



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°)

Personne chargée du dossier :

Marielle Marbach

Secrétariat : 01 40 56 46 58

mél. : dgos-pf2@sante.gouv.fr

La ministre des affaires sociales et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé (pour attribution)

Mesdames et Messieurs les directeurs
d'établissement de santé

Mesdames et Messieurs les présidents de
commission médicale d'établissement et aux
conférences médicales d'établissement (pour
attribution)

INSTRUCTION N°DGOS/PF2/2012/259 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.

NOR : AFSH1227849J

Classement thématique : établissement de santé - organisation

Validée par le CNP le 28 juin 2012 - Visa CNP 2012-162

<p>Catégorie : Directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.</p>
<p>Résumé : En lien avec l'article L6144-1 & L6161-2, l'arrêté du 6 janvier 2012 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 28 décembre 2010 ainsi que les objectifs nationaux à atteindre.</p>
<p>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.</p>
<p>Textes de référence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 6 janvier 2012 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/PF2/2012/101 du 1er mars 2012 relative à la simulation de calcul des trois nouveaux indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales. - Circulaire DGOS/PF2/2012/134 du 27 mars 2012 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2011. <p>Texte abrogé : Instruction N°DGOS/PF/2011/211 du 6 juin 2011 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</p>
<p>Annexes</p> <p>Annexe 1 : Description opérationnelle de mise à la disposition du public des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins</p> <p>Annexe 2 : Fiches descriptives des indicateurs</p>

La présente instruction a pour objet de préciser les modalités d'application de l'arrêté du 6 janvier 2012 fixant les conditions selon lesquelles chaque établissement de santé met à la disposition du public les résultats publiés en 2012 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 (L. 6144-1, 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 6 janvier 2012 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 6 janvier 2012.

Pour les indicateurs du bord 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 atteints les meilleures classes de performance (classe A et B) pour les activités 2014.

Les objectifs nationaux à atteindre pour les résultats 2011 (publiés en 2012) pour les indicateurs de qualité issus du dossier du patient hospitalisé en médecine, chirurgie ou obstétrique, ou en soins de suite et réadaptation, ou en psychiatrie, ou en HAD, sont définis comme suit : les résultats doivent être significativement supérieur à 80%. Concernant la prise en charge médicamenteuse de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë, l'objectif a été relevé à 90%.

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

Conformément aux dispositions de l'arrêté suscité, le site « Platines » (www.platines.sante.gouv.fr, plateforme d'information sur les établissements de santé) est 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.

La date de mise à jour sera annoncée par communiqué de presse.

En 2012, la **publication nationale** aura lieu en novembre sur le site de diffusion publique « Platines ».

Cette publication porte sur 7 indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales (campagne de recueil 2012 - données 2011) et 9 indicateurs issus du dossier patient (campagne de recueil 2011 - données 2011), décrits dans l'arrêté du 6 janvier 2012.

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 l'annexe 1 de la présente circulaire. Un export des données de l'établissement peut être édité sur Platines et servir de support de diffusion publique.

Les modalités de mise à la disposition du public des résultats par les établissements de santé, ainsi que le contenu obligatoire de la communication, sont précisés en annexe 1 de la présente circulaire.

Les indicateurs de l'arrêté du 6 janvier 2012 sont décrits en annexe 2 de la présente circulaire.

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

signé

François- Xavier SELLERET
Directeur général de l'offre de soins

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 sur le site internet de diffusion publique du Ministère de la Santé et de la Haute Autorité de Santé : Platines (<http://www.platines.sante.gouv.fr>) pour l'ensemble des établissements de santé.

En novembre 2012, le site « Platines » sera mis à jour et affichera les nouveaux résultats des indicateurs. Dans un délai de deux mois à compter de cette date de publication nationale des indicateurs, sur Platines, 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 2.

Cette publication porte, en fonction de l'activité de l'établissement de santé, sur 7 indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales (campagne de recueil 2012 - données 2011) et 9 indicateurs issus du dossier patient (campagne de recueil 2011 - données 2011), décrits dans l'arrêté du 6 janvier 2012.

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

Dès la mise à disposition par l'ATIH les résultats annuels des indicateurs doivent être présentés et commenter en interne avec 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 des soins infirmiers, rééducation et médicaux techniques.

