sites :
 - Tableau de bord des infections nosocomiales :
 - <http://www.icalin.sante.gouv.fr> ;
 - <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/tableau-de-bord-des-infections-nosocomiales-dans-les-etablissements-de-sante.html>
 - Plateforme Qualhas : <http://qualhas.atih.sante.fr>
 - Site internet de la HAS pour la certification : <http://www.has-sante.fr>

Texte abrogé

Annexe 3

Fiches descriptives des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

Fiche descriptive de l'indicateur « Indice Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales » (ICALIN)	
Définition	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 qu'il a mobilisés et les actions qu'il a mises en œuvre. Il ne s'agit pas du taux d'infections nosocomiales.
Le résultat : score chiffré	Pour chaque établissement le score ICALIN est calculé à partir de trois sous-indices pondérés de façon identique pour un total de 100 points à partir de 31 critères relatifs : <ol style="list-style-type: none"> 1. à l'<i>Organisation</i> (O) en termes d'intégration de la lutte contre les IN dans le fonctionnement de l'établissement, de présence d'une instance de coordination et d'outils de gestion 2. <i>aux Moyens</i> (M) en termes de présence d'une équipe opérationnelle d'hygiène, de formation du personnel, et de correspondants en hygiène 3. <i>aux Actions</i> (A) en termes de présence de protocoles, de surveillances et d'évaluations.
Une classe de performance	<p>Des catégories d'établissement de santé En fonction des missions, des activités et de la taille des établissements de santé, les résultats sont rendus 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, ...) sous forme de classe de performance.</p> <p>Des classes de performance Les classes de performance reposent sur des études statistiques spécifiques à chaque catégorie d'établissements de santé calculées à partir des données 2003. 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. La classe A correspond aux établissements les plus en avance et ayant l'organisation de la prévention la plus élaborée. La classe E correspond à des structures les plus en retard dans l'organisation de la prévention du risque infectieux. Les établissements n'envoyant pas leur bilan standardisé sont classés en F.</p>
Critère d'inclusion	Tous les établissements de santé
Critère d'exclusion	Aucun établissement de santé n'est exclu
Type d'indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> - Indicateur de processus - Indicateur composite - Ajustement en fonction du type d'établissement
Importance du thème	Ce premier indicateur du tableau de bord 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.

MODE D'EVALUATION DES CRITERES

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.

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 sont contrôlés par les services déconcentrés de l'Etat pour vérifier l'exactitude des données et accompagner si nécessaire l'établissement de santé en difficulté.

Les éléments requis pour la construction de cet indicateur organisés en sous-critères sont relatifs

1. à l'Organisation :

- Intégration de la prévention des infections nosocomiales dans le fonctionnement de l'établissement
- L'existence d'une instance de coordination
- Outil de gestion de la prévention des infections nosocomiales

2. aux Moyens : sont fonction de l'existence :

- D'une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière
- De formation formalisée en matière de prévention des infections nosocomiales
- De correspondants en hygiène relais auprès des services

3. aux Actions en lien avec :

- La prévention fondée sur :
 - Des protocoles dits prioritaires
 - D'autres protocoles
- La surveillance fondée sur :
 - des actions de prévention et un système de déclaration des accidents d'exposition au sang
 - l'existence d'un programme de maîtrise des bactéries multi-résistantes
 - la réalisation d'au moins une enquête de surveillance
 - la surveillance des infections nosocomiales à partir du laboratoire de microbiologie
 - le rendu des surveillances aux services
- L'évaluation fondée sur la réalisation d'évaluation et des audits cliniques.

