

Annexe 3

Fiches descriptives des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

Fiche descriptive de l'indicateur « Indice Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales » (ICALIN) - Résultats 2009 et 2010	
Définition	<p>Cet indicateur présenté sous la forme d'une note sur 100 et d'une classe de performance (A à F) objective l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales (IN) dans l'établissement, les moyens mobilisés et les actions mises en œuvre.</p> <p>Il ne s'agit pas du taux d'infections nosocomiales.</p>
Le résultat : score chiffré	<p>Pour chaque établissement le score ICALIN est calculé à partir de trois sous-indices pondérés de façon identique pour un total de 100 points à partir de 31 critères relatifs :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. à l'<i>Organisation</i> (O) en termes d'intégration de la lutte contre les IN dans le fonctionnement de l'établissement, de présence d'une instance de coordination et d'outils de gestion 2. aux <i>Moyens</i> (M) en termes de présence d'une équipe opérationnelle d'hygiène, de formation du personnel, et de correspondants en hygiène 3. aux <i>Actions</i> (A) en termes de présence de protocoles, de surveillances et d'évaluations.
Une classe de performance	<p>Des catégories d'établissement de santé En fonction des missions, des activités et de la taille des établissements de santé, les résultats sont rendus pas catégorie d'établissements (centres hospitaliers universitaires, centres hospitaliers, cliniques de médecine et de chirurgie de plus ou moins de 100 lits, centres de lutte contre le cancer,) sous forme de classe de performance.</p> <p>Des classes de performance Les classes de performance reposent sur des études statistiques spécifiques à chaque catégorie d'établissements de santé calculées à partir des données 2003.</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 les plus en avance et ayant l'organisation de la prévention la plus élaborée.</p> <p>La classe E correspond à des structures les plus en retard dans l'organisation de la prévention du risque infectieux.</p> <p>Les établissements n'envoyant pas leur bilan standardisé sont classés en F.</p>
Critère d'inclusion	Tous les établissements de santé
Critère d'exclusion	Aucun établissement de santé n'est exclu
Type d'indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> - Indicateur de processus - Indicateur composite - Ajustement en fonction du type d'établissement
Importance du thème	<p>Ce premier indicateur du tableau de bord permet d'inciter tous les établissements de santé à finaliser la mise en place d'un dispositif efficace de prévention des infections nosocomiales. Il permet aussi un suivi dans le temps et des comparaisons entre établissements de même catégorie, facteurs d'amélioration de la qualité et de sécurité.</p>

MODE D'EVALUATION DES CRITERES

Ce premier indicateur est calculé à partir du bilan standardisé annuel de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements de santé diffusé par voie réglementaire.

Un cahier des charges définit pour chacun des critères constitutifs de l'indicateur les modalités de remplissage. Les hétérogénéités d'interprétation entre les établissements de santé sont ainsi réduites.

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.

1. à l'Organisation :

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

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

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

3. aux Actions en lien avec :

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

Fiche descriptive de l'indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques (ICSHA) – Résultats 2009

Définition	L'indicateur ICSHA présenté sous la forme d'une note sur 100 et d'une classe de performance (A à F) est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains (selon une technique de référence).
Le résultat : score chiffré	L'ICSHA, exprimé en pourcentage est le rapport entre le volume de produits hydro-alcooliques (PHA) consommés réellement par l'établissement et l'objectif personnalisé de consommation vers lequel l'établissement doit tendre. Celui-ci est déterminé à partir d'un référentiel national prenant en compte les types d'activités de l'établissement. 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 est supérieur à 90% de l'objectif personnalisé, la classe de performance est égale à A. Entre 70% et 90%, la classe est égale à B, entre 30 % et 70%, la classe est égale à C, entre 10% et 30% , la classe est égale à D. Lorsque l'ICSHA est inférieur à 10% de l'objectif personnalisé, la classe de performance est égale à E. La classe F regroupe les établissements pour lesquels les données - volume consommé, nombre de journées d'hospitalisation par discipline - ne sont pas disponibles. Les établissements classés en A sont les établissements les plus en avance dans l'utilisation des produits hydro-alcooliques.
Critères d'inclusion	Etablissement de santé pour lesquels des recommandations relatives au nombre de frictions par patient et par jour, et les journées d'hospitalisation sont disponibles.
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> - Etablissement exclusivement ambulatoires ; - Maison d'enfants à caractère sanitaire spécialisée (MECSS) ; - Etablissement de post-cure alcoolique exclusive ; - Etablissement pour lequel les journées sont indisponibles.
Type d'indicateur	<ul style="list-style-type: none"> - Indicateur de moyens - Ajustement sur les types d'activités
Importance du thème	<p>La consommation de produits hydro-alcooliques reflète l'appropriation de la technique de désinfection des mains par un produit hydro-alcoolique qui remplace le lavage des mains à l'eau et au savon.</p> <p>L'utilisation large des PHA, technique à la fois rapide et efficace, améliore la mise en pratique de l'hygiène des mains et contribue à la diminution des infections nosocomiales et celles associées aux bactéries multi-résistantes.</p>

