

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Organisation

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

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

Bureau qualité et sécurité des soins
(PF2)

Instruction DGOS/PF2 n° 2014-152 du 16 mai 2014 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 : AFSH1411227J

Validée par le CNP le 16 mai 2014. – Visa CNP 2014-90.

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

Résumé : sur la base des articles L. 6144-1 et L. 6161-2 du code de la santé publique, l'arrêté du 11 février 2014 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 11 février 2014 ainsi que les objectifs nationaux à atteindre.

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

Références :

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

Arrêté du 11 février 2014 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins ;

Instruction DGOS/PF2 n° 2014-66 du 4 mars 2014 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2014.

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

Annexes

- Annexe 1. – Description opérationnelle de mise à la disposition du public des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.
- Annexe 2. – Fiches descriptives des indicateurs de qualité et de sécurité des soins mis à la disposition du public.
- Annexe 3. – Guide méthodologique contrôle qualité du recueil des indicateurs – ONC 2014.

La ministre des affaires sociales et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour attribution et diffusion) ; Mesdames et

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

La présente instruction a pour objet de préciser les modalités d'application de l'arrêté du 11 février 2014 fixant les conditions selon lesquelles chaque établissement de santé met à la disposition du public les résultats publiés en 2013 et 2014 des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

I. – OBJECTIFS NATIONAUX DES INDICATEURS DE QUALITÉ ET DE SÉCURITÉ DES SOINS

Des objectifs nationaux de performance ont été déterminés pour les indicateurs cités dans l'arrêté du 11 février 2014.

Pour les indicateurs du tableau de bord de lutte des infections nosocomiales, les objectifs nationaux à atteindre correspondent à l'atteinte des meilleures classes de performance (classe A et B) pour l'ensemble des établissements de santé.

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

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

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

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

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

II. – PUBLICATION NATIONALE DES RÉSULTATS DES INDICATEURS

1. Présentation des résultats

Chaque année, les résultats du tableau de bord des infections nosocomiales font l'objet d'un rapport national montrant le niveau d'engagement des établissements de santé dans la prévention des infections associées aux soins.

La progression individuelle de l'établissement de santé sur plusieurs années et son positionnement par rapport aux établissements de même catégorie permettent de mieux approcher sa performance globale dans la gestion du risque infectieux. Cette comparaison ne peut se faire que pour des indicateurs de même génération.

L'atteinte des objectifs du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 a conduit à faire évoluer les indicateurs initiaux pour les rendre à même d'accompagner les objectifs de performance plus ambitieux du programme national 2009-2013.

Les indicateurs de deuxième génération sont soit des évolutions d'indicateurs existants, soit des nouveaux visant à renforcer des champs d'intervention prioritaires: les bactéries multirésistantes et la prévention des infections des patients opérés.

Par ses effets d'émulation, d'incitation ainsi que d'accompagnement des établissements en démarche de progrès, le tableau de bord vise à l'amélioration globale et continue de la qualité des soins et de la sécurité du patient.

Depuis 2012, les résultats relatifs aux indicateurs sur la qualité des prescriptions médicamenteuses après un infarctus du myocarde sont diffusés sous la forme d'un score agrégé: le score BASI. Ce score est calculé à partir d'une agrégation des résultats de quatre indicateurs relatifs aux

prescriptions médicamenteuses. La HAS poursuit ses travaux d'agrégation de résultats, dans un objectif d'amélioration de l'information auprès du public, notamment autour des thématiques de la prise en charge des AVC et des hémorragies du *post-partum*.

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

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

2. Diffusion publique des résultats

Depuis le 28 novembre 2013, le site Scope Santé (www.scopesante.fr), succédant au site Platines, est le nouveau site Internet d'information des usagers sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé. Lancé par la HAS en partenariat avec la DGOS et l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), il est le support de diffusion publique pour tous les établissements de santé notamment des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

L'annexe 1 présente les modalités de mise à la disposition du public des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins et le contenu obligatoire de la communication. La publication nationale des résultats aura lieu en novembre 2014 sur le site Scope Santé ; elle sera annoncée par communiqué de presse.

Cette publication porte sur le recueil des cinq indicateurs du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales (pilotes par la DGOS) et des quinze indicateurs de qualité et de sécurité des soins (pilotes par la HAS). La liste de ces indicateurs, dont les campagnes de recueil sont alternées (pour une partie des indicateurs, recueil en 2014 sur les données de 2013 et pour l'autre partie, recueil en 2013 sur les données de 2012), est fixée dans l'arrêté du 11 février 2014. Des informations complémentaires sur les établissements de santé seront également diffusées sur le site d'information des usagers de la HAS Scope Santé en lien avec les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (existence ou non d'IRM 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour les urgences neurologiques et neurovasculaires, présence ou non d'unité neurovasculaire pour l'AVC).