Texte abrogé

Fiche descriptive de l'indicateur de consommation de solutions hydro- alcooliques (ICSHA)	
Définition	L'indicateur ICSHA 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, exprimé en pourcentage est le rapport entre le volume de produits hydro-alcooliques (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.
La Classe de performance	Cinq classes de performance sont définies de A à F. Lorsque l'ICSHA est supérieur à 90% de l'objectif personnalisé, la classe de performance est égale à A. Entre 70% et 90%, la classe est égale à B, entre 30 % et 70%, la classe est égale à C, entre 10% et 30% , la classe est égale à D. Lorsque l'ICSHA est inférieur à 10% de l'objectif personnalisé, la classe de performance est égale à E. La classe F regroupe les établissements pour lesquels les données - volume consommé, 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 hydro-alcooliques.
Critères d'inclusion	Etablissement de santé pour lesquels des recommandations relatives au nombre de frictions par patient et par jour, et les journées d'hospitalisation sont disponibles.
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> - Etablissement exclusivement ambulatoires ; - Maison d'enfants à caractère sanitaire spécialisée (MECSS) ; - Etablissement de soins à visée alcoolique exclusive ; - Etablissement pour lequel les journées sont indisponibles.
Type d'indicateur	<ul style="list-style-type: none"> - Indicateur de moyens - Ajustement sur les types d'activités
Importance du thème	<p>La consommation de produits hydro-alcooliques reflète l'appropriation de la technique de désinfection des mains par un produit hydro-alcoolique qui remplace le lavage des mains à l'eau et au savon.</p> <p>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 multi-résistantes.</p>
MODE D'EVALUATION DES CRITERES	
<p>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.</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. Annuellement 10% des établissements de santé sont contrôlés par les services déconcentrés de l'Etat pour vérifier l'exactitude des données et accompagner si nécessaire l'établissement de santé en difficulté.</p>	

Fiche descriptive de l'indice composite de bon usage des antibiotiques (ICATB)	
Définition	<p>Cet indicateur présenté sous la forme d'une note sur 20 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.</p> <p>Il ne mesure pas le taux de résistance des bactéries aux antibiotiques.</p>
Le résultat : score chiffré	<p>ICATB est composé de trois sous-indices pondérés de façon identique pour un total de 20 points à partir de 11 critères relatifs :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. à l'Organisation (O) ; 2. aux Moyens (M) ; 3. aux Actions (A).
La classe de performance	<p>Des catégories d'établissement de santé</p> <p>En fonction des missions, des activités et de la taille des établissements de santé, les résultats sont rendus 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,) sous forme de classe de performance.</p> <p>Des classes de performance</p> <p>Les classes de performance reposent sur des études statistiques spécifiques à chaque catégorie d'établissement de santé calculées à partir des données 2006.</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 comprend les établissements les plus en avance et ayant l'organisation relative au bon usage des antibiotiques la plus avancée.</p> <p>La classe E correspond à des structures les plus en retard dans l'organisation relative au bon usage des antibiotiques.</p> <p>Les établissements n'envoyant pas leur bilan standardisé sont classés en F.</p>
Critères d'inclusion	<p>Etablissement ayant des prescriptions à usage interne et dont la prescription d'antibiotiques est fréquente.</p>
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> - Etablissement d'hospitalisation à domicile (HAD) ; - Etablissement d'hémodialyse ; - Etablissement ambulatoires ; - Maison d'enfants à caractère sanitaire et social (MECSS) ; - Etablissement de post-cure alcoolique exclusive
Type d'indicateur	<ul style="list-style-type: none"> - Indicateur de processus - Indicateur composite - Ajustement sur le type d'activités
Importance du thème	<p>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).</p>

MODE D'EVALUATION DES CRITERES

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 sont contrôlés par les services déconcentrés de l'Etat pour vérifier l'exactitude des données et accompagner si nécessaire l'établissement de santé en difficulté.

Les éléments requis pour la construction de cet indicateur organisés en sous-critères sont 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** 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
 - de l'existence d'une liste d'antibiotiques disponibles
 - de 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.