MODE D'EVALUATION DES CRITERES

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

Fiche descriptive de l'indicateur de consommation de solutions hydro- alcooliques (ICSHA2) -Résultats 2010	
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.
Critères d'inclusion	Etablissement de santé pour lesquels des recommandations relatives au nombre de frictions par patient et par jour, et les journées d'hospitalisation sont disponibles. 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 de transfusion sanguine ou d'hémodialyse
Critères d'exclusion	- Maison d'enfants à caractère sanitaire spécialisée (MECSS) ; - Etablissement de post-cure alcoolique exclusive ;
Type d'indicateur	- 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 jours 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'indice composite de bon usage des antibiotiques (ICATB) - Résultats 2009 et 2010	
Définition	<p>Cet indicateur est calculé sous la forme d'une note sur 20 et d'une classe de performance (A à F), objective le niveau d'engagement d'un établissement de santé dans une stratégie d'optimisation de l'efficacité des traitements antibiotiques.</p> <p>Il ne mesure pas le taux de résistance des bactéries aux antibiotiques.</p> <p>Pour l'harmonisation de la présentation des indicateurs, cette note sur 20 est convertie en note sur 100 (en la multipliant par 5).</p>
Le résultat : score chiffré	<p>ICATB est composé de trois sous-indices pondérés de façon identique pour un total de 20 points à partir de 11 critères relatifs :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. à l'Organisation (O) ; 2. aux Moyens (M) ; 3. aux Actions (A).
La classe de performance	<p>Des catégories d'établissement de santé</p> <p>En fonction des missions, des activités et de la taille des établissements de santé, les résultats sont rendus par catégorie d'établissements (centres hospitaliers universitaires, centres hospitaliers, cliniques de médecine et de chirurgie de plus ou moins de 100 lits, centres de lutte contre le cancer, ...) sous forme de classe de performance.</p> <p>Des classes de performance</p> <p>Les classes de performance reposent sur des études statistiques spécifiques à chaque catégorie d'établissement de santé calculées à partir des données 2006.</p> <p>Les bornes inférieures et supérieures de classes ne changent pas au fil des années afin de visualiser les évolutions de classe d'établissements de santé d'une année sur l'autre.</p> <p>La classe A comprend les établissements les plus en avance et ayant l'organisation relative au bon usage des antibiotiques la plus avancée.</p> <p>La classe E correspond à des structures les plus en retard dans l'organisation relative au bon usage des antibiotiques.</p> <p>Les établissements n'envoyant pas leur bilan standardisé sont classés en F.</p>
Critères d'inclusion	Etablissement ayant des prescriptions à usage interne et dont la prescription d'antibiotiques est fréquente.
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> - Etablissement d'hospitalisation à domicile (HAD) ; - Etablissement d'hémodialyse ; - Etablissement ambulatoires ; - Maison d'enfants à caractère sanitaire et social (MECSS) ; - Etablissement de post-cure alcoolique exclusive
Type d'indicateur	<ul style="list-style-type: none"> - Indicateur de processus - Indicateur composite - Ajustement sur le type d'activités
Importance du thème	<p>La France était en 2001 le pays européen qui consommait le plus d'antibiotiques et possédait un des taux les plus élevés de résistance bactérienne, tant en ville qu'à l'hôpital. Cet indicateur reflète le niveau d'engagement de l'établissement de santé, dans une démarche visant à optimiser l'efficacité des traitements antibiotiques. Ce bon usage associe des objectifs de bénéfice individuel pour le patient (meilleur traitement possible) et de bénéfice collectif (limitation de l'émergence de bactéries résistantes).</p>

MODE D'ÉVALUATION DES CRITERES

Cet indicateur est calculé à partir du bilan standardisé annuel de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements de santé diffusé par voie réglementaire.