Les indicateurs de l'arrêté du 11 février 2014 sont décrits en annexe 2 de la présente circulaire.

Depuis 2013, tous les indicateurs généralisés (HAS-DGOS) font l'objet d'un contrôle qualité de leur recueil avant la diffusion publique de leurs résultats. L'objectif de ce dispositif, inscrit aux orientations nationales de contrôle (ONC) par l'IGAS, est de fiabiliser les résultats de ces indicateurs rendus opposables aux établissements de santé. Ce contrôle qualité des données déclarées des indicateurs est réalisé chaque année par les agences régionales de santé selon la procédure précisée dans l'annexe 3 (Guide méthodologique du contrôle qualité du recueil des indicateurs – ONC 2014).

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

Pour la ministre et par délégation :

*Le secrétaire général adjoint,
secrétaire général par intérim
des ministères chargés des affaires sociales,*
P. RICORDEAU

*Le directeur général
de l'offre de soins,*
J. DEBEAUPUIS

ANNEXE 1

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

1. La communication nationale

La communication nationale consiste notamment en une publication des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins sur le site Internet de diffusion publique du ministère chargé de la santé et celui de la Haute Autorité de santé (HAS), pour l'ensemble des établissements de santé.

Depuis novembre 2013, le site Scope Santé (www.scopesante.fr), piloté par la HAS, est le nouveau site d'information des usagers sur la qualité et la sécurité des prises en charge dans les établissements de santé; les résultats des indicateurs afférents y sont actualisés. Un export des données de l'établissement peut être édité sur Scope Santé et servir de support de diffusion publique.

Dans un délai de deux mois à compter de la date de publication nationale des indicateurs sur Scope Santé, 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 le recueil de cinq indicateurs du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales (pilotés par la DGOS) et de quinze indicateurs de qualité et de sécurité des soins (pilotés par la HAS). La liste de ces indicateurs, dont les campagnes de recueil sont alternées (pour une partie des indicateurs, recueil en 2014 sur les données de 2013 et, pour l'autre partie, recueil en 2013 sur les données de 2012), est fixée dans l'arrêté du 11 février 2014.

2. Les communications régionales

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

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

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

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

Diffusion au public

Dès la publication nationale des résultats des indicateurs, en novembre 2014, sur le site d'information du public Scope Santé, l'établissement organise la communication.

Cette communication doit nécessairement comprendre les derniers résultats disponibles des indicateurs cités dans l'annexe de l'arrêté du 11 février 2014 pour lesquels l'établissement est concerné, à savoir:

Les cinq indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales (généralisation sous le pilotage du ministère chargé de la santé):

- indicateurs recueillis en 2014 à partir des données 2013:
 - ICSHA.2 (indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques);
 - ICA-BMR (indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes);
 - ICATB.2 (indicateur composite de bon usage des antibiotiques).
- indicateurs recueillis en 2013 à partir des données 2012:
 - ICALIN.2 (indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales);
 - ICA-LISO (indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire).

Les quinze indicateurs de qualité (généralisation sous le pilotage de la HAS) :

- indicateurs évaluant la qualité 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), recueillis en 2014 à partir des données de 2013:
 - TDP (tenue du dossier patient) en MCO, SSR, HAD, PSY;
 - DEC (délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation) en MCO, SSR, HAD, PSY;
 - TRD (traçabilité de l'évaluation de la douleur) MCO, SSR, HAD;
 - DTN (dépistage des troubles nutritionnels) en MCO, SSR, HAD, PSY;
 - TDA (tenue du dossier anesthésique);
 - TRE (traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre) en HAD;
 - RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire) en cancérologie.
- indicateurs recueillis en 2013 à partir des données de 2012
 - BASI 2 (prescriptions médicamenteuses appropriées après un infarctus du myocarde);
 - HYG (sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques après un infarctus du myocarde);
 - DEL (prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement);
 - SURMIN (surveillance clinique minimale en salle de naissance après l'accouchement);
 - DHS (date et de heure de survenue des symptômes lors de la prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral);
 - ASP (aspirine après un accident vasculaire cérébral ischémique);
 - EPR (évaluation par un professionnel de la rééducation lors de la prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral);
 - AVC-TDP (tenue du dossier du patient dans le cadre de la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral).

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

La mise à disposition est obligatoire.

Les supports de communication doivent être :

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

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 de la sécurité des soins et des domaines couverts par les indicateurs afférents.

Seront également publiées sur le site d'information du public Scope Santé, en lien avec la publication des indicateurs de qualité et de sécurité de la prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral, les informations suivantes non concernées par l'arrêté du 11 février 2014 :

- la présence d'unité neurovasculaire;
- l'existence d'IRM 24 heures 24 et 7 jours 7 pour les urgences neurologiques et neurovasculaires.