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

Dès la publication grand public des résultats des indicateurs, en novembre 2012 au niveau national sur le site Platines, l'établissement organise la communication.

Cette communication doit nécessairement comprendre les derniers résultats disponibles des indicateurs cités dans l'annexe de l'arrêté du 6 janvier 2012 pour lesquels l'établissement est concerné, à savoir :

- Les sept indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales (généralisation sous le pilotage du ministère de la santé), données de 2011 :
 - ICALIN.2 (indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales version 2) ;
 - ICSHA.2 (indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques version 2) ;
 - ICA-BMR (indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes) ;
 - 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 neuf 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) données de 2011 :
 - Tenue du dossier patient - MCO, HAD, SSR, PSY;
 - Délai d'envoi des courriers 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 ;
 - Evaluation du risque d'escarre - HAD;
 - Prise en charge médicamenteuse de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë ;
 - Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques après un infarctus du myocarde;
 - Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie

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

Cette mise à disposition doit 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.

Un export des données de l'établissement sur Platinex 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.

Fiche descriptive de l'indicateur « Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales » (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. 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 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'Organisation : <ul style="list-style-type: none"> - La politique et l'implication des instances, - L'Equipe Opérationnelle d'Hygiène, - L'information des usagers et du patient et - Le signalement des infections nosocomiales 2. Les Moyens : <ul style="list-style-type: none"> - Humains : - Matériel : - Formation du personnel : 3. Les Actions sur : <ul style="list-style-type: none"> - Prévention et d'évaluation relatives à : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Protection du personnel, ▪ Hygiène des mains, ▪ Précautions standard et complémentaires, ▪ Infections associées aux gestes invasifs, ▪ Environnement, - de la surveillance - Analyse approfondie des causes d'un événement infectieux grave.
Une 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 2809 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 d'une régression.</p> <ul style="list-style-type: none"> - la classe A comprend les établissements les plus en avance et ayant l'organisation de la prévention du risque infectieux la plus élaborée; - la classe E, les structures les plus en retard pour la prise en compte par l'établissement de la prévention du risque infectieux. - les établissements n'envoyant pas leur bilan sont classés comme non répondant ou en classe F. <p>Les classes de performances sont symbolisées par les étoiles</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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) <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	<ul style="list-style-type: none"> - 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.
MODE D'EVALUATION DES CRITERES	
<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>Les éléments requis pour la construction de cet indicateur organisés en sous-critères sont relatifs 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 hydro- alcooliques (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 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. 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 hydro-alcooliques. Les établissements de santé notés « NA » sont les établissements non concernés pour cet indicateur Les classes de performances sont symbolisées par les étoiles <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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	<ul style="list-style-type: none"> - Etablissement 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	<ul style="list-style-type: none"> - Maison d'enfants à caractère sanitaire spécialisée (MECSS) - Etablissement de post-cure alcoolique exclusive
Type d'indicateur	<ul style="list-style-type: none"> - Indicateur de moyens - Ajustement sur les types d'activités
Importance du thème	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. 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. 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 4 ans pour certaines activités.

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 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 national font l'objet d'une validation externe par l'ARS.

Fiche descriptive de l'indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB)	
Définition	<p>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^{ère} génération qui doit être remplacé par un indicateur version 2 (ICATB2).</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 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 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 : <ul style="list-style-type: none"> - 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 : <ul style="list-style-type: none"> - la prévention fondée sur : <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.
La classe de performance	<p>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.</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 10 - 30 - 70 - 90) à partir des données des bilans 2006 (réalisé sur 2290 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 d'une régression.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 répondant ou en classe F. <p>Les classes de performances sont symbolisées par les étoiles</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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) <p>La classe F (les non répondants) n'a aucune étoile bleue</p>

Critères d'inclusion	Etablissement ayant des prescriptions à usage interne et dont la prescription d'antibiotiques est fréquente.
Critères d'exclusion	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	Indicateur de processus Indicateur composite Ajustement sur le type d'activité
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.
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.</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 composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes (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 multi-résistantes, les moyens mobilisés et les actions mise en œuvre par l'établissement.
Le résultat : score chiffré	<p>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 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. à 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 : <ul style="list-style-type: none"> - 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 : <ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>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.</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 2809 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 d'une régression.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 multi-résistantes - 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 multi-résistantes - les établissements n'envoyant pas leur bilan sont classés comme non répondant ou en classe F. - les établissements n'envoyant pas leur bilan sont classés comme non répondant ou en classe F. <p>Les classes de performances sont symbolisées par les étoiles</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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) <p>La classe F (les non répondants) n'a aucune étoile bleue</p>