Un cahier des charges définit pour chacun des critères constitutifs de l'indicateur les modalités de remplissage. Les hétérogénéités d'interprétation entre les établissements de santé sont ainsi réduites.

Annuellement, 10% des établissements de santé au niveau national font l'objet d'une validation externe par l'ARS.

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

1. **à l'Organisation** : Existence d'une « commission antibiotiques » dont le nombre de points varie en fonction du nombre de réunions tenues au cours de l'année
2. **aux Moyens** sont fonction de l'existence :
 - d'un référent en antibiothérapie ;
 - d'un système d'information qui se traduit par une connexion informatique et une prescription du médicament informatisée ;
 - d'une formation des nouveaux prescripteurs.
3. **aux Actions** en lien avec :
 - la prévention fondée sur :
 - des protocoles relatifs aux antibiotiques dont la pondération varie en fonction du type d'établissement
 - de l'existence d'une liste d'antibiotiques disponibles
 - de l'existence d'une liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée avec durée limitée
 - la surveillance qui concerne la consommation des antibiotiques
 - l'évaluation de la prescription des antibiotiques.

Fiche descriptive de l'indicateur Surveillance des infections du site opératoire (SURVISO) - Résultats 2009 et 2010	
Définition	Cet indicateur présenté sous la forme d'une note sur 100 objective à la mise en place par l'établissement d'une surveillance épidémiologique des patients après leur intervention chirurgicale ou obstétricale (dite surveillance des infections du site opératoire)
Le résultat : score chiffré	Le critère est égal à oui si l'établissement de santé a mis en place une surveillance des infections du site opératoire. En fonction du nombre de disciplines bénéficiant de cette surveillance, le critère est pondéré lors de sa prise en compte dans le calcul du score agrégé. Il ne permet pas de mesurer la fréquence des infections du site opératoire.
Classes de performance	La classe de performance est égale à A lorsque l'établissement surveille 100% des disciplines de son établissement. 100% < B ≤ 75% 75 % < C ≤ 50 % 50% < D < 1 seule discipline La classe de performance est égale à E lorsque l'établissement ne surveille qu'une seule discipline. La classe de performance est égale à F lorsqu'aucune discipline n'est surveillée.
Critères d'inclusion	Etablissement de santé ayant une activité chirurgicale ou obstétricale
Critères d'exclusion	Etablissement de santé sans activité chirurgicale ou obstétricale
Type d'indicateur	Indicateur de processus
Importance du thème	Si en France le risque d'infection du site opératoire (ISO) est peu fréquent (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. L'indicateur SURVISO rend visible l'engagement de l'établissement dans une démarche d'évaluation et d'amélioration des pratiques et de maîtrise du risque infectieux en chirurgie pour les établissements de santé ayant une activité chirurgicale ou obstétricale.
MODE D'EVALUATION DES CRITERES	
Cet indicateur est calculé à partir du bilan standardisé annuel de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements de santé diffusé par voie réglementaire. Un cahier des charges définit pour chacun des critères constitutifs de l'indicateur les modalités de remplissage. Les hétérogénéités d'interprétation entre les établissements de santé sont ainsi réduites. Le critère est satisfait si une surveillance des infections du site opératoire est mise en place dans les établissements de santé ayant une activité chirurgicale ou obstétricale. Annuellement, 10% des établissements de santé au niveau national font l'objet d'une validation externe par l'ARS.	