ANNEXE 2

FICHES DESCRIPTIVES DES INDICATEURS DE QUALITÉ ET DE SÉCURITÉ DES SOINS MIS À DISPOSITION DU PUBLIC

SOMMAIRE

Indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales

Indicateurs recueillis en 2014, à partir des données 2013 :

- indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques (ICSHA.2);
- indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes (ICA-BMR);
- indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB.2).

Indicateurs recueillis en 2013, à partir des données 2012 :

- indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN.2);
- indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire (ICA-LISO).

Indicateurs de qualité et de sécurité des soins de la HAS

Indicateurs recueillis en 2014, à partir des données 2013 :

- tenue du dossier patient (TDP) dans les secteurs MCO, SSR, HAD, santé mentale (PSY);
- délai d’envoi du courrier de fin d’hospitalisation (DEC) : MCO, SSR, HAD, santé mentale (PSY);
- traçabilité de l’évaluation de la douleur (TRD) MCO, SSR, HAD;
- dépistage des troubles nutritionnels (DTN) MCO, SSR, HAD, santé mentale (PSY);
- traçabilité de l’évaluation du risque d’escarre (TRE) dans le secteur HAD;
- tenue du dossier anesthésique (TDA);
- réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie (RCP).

Indicateurs recueillis en 2013, à partir des données 2012 :

- prescriptions médicamenteuses appropriées après un infarctus du myocarde (BASI 2);
- sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques après un infarctus du myocarde (HYG);
- prévention de l’hémorragie lors de la délivrance après un accouchement (DEL);
- surveillance clinique minimale en salle de naissance après l’accouchement (SURMIN);
- date et heure de survenue des symptômes lors de la prise en charge initiale de l’accident vasculaire cérébral (DHS);
- aspirine après un accident vasculaire cérébral ischémique (ASP);
- évaluation par un professionnel de la rééducation lors de la prise en charge initiale de l’accident vasculaire cérébral (EPR);
- tenue du dossier du patient dans le cadre de la prise en charge de l’accident vasculaire cérébral (AVC-TDP).

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR 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).
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.
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 performance sont symbolisées par des couleurs : <ul style="list-style-type: none"> – vert symbolise les meilleures classes (A et B); – jaune symbolise la classe intermédiaire C; – orange symbolise les classes les moins bonnes (D et E); – gris symbolise les non-répondants (classe F).
Critères d'inclusion	Établissements de santé pour lesquels des recommandations relatives au nombre de frictions par patient et par jour, et les journées d'hospitalisation sont disponibles. Médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, urgences (par passage). Réanimation (frictions supplémentaires par rapport à la médecine – chirurgie). Soins de suite, réadaptation fonctionnelle, soins de longue durée. Hôpital de jour de médecine, chirurgie, obstétrique, soins de suite. HAD (par jour). Bloc chirurgical (1 par entrée en service de chirurgie, et par entrée en HDJ). Accouchement sans ou avec césarienne. Séance de chimiothérapie, ou d'hémodialyse.
Critères d'exclusion	Maison d'enfants à caractère sanitaire spécialisée (MECSS). Établissement de postcure alcoolique exclusive.
Type d'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 jour et par patient. Le nombre de friction va augmenter de façon progressive sur quatre ans pour certaines activités.
MODE D'ÉVALUATION DES CRITÈRES	
<p>Cet indicateur est calculé à partir du bilan standardisé annuel de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements de santé et diffusé par voie réglementaire.</p> <p>Un cahier des charges définit pour chacun des critères constitutifs de l'indicateur les modalités de remplissage. Les hétérogénéités d'interprétation entre les établissements de santé sont ainsi réduites.</p> <p>Chaque année, un contrôle qualité des données déclarées dans BilanLIN est réalisé par les agences régionales de santé pour 10 % des établissements de santé.</p>	