Texte abrogé

Fiche descriptive de l'indicateur Surveillance des infections du site opératoire (SURVISO)	
Définition	L'indicateur SURVISO présenté sous la forme d'une réponse binaire OUI/NON, objective à la mise en place par l'établissement d'une surveillance épidémiologique des patients après leur intervention chirurgicale (dite surveillance des infections du site opératoire)
Le résultat : score chiffré	Le critère est égal à oui si l'établissement de santé a mis en place une surveillance des infections du site opératoire. En fonction du nombre de disciplines bénéficiant de cette surveillance, le critère est pondéré lors de sa prise en compte dans le calcul du score agrégé. Il ne permet pas de mesurer la fréquence des infections du site opératoire.
Critères d'inclusion	Etablissement de santé ayant une activité chirurgicale ou obstétricale
Critères d'exclusion	Etablissement de santé sans activité chirurgicale ou obstétricale
Type d'indicateur	Indicateur de processus
Importance du thème	Si en France le risque d'infection du site opératoire (ISO) est peu fréquent (0,80 % pour 100 interventions chez les patients sans risque spécifique - données ISO issues du réseau d'alerte; de signalement des infections nosocomiales – RAISIN - 2007), ces infections sont toutefois au 3ème rang des infections nosocomiales recensées lors de la dernière l'enquête nationale de prévalence. Leur surveillance est donc une priorité dans les établissements de santé ayant une activité chirurgicale ou obstétricale. L'indicateur SURVISO 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.
MODE D'EVALUATION DES CRITERES	
<p>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.</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. Le critère est satisfait si une surveillance des infections du site opératoire est mise en place dans les établissements de santé ayant une activité chirurgicale ou obstétricale. Annuellement, 10% établissements de santé sont contrôlés par les services déconcentrés de l'Etat pour vérifier l'exactitude des données et accompagner si nécessaire l'établissement de santé en difficulté.</p>	

Fiche descriptive de l'indicateur : Score agrégé	
Définition	<p>Cet indicateur présenté sous la forme d'une note sur 100 et d'une classe de performance (A à F) simplifiée et synthétise en un score unique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les indicateurs de processus : <ul style="list-style-type: none"> ▪ ICALIN - indice composite d'activités de lutte contre les infections nosocomiales ; ▪ ICATB - indice composite de bon usage des antibiotiques ▪ SURVISO - réalisation de la surveillance des infections du site opératoire - et de moyens – ICSHA - indicateur de consommation des solutions hydro- alcooliques. <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 quatre indicateurs suscités et pondérés en fonction de l'activité de l'établissement (pour exemple, un établissement concerné par les 4 indicateurs aura son score agrégé calculé selon la formule</p> $\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN} \times 0,4) + (\text{ICSHA} \times 0,3) + \text{ICATB} + \text{SURVISO}$
La classe de performance	<p>Des catégories d'établissement de santé</p> <p>En fonction des missions, des activités et de la taille de l'établissement de santé, les résultats sont rendus pas catégories d'établissement (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.</p> <p>Les classes de performance</p> <p>Pour chacune des catégories d'établissements, les bornes sont calculées à partir des valeurs des bornes des classes de performance de chacun des indicateurs (ICALIN, ICSHA, SURVISO, ICATB). La pondération de chacun de ces indicateurs varie en fonction du type d'activités de l'établissement.</p>
Critères d'inclusion	Tous les établissements de santé
Critères d'exclusion	Etablissement de santé ayant une activité chirurgicale ou obstétricale sans surveillance des infections du site opératoire (SURVISO = non)
Type d'indicateur	<ul style="list-style-type: none"> - 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 quatre indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales qui sont ICALIN (indice composite de lutte contre les infections nosocomiales), ICSHA (indicateur de consommation en solutions hydro-alcooliques), ICATB (indicateur de bon usage des antibiotiques) et SURVISO (surveillance des infections du site opératoire).
MODE D'EVALUATION DES CRITERES	
<p>Un cahier des charges définit pour chacun des critères constitutifs des indicateurs ICALIN, ICSHA, ICATB et SURVISO les modalités de remplissage. Les hétérogénéités d'interprétation entre les établissements de santé sont ainsi réduites. Annuellement 10% des établissements de santé sont contrôlés par les services déconcentrés de l'Etat pour vérifier l'exactitude des données et accompagner si nécessaire l'établissement de santé en difficulté.</p>	

Fiche descriptive de l'indicateur : Tenue du dossier patient (TDP)