Fiche descriptive de l'indicateur : Score agrégé - Résultats 2009 et 2010	
Définition	<p>Cet indicateur présenté sous la forme d'une note sur 100 et d'une classe de performance (A à F) simplifiée et synthétise en un score unique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les indicateurs de processus : <ul style="list-style-type: none"> • ICALIN - indice composite d'activités de lutte contre les infections nosocomiales ; • ICATB - indice composite de bon usage des antibiotiques • SURVISO - réalisation de la surveillance des infections du site opératoire - et de moyens – ICSHA (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 quatre indicateurs suscités et pondérés en fonction de l'activité de l'établissement (pour exemple, un établissement concerné par les 4 indicateurs aura son score agrégé calculé selon la formule</p> <p>Score agrégé pour les résultats 2009 = (ICALIN x 0,4) + (ICSHA x 0,3) + ICATB + SURVISO</p> <p>Score agrégé pour les résultats 2010 = (ICALIN x 0,4) + (ICSHA2 x 0,3) + ICATB + SURVISO</p>
La classe de performance	<p>Des catégories d'établissement de santé</p> <p>En fonction des missions, des activités et de la taille de l'établissement de santé, les résultats sont rendus pas catégories d'établissement (centres hospitaliers universitaires, centres hospitaliers, cliniques de médecine et de chirurgie de plus ou moins de 100 lits, centres de lutte contre le cancer, ...) sous forme de classe de performance.</p> <p>Les classes de performance</p> <p>Pour chacune des catégories d'établissements, les bornes sont calculées à partir des valeurs des bornes des classes de performance de chacun des indicateurs (ICALIN, ICSHA 2, SURVISO, ICATB). La pondération de chacun de ces indicateurs varie en fonction du type d'activités de l'établissement.</p>
Critères d'inclusion	Tous les établissements de santé
Critères d'exclusion	Etablissement de santé ayant une activité chirurgicale ou obstétricale sans surveillance des infections du site opératoire (SURVISO = F)
Type d'indicateur	<ul style="list-style-type: none"> - Indicateur composite - Ajustement en fonction du type d'établissement
Importance du thème	Il permet de lire différemment, en les rendant lisible, en une seule fois, les quatre indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales qui sont ICALIN (indice composite de lutte contre les infections nosocomiales), ICSHA ou ICSHA-2 (indicateur de consommation en solutions hydro-alcooliques), ICATB (indicateur de bon usage des antibiotiques) et SURVISO (surveillance des infections du site opératoire).
MODE D'EVALUATION DES CRITERES	
Un cahier des charges définit pour chacun des critères constitutifs des indicateurs ICALIN, ICSHA (2) ICATB et SURVISO les modalités de remplissage. Les hétérogénéités d'interprétation entre les établissements de santé sont ainsi réduites. Annuellement, 10% des établissements de santé au niveau national font l'objet d'une validation externe par l'ARS.	

Fiche descriptive du taux triennal de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (indice SARM) - Résultats 2010

Définition	<p>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>L'indice SARM pour 1 000 journées d'hospitalisation est calculé à partir des données des années 2008, 2009 et 2010:</p> $\frac{\text{Nombre de SARM déclarés en 2008, 2009 et 2010}}{\text{Nombre de journées d'hospitalisation en 2008, 2009 et 2010}}$
Le résultat : score chiffré	<p>Cet indicateur est un indice triennal calculé à partir des données recueillies sur 3 ans car les variations annuelles au sein d'un même établissement peuvent être importantes d'une année à l'autre. L'indice triennal permet de « lisser » ces variations.</p>
Une classe de performance et tendance évolutive	<p>Des catégories d'établissement de santé les résultats sont rendus par catégorie d'établissements (CHU-CHR, Centre hospitaliers, ex Hôpital local, cliniques MCO, SSR-SLD, CLCC) en fonction de leurs missions, activités et taille sous la forme de classe de performance</p> <p>Des classes de performance 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). Les bornes inférieures et supérieures de classes ne changent pas au fil des années afin de visualiser les évolutions de classe d'établissements de santé d'une année sur l'autre. La classe A correspond aux établissements qui ont le taux triennal de SARM le plus faible La classe E correspond aux établissements de santé ayant le taux triennal de SARM le plus haut Le taux triennal dépend: - Du nombre de SARM dits importés (patients infectés venant d'un autre hôpital ou de la communauté). - 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). D'après les différentes études menées par l'InVS, la proportion de SARM acquis est stable dans le temps. Le taux triennal de SARM reflète donc la pression de sélection globale de l'établissement. La tendance évolutive du taux annuel de SARM reflète de façon plus sélective la maîtrise des SARM acquis.</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	<p>ceux ayant réalisé moins de 30 000 journées d'hospitalisation complète par an (soit 90 000 journées d'hospitalisation sur 3 ans)</p> <p>les catégories d'établissements suivantes : hospitalisation à domicile, établissements exclusivement ambulatoires, maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé, psychiatrie et hémodialyse et les établissements postcure alcooliques.</p>
Type d'indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> - Indicateur de résultats - Ajustement en fonction du type d'établissement