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, Etablissement d'hospitalisation à domicile (HAD) ; Etablissement d'hémodialyse ;
Critères d'exclusion	Maison d'enfants à caractère sanitaire et social (MECSS); Etablissement exclusivement ambulatoires ; Etablissement de post-cure alcoolique exclusive
Type d'indicateur	Indicateur de processus Indicateur composite Ajustement sur le type d'activités
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).
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.</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 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 ^{ère} 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 post-opératoires 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 : <ol style="list-style-type: none"> 1. à 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 : <ul style="list-style-type: none"> - prévention fondée sur des protocoles relatifs aux précautions recommandées au bloc opératoire (préparation cutanée de l'opéré, antibioprophylaxie...) - surveillance des taux - d'évaluation des pratiques
Classes de performance	<p>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.</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. 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 d'une régression.</p> <ul style="list-style-type: none"> - la classe A comprend les établissements les plus en avance et ayant l'organisation de la prévention des infections post-opératoires 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 post-opératoires en chirurgie ou en obstétrique; - les établissements n'envoyant pas leur bilan sont classés comme non répondants ou en classe F. <p>Les classes de performance sont symbolisées par les étoiles</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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) <p>La classe F (les non répondants) n'a aucune étoile bleue</p>
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	<p>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 3ème 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.</p> <p>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.</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 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 : Score agrégé - Résultats 2011	
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"> - les indicateurs de processus : <ul style="list-style-type: none"> ▪ ICALIN.2 - indicateur composite d'activités de lutte contre les infections nosocomiales ; ▪ ICATB - indicateur composite de bon usage des antibiotiques ▪ ICA-LISO – Indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire - et de moyens – puis ICSHA 2 - 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 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 2011 calculé selon la formule suivante :</p> $\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN.2} * 0,35) + (\text{ICSHA.2} * 0,20) + (\text{ICATB} * 0,20) + (\text{ICA-BMR} * 0,10) + (\text{ICA-LISO} * 0,15)$
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 (centile 20 - 40 - 60 - 80) à partir des données des bilans 2010 (réalisés sur 2809 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 d'une régression.</p> <ul style="list-style-type: none"> - la classe A comprend les établissements les plus en avance et ayant l'organisation de la prévention du risque infectieux la plus élaborée ; - la classe E, les structures les plus en retard pour la prise en compte par l'établissement de la prévention du risque infectieux ; - les établissements n'envoyant pas leur bilan sont classés comme non répondants ou en classe F. <p>Les classes de performance sont symbolisées par les étoiles</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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) <p>La classe F (les non répondants) n'a aucune étoile bleue</p>
Critères d'inclusion	Tous les établissements de santé
Critères d'exclusion	
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 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 hydro-alcooliques), 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).
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 des indicateurs ICALIN2, ICSHA2, 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 national 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 1000 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. 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 3 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 2009, 2010 et 2011.</p> $\frac{\text{Nombre de SARM déclarés en 2009, 2010 et 2011}}{\text{Nombre de journées d'hospitalisation en 2009, 2010 et 2011}}$ <p>Le taux de SARM dépend :</p> <p>Du nombre de SARM dits importés (patients infectés venant d'un autre hôpital ou de la communauté).</p> <p>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).</p>
Une classe de performance et tendance évolutive	<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, centres de lutte contre le cancer, ...) 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	<p>Tous les établissements de santé sont concernés par la maîtrise des SARM qui identifient un nombre suffisant de SAMR en raison de leur nature et ou de leur volume d'activités.</p>
Critère d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> • ceux ayant réalisé moins de 30 000 journées d'hospitalisation complète par an (soit 90 000 journées d'hospitalisation sur 3 ans) • les catégories d'établissements suivants : hospitalisation à domicile, établissements exclusivement ambulatoires, maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé, psychiatrie et hémodialyse et les établissements postcure alcooliques.