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR COMPOSITE DE MAÎTRISE DE LA DIFFUSION DES BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES (ICA-BMR)	
Définition	Cet indicateur présenté sous la forme d'une note sur 100 et d'une classe de performance (A à F) objective l'organisation pour la maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes, les moyens mobilisés et les actions mises en œuvre par l'établissement.
Résultat : score chiffré	ICA-BMR est composé de trois sous-chapitres organisation (32 points); moyens (28 points) et action (40 points) – pondérés pour un total de 100 points à partir de 11 critères relatifs: <ol style="list-style-type: none"> 1. À l'organisation qui définit la politique de maîtrise des BMR. 2. Aux moyens qui définissent les modalités de transmission de l'information aux professionnels et aux patients. 3. Aux actions en termes de prévention et de surveillance des BMR.
Classes 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 F.</p> <p>Les bornes des classes A à E ont été établies selon une méthode statistique reposant sur les centiles de distribution de chaque catégorie d'établissement de santé (centile 20 - 40 - 60 - 80) à partir des données des bilans 2010 (réalisé sur 2 809 établissements). Ces bornes de classes ne changeront pas au fil des années, afin de visualiser les changements de classe des établissements d'une année sur l'autre, qu'il s'agisse d'une progression ou d'une régression.</p> <p>La classe A comprend les établissements les plus en avance et ayant le niveau d'engagement le plus élevé pour la maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes.</p> <p>La classe E, les structures les plus en retard pour la prise en compte par l'établissement pour la maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes.</p> <p>Les établissements n'envoyant pas leur bilan sont classés comme non-répondant ou en classe F.</p> <p>Les classes de performance sont symbolisées par des couleurs:</p> <ul style="list-style-type: none"> – vert symbolise les meilleures classes (A et B); – jaune symbolise la classe intermédiaire C; – orange symbolise les classes les moins bonnes (D et E); – gris symbolise les non-répondants (classe F).
Critères d'inclusion	Centres hospitaliers universitaires. Centres hospitaliers, cliniques de médecine et de chirurgie de plus ou moins de 100 lits (exemple: hôpitaux locaux, SSR et SLD). Centres de lutte contre le cancer. Établissements d'hospitalisation à domicile (HAD). Établissements d'hémodialyse.
Critères d'exclusion	Maisons d'enfants à caractère sanitaire et social (MECSS). Établissements exclusivement ambulatoires. Établissements de psychiatrie, dont les centres postcure alcoolique exclusive.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Indicateur composite.
Importance du thème	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'ÉVALUATION DES CRITÈRES	
<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>Chaque année, un contrôle qualité des données déclarées dans BilanLIN est réalisé par les agences régionales de santé pour 10 % des établissements de santé.</p>	

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR COMPOSITE DE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES (ICATB.2)	
Définition	Cet indicateur, 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. Cet indicateur a évolué en version 2, plus exigeante, en 2012. Il ne mesure pas le taux de résistance des bactéries aux antibiotiques.
Résultat : score chiffré	ICATB.2 est composé de trois chapitres – organisation (O: 16 points), moyens (M: 38 points) actions (A: 46 points) – pondérés de façon identique pour un total de 100 points à partir de 27 critères relatifs: 1. À l'organisation: – politique; – accès à conseil; – alerte. 2. Aux moyens: – informatiques; – humains; – en formation. 3. Aux actions: – la prévention; – la surveillance; – l'évaluation-audit.
Classe de performance	Les résultats sont rendus par catégories d'établissement de santé (centres hospitaliers universitaires, centres hospitaliers, cliniques de médecine et de chirurgie de plus ou moins de 100 lits, centres de lutte contre le cancer...) sous forme de classe de performance de A à F. 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 2012 (réalisés sur 2 456 établissements). Ces bornes de classes ne changeront pas au fil des années, afin de visualiser les changements de classe des établissements d'une année sur l'autre, qu'il s'agisse d'une progression ou d'une régression. La classe A comprend les établissements les plus en avance et ayant le niveau d'engagement le plus élevé pour optimiser le bon usage des 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. Les classes de performance sont symbolisées par des couleurs: – vert symbolise les meilleures classes (A et B); – jaune symbolise la classe intermédiaire C; – orange symbolise les classes les moins bonnes (D et E); – gris symbolise les non-répondants (classe F).
Critères d'inclusion	Établissements ayant des prescriptions à usage interne et dont la prescription d'antibiotiques est fréquente.
Critères d'exclusion	Établissements d'hospitalisation à domicile (HAD). Établissements d'hémodialyse. Établissements de psychiatrie, dont les centres de post-cure alcoolique exclusive. Établissements ambulatoires. Maison d'enfants à caractère sanitaire et social (MECSS).
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Indicateur composite.
Importance du thème	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'ÉVALUATION DES CRITÈRES	
<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>Chaque année, un contrôle qualité des données déclarées dans BilanLIN est réalisé par les agences régionales de santé pour 10 % des établissements de santé.</p>	