Importance du thème	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.
MODE D'ÉVALUATION DES CRITÈRES	
<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. Sont incluses les souches de SARM :</p> <p style="padding-left: 40px;">Isolées de prélèvements à visée diagnostique, c'est-à-dire de tous les prélèvements sauf ceux à visée de dépistage.</p> <p style="padding-left: 40px;">Chez les malades en hospitalisation complète ou de semaine, c'est-à-dire dans l'ensemble des services de soins : court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique), soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée, psychiatrie et ceci quel que soit le mode d'admission dans le service (direct, en urgence, par transfert) et le mode de sortie (à domicile, transfert externe ou décès).</p> <p>Chaque patient avec au moins une souche de SARM isolée d'un prélèvement à visée diagnostique dans l'année dans l'établissement, ne doit être compté qu'une seule fois (dédoublonnage), même en cas de séjours multiples. Un doublon correspond ici à « toute souche de SARM isolée chez un patient pour lequel une souche de SARM a déjà été prise en compte dans l'année, quel que soit son antibiotype et quel que soit le site de prélèvement ».</p> <p>Sont exclues les souches de SARM isolées de :</p> <p style="padding-left: 40px;">Prélèvements à visée de dépistage tel que les prélèvements réalisés dans le but exclusif de rechercher le portage de SARM (ex : écouvillonnage nasal ou de la peau faisant l'objet de cultures à la recherche de SARM par culture sur milieux sélectifs contenant en général des antibiotiques).</p> <p style="padding-left: 40px;">Prélèvements environnementaux (surfaces, ...).</p> <p>Les journées d'hospitalisation prises en compte sont extraites de la SAE et correspondent aux activités MCO, SSR, et SLD.</p> <p>Lors de la validation externe par les ARS, l'élément de preuve est la liste des SARM identifiés au cours de l'année pour le laboratoire de microbiologie.</p>	

Fiche descriptive de l'indicateur : Tenue du dossier patient (TDP) dans le secteur MCO

Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un score sur 100 et d'une classe de performance, évalue la qualité du dossier des patients hospitalisés.
Le résultat : score chiffré	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 aux deux références suivantes</p> <p>La moyenne nationale</p> <p>Le 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 indiquent où se positionnent les établissements par rapport au niveau de qualité attendu fixé à 80%. 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. La classe de performance est calculée en tenant compte de l'intervalle de confiance.</p> <p>Dans les établissements de classe A, plus de 8 dossiers sur 10 sont complets.</p> <p>Dans les établissements de la classe B, 8 dossiers sur 10 sont complets.</p> <p>Dans les établissements de la classe C, moins de 8 dossiers sont complets.</p> <p>Les établissements de la classe D n'ont pas répondu à leur obligation de recueil.</p> <p>Par ailleurs sont aussi fournis aux établissements, 2 autres modalités de comparaison : par rapport à la moyenne régionale et par rapport à celle du secteur d'activité concerné.</p>
Critère d'inclusion	<p>Recueil</p> <ul style="list-style-type: none"> - obligatoire pour les établissements faisant 500 séjours ou plus hors séances sur l'année précédent celle du recueil - facultatif pour les établissements réalisant moins de 500 séjours 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	<p>Indicateur de processus</p> <p>Indicateur composite</p> <p>Ajustement sur le risque : non</p>
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.

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

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

Le critère est satisfait si le courrier de fin d'hospitalisation (ou le compte rendu d'hospitalisation ou une trace écrite justifiant médicalement la mutation) retrace les quatre éléments suivants :

- l'identité du médecin destinataire (nom et adresse) ou du service en cas de mutation,
- une référence aux dates de séjour (date d'entrée et date de sortie),
- une synthèse du séjour (contenu médical sur la prise en charge du patient),
- une trace écrite d'un traitement de sortie.

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

Le critère est satisfait si le traitement de sortie comporte les sept éléments suivants :

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

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

10. Dossier transfusionnel renseigné (*si applicable*)

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

- la fiche transfusionnelle,
- les documents de groupage sanguin,
- la fiche de distribution nominative (attribution / distribution),
- la prescription du produit sanguin labile signée par le médecin,
- Doivent également figurer dans le dossier transfusionnel :
 - o les résultats de la Recherche d'Agglutinines Irrégulières (RAI), en cas de transfusion de globules rouges,
 - o 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, présenté sous la forme d'un score sur 100 et d'une classe de performance, évalue la qualité du dossier des patients hospitalisés.
Le résultat : score chiffré	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 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 aux deux références suivantes</p> <ul style="list-style-type: none"> - La moyenne nationale - Le 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 indiquent où se positionnent les établissements par rapport au niveau de qualité attendu fixé à 80%. 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. La classe de performance est calculée en tenant compte de l'intervalle de confiance. <p>Dans les établissements de classe A, plus de 8 dossiers sur 10 sont complets. Dans les établissements de la classe B, 8 dossiers sur 10 sont complets. Dans les établissements de la classe C, moins de 8 dossiers sont complets Les établissements de la classe D n'ont pas répondu à leur obligation de recueil.</p> <p>Par ailleurs sont aussi fournis aux établissements, 2 autres modalités de comparaison : par rapport à la moyenne régionale et par rapport à celle du secteur d'activité concerné.</p>
Critère d'inclusion	<p>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 précédent celle du recueil - facultatif pour les établissements réalisant moins de 80 séjours d'au moins 8 jours sur le 1er semestre de l'année précédent 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	<p>Indicateur de processus. Indicateur composite. Ajustement sur le risque : non.</p>
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