Type d'indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> - Indicateur de résultats - Ajustement en fonction du type d'établissement
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>
MODE D'EVALUATION DES CRITERES	
<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. Un cahier des charges définit les consignes de remplissage. Les journées d'hospitalisation prises en compte sont extraites de la SAE et correspondent aux activités MCO, SSR, et SLD. 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 : 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 10 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	<p>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 n'ont pas évalué la qualité de leur prise en charge avec l'indicateur.</p> <p><u>Clés de lecture :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Dans les établissements de 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
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> - Etablissements de dialyse - Hôpitaux de jour
Type d'indicateur	Indicateur de processus 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>

MODE D'ÉVALUATION DES CRITÈRES

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 :

Éléments 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, 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.

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), le 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, 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.

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 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,
- la fiche per-opératoire,
- la fiche de suivi en salle de surveillance post-interventionnelle 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	<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><u>Clés de lecture :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Dans les établissements de 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 1er semestre de l'année précédant celle du recueil
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> - Maisons d'enfants à caractère sanitaire et sociale - Pouponnières - Hôpitaux de jour
Type d'indicateur	Indicateur de processus. 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>
MODE D'EVALUATION DES CRITERES	
<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>	

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. Evaluation 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. Evaluation 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. Evaluation 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 pluri-professionnelle tracée

Le critère est satisfait si la trace d'une réunion pluri-professionnelle 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	<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><u>Clés de lecture :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Dans les établissements de 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
Critères d'exclusion	Seule la prise en charge des adultes est évaluée : les HAD pédiatriques sont exclues
Type d'indicateur	Indicateur de processus. 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>
MODE D'EVALUATION DES CRITERES	
<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>	

1. Document médical justifiant l'admission en HAD

Le critère est satisfait si le document médical justifiant l'admission en HAD est retrouvé.

2. Éléments relatifs à la pré-admission renseignés

Le critère est satisfait si les documents de pré-admission comportent les cinq 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

3. 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 donc la demande d'HAD a été faite par le médecin traitant.

4. Accord du patient ou de son entourage pour sa prise en charge en HAD

Le critère est satisfait s'il est notifié dans 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.

5. Protocole de soins renseigné et daté

Le critère est satisfait si le protocole de soins satisfait aux quatre 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

6. 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 ;

7. Organisation du traitement médicamenteux à l'admission (si applicable)

Le critère est satisfait si l'organisation du traitement médicamenteux à l'admission contient les deux éléments suivants : Nom/fonction ou entité du responsable de la préparation des médicaments et le 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.

8. Evaluation 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 pluri-professionnelle au cours du séjour

Le critère est satisfait si la trace d'une réunion de synthèse pluri-professionnelle 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 trois éléments suivants : l'identité du médecin destinataire (nom et adresse) ou du service en cas de mutation ou de transfert ; une références 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 deux 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	<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><u>Clés de lecture :</u></p> <p style="padding-left: 40px;">Dans les établissements de classe A, plus de 8 dossiers sur 10 sont bien tenus.</p> <p style="padding-left: 40px;">Dans les établissements de la classe B, 8 dossiers sur 10 sont bien tenus.</p> <p style="padding-left: 40px;">Dans les établissements de la classe C, moins de 8 dossiers sont bien tenus.</p> <p style="padding-left: 40px;">Les établissements de la classe D n'ont pas répondu à leur obligation de recueil.</p>
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
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> - Etablissements de pédopsychiatrie - Hôpital de jour -
Type d'indicateur	Indicateur de processus. 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>

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 avec au minimum :

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), l'organisation d'un suivi, le traitement de sortie

9. 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.

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 huit 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. <u>Clés de lecture :</u> Dans les établissements de 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 1er 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 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
Critères d'exclusion	- Ne concerne pas les patients décédés ou les patients mutés - Etablissements de dialyse - Maisons d'enfants à caractère sanitaire et sociale - Pouponnières - Hôpitaux de jour - HAD pédiatrique - Etablissement de pédopsychiatrie
Type d'indicateur	- 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 (Article R 1112-1 du CSP).
----------------------------	--

MODE D'EVALUATION

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

Les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins à retrouver dans le courrier sont les suivants :

En MCO et SSR

- 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.