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR COMPOSITE DES ACTIVITÉS DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES (ICALIN.2)	
Définition	Cet indicateur présenté sous la forme d'une note sur 100 et d'une classe de performance (A à F) objective l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales (IN) dans l'établissement, les moyens mobilisés et les actions mises en œuvre. Il ne s'agit pas du taux d'infections nosocomiales. Cet indicateur a évolué en version 2, plus exigeante, en 2012.
Résultat : score chiffré	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 : 1. À l'organisation : – la politique et l'implication des instances; – l'équipe opérationnelle d'hygiène; – l'information des usagers et du patient; – le signalement des infections nosocomiales. 2. Aux moyens : – humains; – matériels; – en formation du personnel. 3. Aux actions sur : – la protection du personnel; – l'hygiène des mains; – les précautions standard et complémentaires; – les infections associées aux gestes invasifs; – l'environnement; – la surveillance; – l'analyse approfondie des causes d'un événement infectieux grave.
Classe de performance	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, etc. Les bornes des classes A à E ont été établies selon une méthode statistique reposant sur les centiles de distribution de chaque catégorie d'établissement de santé (centile 20 - 40 - 60 - 80) à partir des données des bilans 2010 (réalisé sur 2 809 établissements). Ces bornes de classes ne changeront pas au fil des années, afin de visualiser les changements de classe des établissements d'une année sur l'autre, qu'il s'agisse d'une progression ou d'une régression. 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 ne réalisant pas de saisie de leur bilan sont classés comme non répondant ou en classe F. Les classes de performances sont symbolisées par des couleurs : – vert symbolise les meilleures classes (A et B); – jaune symbolise la classe intermédiaire C; – orange symbolise les classes les moins bonnes (D et E); – gris symbolise les non-répondants (classe F).
Critère d'inclusion	Établissements de santé.
Critère d'exclusion	Aucun établissement de santé n'est exclu.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Indicateur composite. Ajustement en fonction du la catégorie d'établissement.
Importance du thème	Cet indicateur permet d'inciter tous les établissements de santé à mettre en place 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'ÉVALUATION DES CRITÈRES	
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. Chaque année, un contrôle qualité des données déclarées dans BilanLIN est réalisé par les agences régionales de santé pour 10 % des établissements de santé.	

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR COMPOSITE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE (ICA-LISO)	
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 prévention des infections postopératoires en chirurgie ou en obstétrique, les moyens mobilisés et les actions mises en œuvre par l'établissement. Il ne permet pas de mesurer la fréquence des infections du site opératoire.
Résultat : score chiffré	ICA-LISO est composé de trois sous-chapitres – organisation (16 points); moyens (10 points), actions (74 points) – pondérés pour un total de 100 points à partir de 15 critères relatifs : 1. 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 : – prévention ; – surveillance ; – évaluation des pratiques.
Classe de performance	Les résultats sont rendus, sous forme de classe de performance, par catégorie d'établissements concernés par une activité chirurgicales et/ou obstétricale (centres hospitaliers universitaires, centres hospitaliers, cliniques de médecine et de chirurgie de plus ou moins de 100 lits, centres de lutte contre le cancer...). 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 ou d'une régression. La classe A comprend les établissements les plus en avance et ayant l'organisation de la prévention des infections postopératoires en chirurgie ou en obstétrique la plus élaborée. La classe E, les structures les plus en retard pour la prise en compte par l'établissement de l'organisation de la prévention des infections postopératoires en chirurgie ou en obstétrique. Les établissements n'envoyant pas leur bilan sont classés comme non-répondants ou en classe F. Les classes de performance sont symbolisées par des couleurs : – vert symbolise les meilleures classes (A et B); – jaune symbolise la classe intermédiaire C ; – orange symbolise les classes les moins bonnes (D et E); – gris symbolise les non-répondants (classe F).
Critères d'inclusion	Établissement de santé ayant une activité chirurgicale ou obstétricale.
Critères d'exclusion	Établissement de santé sans activité chirurgicale ou obstétricale.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Indicateur composite.
Importance du thème	Si en France le risque d'infection du site opératoire (ISO) est peu fréquent, ces infections sont toutefois au 3 ^e rang des infections nosocomiales recensées lors de la dernière enquête nationale de prévalence de 2012. Leur surveillance est donc une priorité dans les établissements de santé ayant une activité chirurgicale ou obstétricale. L'indicateur ICA-LISO rend visible l'engagement de l'établissement dans une démarche d'évaluation et d'amélioration des pratiques et de maîtrise du risque infectieux en chirurgie pour les établissements de santé ayant une activité chirurgicale ou obstétricale.
MODE D'ÉVALUATION DES CRITÈRES	
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. Chaque année, un contrôle qualité des données déclarées dans BilanLIN est réalisé par les agences régionales de santé pour 10 % des établissements de santé.	