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 :

Éléments communs à tous les dossiers

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 (au minimum nom et n°de télé phone ou ville d'exercice).

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

Le critère est satisfait 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

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

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)
- Trace écrite d'un 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.

Éléments dépendants de la prise en charge

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 : Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC)	
Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation.
Le résultat : score chiffré	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. Il correspond au nombre 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 aux deux références suivantes : La moyenne nationale ; Le 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 indiquent où se positionnent les établissements par rapport au niveau de qualité attendu fixé à 80%. 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. La classe de performance est calculée en tenant compte de l'intervalle de confiance. 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. Par ailleurs sont aussi fournis aux établissements, 2 autres modalités de comparaison : par rapport à la moyenne régionale et par rapport à celle du secteur d'activité concerné.
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 précédent celle du recueil - facultatif pour les établissements réalisant moins de 500 séjours hors séances sur l'année précédent celle du recueil En secteur SSR, recueil <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 précédent celle du recueil - facultatif pour les établissements réalisant moins de 80 séjours d'au moins 8 jours sur le 1er semestre de l'année précédent 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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'ÉVALUATION DES CRITERES

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 :

- 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.

Pour le niveau 1, il est calculé la proportion de séjours pour lesquels le courrier de fin d'hospitalisation est envoyé dans un délai inférieur ou égal à huit jours. Pour le niveau 2, il est calculé la proportion de séjours pour lesquels le courrier comprenant les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins est envoyé dans un délai inférieur ou égal à huit jours.

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, présenté sous la forme d'un taux, évalue la traçabilité de l'évaluation de la douleur dans le dossier patient.
Le résultat : score chiffré	<p>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.</p> <p>Il correspond au nombre de séjours pour lesquels il existe :</p> <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>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	<p>Les modalités de comparaison pour la diffusion publique se font par rapport aux deux références suivantes</p> <ul style="list-style-type: none"> - La moyenne nationale - Le 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 indiquent où se positionnent les établissements par rapport au niveau de qualité attendu fixé à 80%. 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. La classe de performance est calculée en tenant compte de l'intervalle de confiance. <p>Dans les établissements de classe A, plus de 8 dossiers sur 10 contiennent une évaluation de la douleur.</p> <p>Dans les établissements de la classe B, 8 dossiers sur 10 sont contiennent une évaluation de la douleur.</p> <p>Dans les établissements de la classe C, moins de 8 dossiers sont contiennent une évaluation de la douleur.</p> <p>Les établissements de la classe D n'ont pas répondu à leur obligation de recueil.</p> <p>Par ailleurs sont aussi fournis aux établissements, 2 autres modalités de comparaison : par rapport à la moyenne régionale et par rapport à celle du secteur d'activité concerné.</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 précédent celle du recueil - facultatif pour les établissements réalisant moins de 500 séjours hors séances sur l'année précédent 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 précédent celle du recueil - facultatif pour les établissements réalisant moins de 80 séjours d'au moins 8 jours sur le 1er semestre de l'année précédent 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	<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'ÉVALUATION DES CRITERES</p>	
<p>L'évaluation des dossiers est réalisée au moyen d'une grille d'analyse spécifique.</p> <p>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>	