Définition	<p>Cet indicateur, présenté sous la forme d'un score de qualité, évalue la tenue du dossier des patients hospitalisés.</p> <p>Pour chaque dossier tiré au sort, un score de qualité, compris entre 0 et 1, est calculé à partir de 10 critères, au maximum. La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score est proche de 1.</p>
Numérateur	<p>Pour chaque dossier, le nombre de critères satisfaits est calculé à partir des dix critères suivants, dès lors qu'ils sont applicables :</p> <p>Eléments communs à tous les dossiers :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Présence d'un document médical relatif à l'admission 2. Examen médical d'entrée renseigné 3. Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (<i>si applicable</i>) 4. Courrier de fin d'hospitalisation ou compte rendu d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval 5. Rédaction d'un traitement de sortie (<i>si applicable</i>) 6. Dossier organisé et classé <p>Eléments dépendants de la prise en charge :</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Présence d'un (ou des) compte(s) rendu(s) opératoire(s) (<i>si applicable</i>) 8. Présence d'un compte rendu d'accouchement (<i>si applicable</i>) 9. Dossier anesthésique renseigné (<i>si applicable</i>) 10. Dossier transfusionnel renseigné (<i>si applicable</i>)
Dénominateur	<p>Nombre de critères qualité applicables pour chaque dossier.</p>
Echantillon	<p>Pour chaque établissement, le score de qualité, correspondant à la moyenne des scores de qualité, est calculé sur un échantillon aléatoire de 80 dossiers.</p>
Critère d'inclusion	<p>Séjours stratifiés selon l'activité MCO.</p>
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> - Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie majeure de diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances - Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie - Séjours des nouveau-nés dits « non hospitalisés » - Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissement, que ce soit en établissement demandeur ou en établissement prestataire
Type d'indicateur	<ul style="list-style-type: none"> - Indicateur de processus. - Indicateur composite. - Ajustement sur le risque : non.
Importance du thème	<p>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 (article R1112-1).</p> <p>Des travaux ont démontré des liens entre l'amélioration de la qualité du dossier patient et la qualité de la prise en charge. Il en est attendu un impact fort sur la qualité de la prise en charge des patients.</p> <p>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.</p> <p>La conception de cet indicateur a été réalisée dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les concepteurs.</p>

MODE D'EVALUATION DES CRITERES

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.

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

Eléments communs à tous les dossiers

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

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

2. Examen médical d'entrée renseigné

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

- les motifs d'hospitalisation,
- les antécédents et facteurs de risque,
- le traitement habituel (cet élément est ajouté pour la campagne 2009. Il n'est pas, pour cette année, pris en compte dans la conformité),
- les conclusions de l'examen clinique initial.

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

Le critère est satisfait si chaque prescription médicamenteuse établie pendant l'hospitalisation comporte les sept 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 (cet élément est ajouté pour la campagne 2009. Il n'est pas, pour cette année, pris en compte dans la conformité).

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

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

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),
- une trace écrite d'un traitement de sortie.

5. 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 (cet élément est ajouté pour la campagne 2009. Il n'est pas, pour cette année, pris en compte dans la conformité),
- la durée du traitement.

6. 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 conformément à ces procédures ; par exemple, en différentes rubriques (courriers, examens biologiques, dossier de soins, prescriptions) ou par ordre chronologique.

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

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

10. Dossier transfusionnel renseigné (si applicable)

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 :
 - a. les résultats de la Recherche d'Agglutinines Irrégulières (RAI), en cas de transfusion de globules rouges,
 - b. la Fiche d'Effet Indésirable (FEI), en cas d'effet indésirable.