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR : TENUE DU DOSSIER PATIENT (TDP) EN MCO	
Définition	<p>Cet indicateur évalue la tenue du dossier des patients hospitalisés. Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score est proche de 100.</p> <p>L'indicateur est calculé à partir de 10 critères au maximum :</p> <p>Éléments communs à tous les dossiers :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Présence d'un document médical relatif à l'admission (critère 1). 2. Examen médical d'entrée renseigné (critère 2). 3. Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (si applicable) (critère 3). 4. Courrier de fin d'hospitalisation ou compte rendu d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval (critère 9). 5. Rédaction d'un traitement de sortie (si applicable) (critère 8). 6. Dossier organisé et classé (critère 10). <p>Éléments dépendant de la prise en charge :</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Présence d'un (ou des) compte(s) rendu(s) opératoire(s) (si applicable) (critère 4). 8. Présence d'un compte rendu d'accouchement (si applicable) (critère 5). 9. Dossier anesthésique renseigné (si applicable) (critère 6). 10. Dossier transfusionnel renseigné (si applicable) (critère 7).
Score individuel	Un score individuel est calculé pour chaque dossier. Il correspond à la somme des critères satisfaits divisée par la somme des critères applicables.
Score global	Le score global est calculé pour l'ensemble des dossiers. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon ($\times 100$).
Échantillon	Le score global est calculé sur un échantillon aléatoire de 80 dossiers.
Critère d'inclusion	Séjours hors séances d'au moins un jour stratifiés selon l'activité MCO.
Critères d'exclusion	<p>Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la catégorie majeure de diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances.</p> <p>Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie.</p> <p>Séjours des nouveau-nés dits « non hospitalisés ».</p> <p>Séjours faisant l'objet d'une prestation interétablissement, que ce soit en établissement « demandeur » ou en établissement « prestataire ».</p> <p>Séjours avec un GHM erreur.</p> <p>Séjours avec un GHM 23K02Z (explorations nocturnes et apparentées).</p> <p>Séjours en UHCD non suivis d'un séjour en MCO.</p>
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus.</p> <p>Score composite.</p> <p>Ajustement sur le risque : non.</p>
Importance du thème	<p>La bonne tenue du dossier du patient est un élément important de la qualité et de la coordination des soins dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Le contenu du dossier médical est défini réglementairement dans le code de santé publique (article R. 1112-1)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^{2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11}. Il en est attendu un impact fort sur la qualité de la prise en charge des patients.</p> <p>Depuis 2008, le recueil de l'indicateur TDP est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité MCO dans le cadre de la procédure de certification V2010 (chapitre 2, référence 14, critère 14.a)¹².</p> <p>Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs¹³.</p>

¹ Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, reprise et complétée dans la loi du 22 avril 2005.

² Ausset S., Bouaziz H., Brosseau M., Kinirons B., Benhamou D. Improvement of information gained from the pre-anaesthetic visit through a quality-assurance programme. Br. J. Anaesth. 2002; 88: 280-3.

³ Brami J., Doumenc M. Improving general practitioner records in France by a two-round medical audit. J. Eval. Clin. Pract. 2002; 8: 175-81.

⁴ Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine. Dossier patient: évolution de la conformité des dossiers patients entre 1997 et 2000 dans 12 établissements d'Aquitaine (rapport interne). Bordeaux: CCECQA; 2001.

⁵ Damais-Cepitelli A., Martin P., Devos A. M., Le Gueult L.C. [Qualitative assessment of labile blood product prescription in Le Havre Hospital]. Transfus. Clin. Biol. 2001; 8: 77-84.

⁶ Thiru K., Hassey A., Sullivan F. Systematic review of scope and quality of electronic patient record data in primary care. Bmj 2003; 326: 1070.

⁷ Boulay F., Chevallier T., Gendreike Y., Mailland V., Joliot Y., Sambuc R. [A method for auditing medical records quality: audit of 467 medical records within the framework of the medical information systems project quality control]. Santé publique 1998; 10: 5-15.

⁸ Francois P., Chirpaz E., Bontemps H., Labarere J., Bosson J. L., Calop J. Evaluation of prescription-writing quality in a French university hospital. Clin. Perform. Qual. Health Care 1997; 5: 111-5.

⁹ Michel P., Bonarek M., Capdenat E., groupe des médecins des DIM d'Aquitaine. Conformité à la réglementation des dossiers de soins dans 15 établissements publics de santé en Aquitaine. Presse méd. 1998; 27: 1884-9.

¹⁰ Perret du Cray M. H., Remi C., Colin C., Mornex F., Gerard J. P. [Quality of medical records in oncology: results of an audit of the Lyon Civil Hospices]. Cancer Radiother. 2000; 4: 455-61.

¹¹ Williams J. G., Kingham M., Morgan J. M., Davies A.B. Retrospective review of hospital patient records. BMJ Med. J. 1990; 300: 991-3

¹² Manuel de certification des établissements de santé, V2010, juin 2009.

¹³ <http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/>

MODE D'ÉVALUATION DES CRITÈRES

L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire comprenant les 10 critères. Si un critère n'est pas applicable, il est retiré à la fois du numérateur et du dénominateur.