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

<p>Définition</p>	<p>En secteur MCO Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la réalisation avec notification dans le dossier, du dépistage des troubles nutritionnels au cours des 48 premières heures du séjour, chez les patients adultes. Il représente le pourcentage de dossiers de patients adultes pour lesquels une mesure du poids lors des 48 premières heures a été réalisée.</p> <p>En secteur SSR Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la réalisation avec notification dans le dossier, du dépistage des troubles nutritionnels au cours des 7 jours premiers jours du séjour, chez les patients adultes. Il représente le pourcentage de dossiers de patients adultes pour lesquels un suivi du poids est effectué avec une mesure lors de la première semaine du séjour et un suivi dans les 15 jours suivants.</p>
<p>Le résultat : score chiffré</p>	<p>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.</p> <p>En secteur MCO Il correspond au nombre de séjours de patients adultes pour lesquels une notification du poids est retrouvée dans les 48 premières heures du séjour.</p> <p>En secteur SSR Il correspond au nombre de séjours de patients adultes pour lesquels une notification du poids est retrouvée dans le dossier à l'admission ET une mesure de suivi du poids est notée dans le dossier dans les 15 jours suivant la première mesure.</p>
<p>Référentiel de comparaison</p>	<p>Les modalités de comparaison pour la diffusion publique se font par rapport aux deux références suivantes</p> <ul style="list-style-type: none"> - La moyenne nationale - Le 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 indiquent où se positionnent les établissements par rapport au niveau de qualité attendu fixé à 80%. 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. La classe de performance est calculée en tenant compte de l'intervalle de confiance. <p>Dans les établissements de classe A, plus de 8 dossiers sur 10 ont l'ensemble des éléments sur le poids. Dans les établissements de la classe B, 8 dossiers sur 10 ont l'ensemble des éléments sur le poids. Dans les établissements C, moins de 8 dossiers ont l'ensemble des éléments sur le poids Dans les établissements D n'ont pas répondu à leur obligation de recueil.</p> <p>Par ailleurs sont aussi fournis aux établissements, 2 autres modalités de comparaison : par rapport à la moyenne régionale et par rapport à celle du secteur d'activité concerné.</p>
<p>Critère d'inclusion</p>	<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 précédent celle du recueil - facultatif pour les établissements réalisant moins de 500 séjours hors séances sur l'année précédent 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 précédent celle du recueil

	- facultatif pour les établissements réalisant moins de 80 séjours d'au moins 8 jours sur le 1er semestre de l'année précédent celle du recueil
Critères d'exclusion	- 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 DES CRITERES

Pour le secteur MCO :

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

Les éléments requis pour le calcul de l'indicateur (Une mesure du poids a été effectuée et notée dans le dossier) sont décrits ci-dessous :

Le critère est satisfait si le poids est retrouvé dans les supports suivants : examen médical d'entrée, dossier de soins, compte rendu de consultation ou dossier d'anesthésie.

Pour le secteur SSR :

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

Les éléments requis pour le calcul de l'indicateur sont décrits ci-dessous :

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.

Fiche descriptive de l'indicateur : Tenue du dossier anesthésique (DAN)

Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un score sur 100, évalue la qualité du dossier anesthésique.
Le résultat : score chiffré	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	<p>Les modalités de comparaison pour la diffusion publique se font par rapport aux deux références suivantes</p> <ul style="list-style-type: none"> - La moyenne nationale - Le 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 indiquent où se positionnent les établissements par rapport au niveau de qualité attendu fixé à 80%. 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. La classe de performance est calculée en tenant compte de l'intervalle de confiance. <p>Dans les établissements de classe A, plus de 8 dossiers sur 10 ont un dossier d'anesthésie complet. Dans les établissements de la classe B, 8 dossiers sur 10 ont un dossier d'anesthésie complet. Dans les établissements de la classe C, moins de 8 dossiers ont un dossier d'anesthésie complet. Les établissements D n'ont pas répondu à leur obligation de recueil.</p> <p>Par ailleurs sont aussi fournis aux établissements, 2 autres modalités de comparaison : par rapport à la moyenne régionale et par rapport à celle du secteur d'activité concerné.</p>
Critère d'inclusion	<p>Recueil</p> <ul style="list-style-type: none"> - obligatoire pour les établissements faisant 500 séjours ou plus hors séances sur l'année précédent celle du recueil - facultatif pour les établissements réalisant moins de 500 séjours hors séances sur l'année précédent celle du recueil
Critères d'exclusion	- Etablissements n'ayant pas d'activités liées à l'anesthésie
Type d'indicateur	<ul style="list-style-type: none"> - Indicateur de processus. - Indicateur composite. - Pas d'ajustement sur le risque.

Importance du thème	<p>Un référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles sur la tenue du dossier d'anesthésie a été élaboré par la HAS avec la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation et le Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs.</p> <p>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.</p>
----------------------------	---

MODE D'ÉVALUATION DES CRITÈRES

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

Chaque réponse valide est comptabilisée par 1 point. Le numérateur est égal à la somme des points, et le dénominateur est égal à la somme des critères applicables.