En PSY

- 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) ;
- le suivi organisé ;
- et la trace écrite du traitement de sortie.

En HAD

- 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).

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 huit 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 précédant, ni suivi par un autre séjour dans le mois qui suit, de 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 : <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> ; <p style="text-align: center;">ou</p> <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>.
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. <u>Clés de lecture :</u> <ul style="list-style-type: none"> 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 <ul style="list-style-type: none"> - obligatoire pour les établissements faisant 500 séjours ou plus hors séances sur l'année précédant celle du recueil En secteur SSR, recueil <ul style="list-style-type: none"> - obligatoire pour les établissements faisant 80 séjours uniques d'au moins 8 jours sur le 1er semestre de l'année précédant celle du recueil En secteur HAD, recueil <ul style="list-style-type: none"> - 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
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> - Etablissements de dialyse - Maisons d'enfants à caractère sanitaire et sociale - Pouponnières - Hôpitaux de jour - HAD pédiatrique
Type d'indicateur	<ul style="list-style-type: none"> - Indicateur de processus - Pas d'ajustement sur le risque

<p>Importance du thème</p>	<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>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>
<p>MODE D'EVALUATION</p>	
<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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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>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> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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^{ère} 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^{ère} 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^{ère} 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><u>Clés de lecture :</u></p> <p>Dans les établissements de classe A, plus de 8 dossiers sur 10 ont l'ensemble des éléments sur le poids.</p> <p>Dans les établissements de la classe B, 8 dossiers sur 10 ont l'ensemble des éléments sur le poids.</p> <p>Dans les établissements C, moins de 8 dossiers ont l'ensemble des éléments sur le poids</p> <p>Dans les établissements D n'ont pas répondu à leur obligation de recueil.</p>
Critère d'inclusion	<p>En secteur MCO, recueil</p> <ul style="list-style-type: none"> - obligatoire pour les établissements faisant 500 séjours ou plus hors séances sur l'année précédant celle du recueil <p>En secteur SSR, recueil</p> <ul style="list-style-type: none"> - obligatoire pour les établissements faisant 80 séjours d'au moins 8 jours sur le 1er semestre de l'année précédant celle du recueil <p>En secteur HAD, recueil</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>En secteur PSY, recueil</p> <ul style="list-style-type: none"> - obligatoire pour les établissements faisant 30 séjours uniques d'au moins 8 jours en hospitalisation complète sur l'année précédant celle du recueil
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> - Etablissements de dialyse - Maisons d'enfants à caractère sanitaire et sociale - Pouponnières - Hôpitaux de jour

Type d'indicateur	- Indicateur de processus - Pas d'ajustement sur le risque
Importance du thème	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.

MODE D'EVALUATION

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 pré-admission chez le patient adulte est recherchée sur tous les supports datés dans la période entre la pré-admission 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 pré-admission et les 7 premiers jours suivant l'admission ainsi qu'une autre mesure du poids dans les 15 jours suivant la 1ère (*si applicable*) ;

OU

si la mention de la recherche de la variation du poids avant l'hospitalisation entre la pré-admission 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 : Evaluation 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 pré-admission 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	<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><u>Clés de lecture :</u></p> <p>Dans les établissements de classe A, plus de 8 dossiers sur 10 contiennent une évaluation correcte du risque d'escarre.</p> <p>Dans les établissements de la classe B, 8 dossiers sur 10 sont contiennent une évaluation correcte du risque d'escarre.</p> <p>Dans les établissements de la classe C, moins de 8 dossiers sont contiennent une évaluation correcte du risque d'escarre.</p> <p>Les établissements de la classe D n'ont pas répondu à leur obligation de recueil.</p>
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
Critères d'exclusion	Patients dont l'indice de Karnofsky à l'admission est strictement supérieur à 50
Type d'indicateur	<ul style="list-style-type: none"> - Indicateur de processus - Pas d'ajustement sur le risque
Importance du thème	<p>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.</p> <p>L'ANAES a publié en 1998 un premier guide d'évaluation des pratiques professionnelles sur le thème «Evaluation 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.</p>
MODE D'EVALUATION	
<p>La population concernée par l'indicateur est ciblée : patient dont l'indice de Karnofsky de la première semaine est inférieur ou égal à 50.</p> <p>L'évaluation des dossiers est réalisée au moyen d'une grille d'analyse spécifique.</p> <p>L'évaluation du risque d'escarre et sa conclusion sont recherchées dans le dossier du patient entre la pré-admission 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.</p>	

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. <u>Clés de lecture :</u> 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
Critères d'exclusion	Etablissements n'ayant pas d'activités liées à l'anesthésie générale et locorégionale
Type d'indicateur	- 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.
MODE D'EVALUATION DES CRITERES	
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 (*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

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

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

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.