Chaque critère satisfait est comptabilisé par 1 point. Pour chaque dossier, 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 (critère 1).

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 (critère 2).

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) (critère 3).

Le critère est satisfait si chaque prescription médicamenteuse établie pendant l'hospitalisation comporte les sept éléments suivants :

- (1) le nom et le prénom du patient ;
- (2) la date de prescription ;
- (3) la signature du prescripteur ;
- (4) Le nom du prescripteur.
- (5) la dénomination des médicaments ;
- (6) la posologie ;
- (7) 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 (critère 9)

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 :

- (1) l'identité du médecin destinataire, nom et adresse – l'adresse peut être retrouvée dans le dossier du patient – ou du service en cas de mutation ou de transfert ;
- (2) une référence aux dates de séjour (date d'entrée et date de sortie) ;
- (3) une synthèse du séjour (contenu médical sur la prise en charge du patient) ;
- (4) une trace écrite d'un traitement de sortie (au minimum, dénomination des médicaments).

5. Rédaction d'un traitement de sortie (si applicable) (critère 8)

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

- (1) le nom et le prénom du patient ;
- (2) la date de prescription ;
- (3) le nom du médecin ;
- (4) la dénomination des médicaments ;
- (5) la posologie ;
- (6) la voie d'administration ;
- (7) la durée du traitement.

6. Dossier organisé et classé (critère 10)

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

- (1) il existe des procédures relatives à l'organisation du dossier dans l'établissement et/ou les services ;
- (2) 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) (critère 4)

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 ou en salle d'intervention pour la chirurgie obstétricale, ainsi que pour les endoscopies et les actes invasifs (techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale).

8. Présence d'un compte rendu d'accouchement (si applicable) (critère 5)

Le critère est satisfait si un compte rendu d'accouchement est retrouvé quel que soit le mode d'accouchement (par voie basse ou césarienne). Ce compte rendu doit renseigner *a minima* sur l'identité du nouveau-né, son sexe, son poids, sa taille et son Apgar.

9. Dossier anesthésique renseigné (si applicable) (critère 6)

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

- (1) le document traçant la phase préanesthésique :
 - en cas d'intervention programmée, la trace de la consultation préanesthésique et de la visite préanesthésique (VPA) ;
 - en cas d'intervention non programmée, la trace de la VPA seule ;
 - en cas d'urgence vitale, le contenu de la VPA peut se résumer à la seule mention de la nature de l'intervention (ex: rupture de rate, laparotomie) ;
- (2) la fiche peropératoire ;
- (3) la fiche de suivi en salle de surveillance postinterventionnelle sauf :
 - si le patient est décédé au bloc ou transféré dans une unité de soins intensifs ou de réanimation ;
 - ou en cas d'accouchement par voie basse avec péridurale en salle de travail.

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

10. Dossier transfusionnel renseigné (si applicable) (critère 7)

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

- (1) la fiche transfusionnelle;
- (2) les documents de groupage sanguin;
- (3) la fiche de distribution nominative (attribution/confirmation);
- (4) la prescription du produit sanguin labile signée par le médecin;
- (5) doivent également figurer dans le dossier transfusionnel:
 - (5.a) le résultat de la recherche d'agglutinines irrégulières (RAI), en cas de transfusion de globules rouges;
 - (5.b) la fiche d'effet indésirable (FEI), en cas d'effet indésirable.