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

Fiche descriptive de l'indicateur : Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC)	
Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation.
Numérateur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de séjours pour lesquels le courrier de fin d'hospitalisation est envoyé dans un délai inférieur ou égal à huit jours ET <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dont le contenu comprend les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins.
Dénominateur	Nombre total de séjours évalués.
Echantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 80 séjours.
Critère d'inclusion	Séjours stratifiés selon l'activité MCO.
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> - Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie majeure de diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ; - Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ; - Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissement, que ce soit en établissement demandeur ou en établissement prestataire ; - Séjours des nouveau-nés dits « non hospitalisés » ; - Séjours de patients décédés.
Type d'indicateur	<ul style="list-style-type: none"> - Indicateur de processus - pas d'ajustement sur le risque
Importance du thème	<p>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.</p> <p>L'envoi du courrier de fin d'hospitalisation doit être effectué réglementairement dans un délai de 8 jours (Article R 1112-1 du CSP).</p> <p>La conception de cet indicateur a été réalisée dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les concepteurs (http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/).</p>
MODE D'EVALUATION DES CRITERES	
<p>L'évaluation des dossiers est réalisée au moyen d'une grille d'analyse spécifique. 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> <ul style="list-style-type: none"> - l'identité du médecin destinataire (nom et adresse) ou du service en cas de mutation ; - la référence aux dates du séjour (date d'entrée et date de sortie) ; - la synthèse du séjour (contenu médical de la prise en charge du patient) ; - et la trace écrite d'un traitement de sortie. <p>Pour le niveau 1, il est calculé la proportion de séjours pour lesquels le courrier de fin d'hospitalisation est envoyé dans un délai inférieur ou égal à huit jours. Pour le niveau 2, il est calculé 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 huit jours.</p> <p><u>Remarques :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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, présenté sous la forme d'un taux, évalue la traçabilité de l'évaluation de la douleur dans le dossier patient.
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels il existe : <ul style="list-style-type: none"> - au moins <u>un résultat</u> de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du <u>patient non algique</u> ; ou / <ul style="list-style-type: none"> - au moins <u>deux résultats</u> de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du <u>patient algique</u>.
Dénominateur	Nombre de séjours éligibles évalués.
Echantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 80 séjours.
Critère d'inclusion	Séjours stratifiés selon l'activité MCO.
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> - Séances sélectionnées à partir des GHM classant les séjours (ou RSS) relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ; - Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ; - Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissement, que ce soit en établissement demandeur ou en établissement prestataire ; - Séjours de nouveau-nés dits « non hospitalisés ».
Type d'indicateur	<ul style="list-style-type: none"> - Indicateur de processus - Pas d'ajustement sur le risque
Importance du thème	<p>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 » (article 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.</p> <p>La conception de cet indicateur a été réalisée dans le cadre du projet Compaqh. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les concepteurs.</p> <p>Les résultats avec références de la généralisation 2008 de cet indicateur ont été présentés et discutés dans le cadre du comité de pilotage du plan national douleur piloté par la DHOS.</p> <p>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.</p>

MODE D'EVALUATION DES CRITERES

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

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.

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.

- 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.

Fiche descriptive de l'indicateur : Dépistage des troubles nutritionnels (DTN)

Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la réalisation avec notification dans le dossier, du dépistage des troubles nutritionnels au cours des 48 premières heures du séjour, chez les patients adultes.
Numérateur	Nombre de dossiers de patients adultes pour lesquels, au cours des 48 premières heures du séjour, une mesure du poids a été effectuée et notée dans le dossier ;
Dénominateur	Nombre de séjours éligibles évalués.
Echantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 80 séjours.
Critère d'inclusion	Séjours stratifiés selon l'activité MCO.
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> - Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie majeure de diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ; - Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ; - Séjours de nouveau-nés dits « non hospitalisés » ; - Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissement, que ce soit en établissement demandeur ou en établissement prestataire ; - Séjours de patients âgés de moins de 18 ans ; - Séjours de patients hospitalisés moins de 2 jours ; - Séjours 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.
Type d'indicateur	<ul style="list-style-type: none"> - Indicateur de processus - Pas d'ajustement sur le risque
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.</p> <p>La HAS, dans le cadre systématique de la certification des établissements de santé requiert l'évaluation de l'état nutritionnel du patient.</p> <p>La conception de cet indicateur a été réalisée dans le cadre du projet COMPAGH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les concepteurs (http://ifr69.vjf.inserm.fr/compagh/).</p>
MODE D'EVALUATION DES CRITERES	
<p>L'évaluation des dossiers est réalisée au moyen d'une grille d'analyse spécifique.</p> <p>Les éléments requis pour le calcul de l'indicateur (Une mesure du poids a été effectuée et notée dans le dossier) sont décrits ci-dessous :</p> <p>Le critère est satisfait si le poids est retrouvé dans les supports suivants : examen médical d'entrée, dossier de soins, compte rendu de consultation ou dossier d'anesthésie.</p>	