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 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 : Prise en charge médicamenteuse de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë en MCO (SCORE BASI)	
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>
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 60 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><u>Clés de lecture :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Dans les établissements de classe A, plus de 9 patients sur 10 ont un traitement médicamenteux adapté. Dans les établissements de la classe B, 9 patients sur 10 ont un traitement médicamenteux adapté. Dans les établissements de la classe C, moins de 9 patients ont un traitement médicamenteux adapté. Les établissements D n'ont pas répondu à leur obligation de recueil. <p>Les établissements prenant en charge plus de 10 infarctus sont comparés au seuil de performance, néanmoins une distinction sur le volume d'activité est nécessaire : ceux qui prennent en charge entre 10 et 30 infarctus sur une année et ceux traitant plus de 30 infarctus dans l'année. Ces deux types d'établissements ne sont pas comparables entre eux. Cette distinction est précisée sur l'affichage « Platines ».</p>
Critère d'inclusion	Recueil obligatoire pour les établissements MCO traitant plus de 10 infarctus du myocarde sur l'année précédant celle du recueil
Critères d'exclusion	Aucun
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
MODE D'EVALUATION DE L'INDICATEUR	
<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><i>Pour le traitement anti-agrégant plaquettaire, une des 4 situations</i></p>	

- 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 ;

OU

- prescription d'aspirine (ordonnance de sortie) et présente une contre-indication au clopidogrel ou au prasugrel ;

OU

- prescription de clopidogrel ou de prasugrel (ordonnance de sortie) et présente une contre-indication à l'aspirine ;

OU

- Présence d'une contre-indication à l'aspirine et au clopidogrel ou au prasugrel.

ET pour le traitement par bêtabloquants, une des 3 situations

- prescription de bêtabloquants à l'issue du séjour (ordonnance de sortie) en l'absence de contre-indication ;

OU

- 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 ;

OU

- Présence d'au moins une contre-indication absolue aux bêtabloquants.

ET pour le traitement par IEC/ARA2, une mesure de la FEVG et pour les patients dont la FEVG est $\leq 40\%$

- prescription d'IEC ou d'ARA 2 à l'issue du séjour (ordonnance de sortie), en l'absence de contre-indication.

OU

- Présence d'une contre-indication aux IEC ou ARA 2

ET pour le traitement par statines, une des 2 situations

- prescription de statine à l'issue du séjour (ordonnance de sortie)

OU

- 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.

Fiche descriptive de l'indicateur :
Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques
après un infarctus du myocarde en MCO

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 60 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	<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><u>Clés de lecture :</u></p> <p>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.</p> <p>Les établissements prenant en charge plus de 10 infarctus sont comparés au seuil de performance, néanmoins une distinction sur le volume d'activité est nécessaire : ceux qui prennent en charge entre 10 et 30 infarctus sur une année et ceux traitant plus de 30 infarctus dans l'année. Ces deux types d'établissements ne sont pas comparables entre eux. Cette distinction est précisée sur l'affichage « Platines ».</p>
Critère d'inclusion	Recueil obligatoire pour les établissements traitant plus de 10 infarctus du myocarde sur l'année précédant celle du recueil
Critères d'exclusion	aucun
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.

MODE D'EVALUATION DE L'INDICATEUR

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 :

- consultation diététicien(ne) (prévue ou réalisée) ;
- consultation nutritionniste (prévue ou réalisée) ;
- participation à un atelier d'éducation thérapeutique (prévue ou réalisée) ;
- ou conseils notés dans le dossier ou dans le courrier de sortie.

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 ^{ème} 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. <u>Clés de lecture :</u> 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
Critères d'exclusion	Etablissements non titulaires d'une autorisation en cancérologie
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
MODE D'EVALUATION DE L'INDICATEUR	
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.	