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

Phases pré, per et post-anesthésique

1. Identification du patient sur toutes les pièces du dossier

Le critère est satisfait si le nom, le prénom et la date de naissance du patient sont retrouvés sur les documents traçant la consultation et la visite pré-anesthésique, les phases per-anesthésique et post-interventionnelle.

Phase pré-anesthésique

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

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

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

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

- une date,
- un contenu spécifique noté.

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

Le critère est satisfait si le document traçant la CPA (ou la VPA en l'absence de CPA) indique formellement :

- soit l'existence et la mention du traitement habituel ;
- soit l'absence de traitement.

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

Le critère est satisfait si la mention de l'évaluation du risque anesthésique est retrouvée dans le document traçant la CPA (ou la VPA en l'absence de CPA).

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

Le critère est satisfait si la mention du type d'anesthésie proposé au patient est retrouvée dans le document traçant la CPA (ou la VPA en l'absence de CPA).

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

Le critère est satisfait :

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

OU

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

Phase per-anesthésique

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

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

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

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

Phase post-interventionnelle

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

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

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

Le critère est satisfait si l'autorisation de sortie du patient de la SSPI est validée par l'un des trois éléments suivants :

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

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

Le critère est satisfait si les prescriptions médicamenteuses post-anesthésiques comportent les sept éléments suivants :

- le nom et le prénom du patient,
- la date de prescription,
- la signature du médecin anesthésiste,
- le nom du médecin anesthésiste,
- le nom des médicaments,
- la posologie (dosage unitaire, rythme et horaire d'administration du médicament),
- la voie d'administration des médicaments.

Phase péri-anesthésique

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

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

Fiche descriptive de l'indicateur : Prescriptions médicamenteuses dans l'infarctus du myocarde (SCORE BASI)

Définition	<p>L'indicateur, présenté sous la forme d'un score sur 100, évalue la prescription de l'ensemble de ces traitements à la sortie de l'établissement de santé. La non-prescription doit être justifiée.</p> <p>En France, la prise en charge des maladies cardiaques s'est considérablement améliorée au cours des 10 dernières années, comme en attestent les récentes données communiquées dans le cadre du programme pilote « infarctus du myocarde » de la HAS. Le taux d'infarctus du myocarde est en France parmi l'un des plus bas en Europe.</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 : score chiffré	<p>Le calcul de l'indicateur est réalisé sur un échantillon aléatoire de 60 dossiers médicaux portant sur des séjours des 9 premiers mois de l'année concernée.</p> <p>Pour chaque dossier, il est recherché la prescription de ces 4 traitements (ou la justification de la non-prescription) (cotation à 1). En cas de non prescription sans justification médicale d'au moins 1 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 aux deux références suivantes</p> <ul style="list-style-type: none"> - La moyenne nationale - Le 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 indiquent où se positionnent les établissements par rapport au niveau de qualité attendu fixé à 80%. 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. La classe de performance est calculée en tenant compte de l'intervalle de confiance. <p>Dans les établissements de classe A, plus de 8 dossiers sur 10 ont un traitement médicamenteux adapté.</p> <p>Dans les établissements de la classe B, 8 dossiers sur 10 ont un traitement médicamenteux complet.</p> <p>Dans les établissements de la classe C, moins de 8 dossiers ont un traitement médicamenteux complet.</p> <p>Les établissements D n'ont pas répondu à leur obligation de recueil.</p> <p>Par ailleurs sont aussi fournis aux établissements, 2 autres modalités de comparaison : par rapport à la moyenne régionale et par rapport à celle du secteur d'activité concerné.</p>
Critère d'inclusion	<p>Recueil</p> <ul style="list-style-type: none"> - obligatoire pour les établissements faisant 500 séjours ou plus hors séances sur l'année précédent celle du recueil - facultatif pour les établissements réalisant moins de 500 séjours 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	<p>Indicateur de processus.</p> <p>Ajustement sur le risque : non.</p>
MODE D'EVALUATION DE L'INDICATEUR	
<p>Pour chaque dossier, il est recherché la prescription de ces 4 traitements 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>	

L'indicateur est satisfait si dans chaque dossier, il est retrouvé :

Pour le traitement anti-agrégant plaquettaire, une des 4 situations

- 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.