Fiche descriptive de l'indicateur : Tenue du dossier anesthésique (DAN)	
Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un score de qualité, évalue la tenue du dossier anesthésique. 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.
Numérateur	<p>Pour chaque dossier, le nombre de critères satisfaits est calculé à partir des treize critères suivants, dès lors qu'ils sont applicables :</p> <p>Phases pré, per et post-anesthésique</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identification du patient sur toutes les pièces du dossier <p>Phase pré-anesthésique :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la phase pré-anesthésique (CPA et/ou VPA) 3. Trace écrite de la visite pré-anesthésique (VPA) 4. Mention du traitement habituel ou de l'absence de traitement dans le document traçant la CPA (ou la VPA) (<i>si applicable</i>) 5. Mention de l'évaluation du risque anesthésique dans le document traçant la CPA (ou la VPA) 6. Mention du type d'anesthésie proposé au patient dans le document traçant la CPA (ou la VPA) 7. Mention de l'évaluation des conditions d'abord des voies aériennes supérieures en phase pré-anesthésique dans le document traçant la CPA (ou la VPA) <p>Phase per-anesthésique :</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la phase per-anesthésique 9. Mention de la technique d'abord des voies aériennes supérieures en phase per-anesthésique (<i>si applicable</i>) <p>Phase post-interventionnelle :</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la phase post-interventionnelle (<i>si applicable</i>) 11. Trace de l'autorisation de sortie du patient de la SSPI validée par un médecin anesthésiste (<i>si applicable</i>) 12. Trace écrite des prescriptions médicamenteuses en phase post-anesthésique (<i>si applicable</i>) <p>Phase péri-anesthésique :</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Rubrique renseignée (ou barrée) permettant de relever les incidents ou accidents péri-anesthésiques
Dénominateur	Nombre de critères applicables pour chaque dossier.
Echantillon	Pour chaque établissement, le score de qualité, correspondant à la moyenne des scores de qualité, est calculé sur un échantillon aléatoire de 60 dossiers.
Critère d'inclusion	Séjours stratifiés selon l'activité MCO pour lesquels l'acte d'anesthésie générale ou locorégionale est identifié par le code activité 4 de la CCAM.
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> - Patients hospitalisés pour un acte chirurgical réalisé sous anesthésie locale ; - Séances sélectionnées à partir de GHM relevant de la CMD 28, spécifique aux séances ; - Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissement, que ce soit en établissement demandeur ou en établissement prestataire.
Type d'indicateur	<ul style="list-style-type: none"> - Indicateur de processus. - Indicateur composite. - Pas d'ajustement sur le risque.

Importance du thème	<p>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</p> <p>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.</p> <p>Cet indicateur porte sur la traçabilité de l'information concernant la totalité du processus anesthésique. La conception de cet indicateur a été réalisée dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les concepteurs.</p>
----------------------------	--

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.

Phases pré, per et post-anesthésique

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 pré-anesthésique, les phases per-anesthésique et post-interventionnelle.

Phase pré-anesthésique

2. Identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la phase pré-anesthésique

Le critère est satisfait si le nom lisible du médecin anesthésiste est indiqué sur le document traçant la phase pré-anesthésique (CPA et/ou VPA).

3. Trace écrite de la visite pré-anesthésique (VPA)

Le critère est satisfait si la visite pré-anesthésique comporte les éléments suivants :

- une date,
- un contenu spécifique noté.

4. Mention du traitement habituel du patient (ou de l'absence de traitement) dans le document traçant la CPA ou la VPA (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.

5. Mention de l'évaluation du risque anesthésique dans le document traçant la CPA (ou la VPA)

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).

6. Mention du type d'anesthésie proposé au patient dans le document traçant la CPA (ou la VPA)

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).

7. Mention de l'évaluation des conditions d'abord des voies aériennes supérieures en phase pré-anesthésique dans le document traçant la CPA (ou la VPA)

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 per-anesthésique

8. Identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la phase per-anesthésique

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

9. Mention de la technique d'abord des voies aériennes supérieures en phase per-anesthésique (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 per-anesthésique.

Phase post-interventionnelle

10. Identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la phase post-interventionnelle

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

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 par l'un des trois éléments suivants :

- soit l'identification du médecin anesthésiste autorisant la sortie du patient de SSPI est retrouvée : nom, signature ou les initiales si la correspondance entre celles-ci et l'identité du médecin est indiquée dans un document standardisé, validé par l'établissement, et mis à disposition de l'évaluateur ;
- soit le résultat de l'examen pratiqué avant la sortie (dernière fréquence cardiaque, respiratoire, pression artérielle, SpO2, état de conscience, température) est retrouvé dans le document traçant la SSPI ;
- soit les résultats du score de réveil sont retrouvés dans le document traçant la SSPI.

12. Trace écrite des prescriptions médicamenteuses en phase post-anesthésique (si applicable)

Le critère est satisfait si les prescriptions médicamenteuses post-anesthésiques 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 (ou barrée) 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.