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

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR : TENUE DU DOSSIER PATIENT (TDP) EN SSR	
Définition	<p>Cet indicateur évalue la tenue du dossier des patients hospitalisés. Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score est proche de 100.</p> <p>L'indicateur est calculé à partir de 13 critères au maximum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Présence des coordonnées du médecin désigné par le patient (si applicable). 2. Présence des documents médicaux relatifs à l'admission. 3. Examen médical d'entrée renseigné. 4. Évaluation de l'autonomie renseignée. 5. Évaluation sociale renseignée. 6. Évaluation psychologique renseignée. 7. Projet thérapeutique renseigné. 8. Participation ou accord du patient à son projet thérapeutique mentionné (si applicable). 9. Au moins une réunion pluriprofessionnelle tracée. 10. Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (si applicable). 11. Rédaction d'un traitement de sortie (si applicable). 12. Courrier de fin d'hospitalisation ou compte rendu d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval. 13. Dossier organisé et classé.
Score individuel	Un score individuel est calculé pour chaque dossier. Il correspond à la somme des critères satisfaits divisée par la somme des critères applicables.
Score global	Le score global est calculé pour l'ensemble des dossiers. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon ($\times 100$).
Échantillon	Le score global est calculé sur un échantillon aléatoire de 80 dossiers.
Critères d'inclusion	<p>Séjours uniques d'au moins 8 jours (un séjour est unique lorsqu'un seul séjour est retrouvé pour un patient sur le semestre analysé).</p> <p>Séjours dont la date de sortie est comprise entre les semaines calendaires S1 et 24.</p> <p>Séjours en hospitalisation complète.</p>
Critères d'exclusion	<p>Séjours dont la date d'entrée est comprise entre les semaines calendaires S1 et 2.</p> <p>Séjours dont la date d'entrée est antérieure au 1^{er} juillet de l'année $n - 1$.</p> <p>Prises en charge qui comportent au moins une interruption de plus de 48 heures et qui sont, de ce fait, découpées en séjours successifs.</p> <p>Prises en charge avec passage d'hospitalisation complète en hospitalisation partielle.</p> <p>Séjours avec un GMD erreur.</p>
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus.</p> <p>Score composite.</p> <p>Ajustement sur le risque: non.</p>
Importance du thème	<p>La bonne tenue du dossier du patient est un élément important de la qualité et de la coordination des soins dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Le contenu du dossier médical est défini réglementairement dans le code de santé publique (art. R. 1112-1)¹⁴.</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^{15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24}. Il en est attendu un impact fort sur la qualité de la prise en charge des patients.</p> <p>Depuis 2009, le recueil de l'indicateur TDP est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité SSR dans le cadre de la procédure de certification V2010 (chapitre 2, référence 14, critère 14.a)²⁵.</p> <p>Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs²⁶.</p>

¹⁴ Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, reprise et complétée dans la loi du 22 avril 2005.

¹⁵ Ausset S., Bouaziz H., Brosseau M., Kinirons B., Benhamou D. Improvement of information gained from the pre-anaesthetic visit through a quality-assurance programme. Br. J. Anaesth 2002; 88: 280-3.

¹⁶ Brami J, Doumenc M. Improving general practitioner records in France by a two-round medical audit. J. Eval. Clin. Pract. 2002; 8: 175-81.

¹⁷ Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine. Dossier patient: évolution de la conformité des dossiers patients entre 1997 et 2000 dans 12 établissements d'Aquitaine (rapport interne). Bordeaux: CCECQA; 2001.

¹⁸ Damais-Cepitelli A, Martin P, Devos AM, Le Gueult LC. [Qualitative assessment of labile blood product prescription in Le Havre Hospital]. Transfus. Clin. Biol. 2001; 8: 77-84.

¹⁹ Thiru K, Hassey A, Sullivan F. Systematic review of scope and quality of electronic patient record data in primary care. BMJ 2003; 326: 1070.

²⁰ Boulay F, Chevallier T, Gendreike Y, Mailland V, Joliot Y, Sambuc R. [A method for auditing medical records quality: audit of 467 medical records within the framework of the medical information systems project quality control]. Santé publique 1998; 10: 5-15.

²¹ Francois P, Chirpaz E, Bontemps H, Labarere J, Bosson JL, Calop J. Evaluation of prescription-writing quality in a French university hospital. Clin. Perform. Qual. Health Care 1997; 5: 111-5.

²² Michel P, Bonarek M, Capdenat E, Groupe des médecins des DIM d'Aquitaine. Conformité à la réglementation des dossiers de soins dans 15 établissements publics de santé en Aquitaine. Presse Méd. 1998; 27: 1884-9.

²³ Perret du Cray MH, Remi C, Colin C, Mornex F, Gerard JP. [Quality of medical records in oncology: results of an audit of the Lyon Civil Hospices]. Cancer. Radiother. 2000; 4: 455-61.

²⁴ Williams JG, Kingham M, Morgan JM, Davies AB. Retrospective review of hospital patient records. Br. Med. J. 1990; 300: 991-3

²⁵ Manuel de certification des établissements de santé, V2010, juin 2009.

²⁶ <http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/>

MODE D'ÉVALUATION DES CRITÈRES

L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire comprenant les 13 critères. Si un critère n'est pas applicable, il est retiré à la fois du numérateur et du dénominateur.

Chaque critère satisfait est comptabilisé par 1 point. Pour chaque dossier, le numérateur est égal à la somme des points, et le dénominateur est égal à la somme des critères applicables.

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

1. Présence des coordonnées du médecin désigné par le patient (si applicable)
Le critère est satisfait si les coordonnées du médecin désigné par le patient sont retrouvées dans le dossier du patient (au minimum nom et numéro de téléphone 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 cinq éléments suivants :
(1) antécédents;
(2) anamnèse;
(3) traitement habituel;
(4) examen clinique initial;
(5) conclusions de l'examen clinique initial.
4. Évaluation de l'autonomie renseignée
Le critère est satisfait si la trace d'une évaluation de l'autonomie datée dans les 7 jours suivant l'admission est retrouvée dans le dossier du patient.
5. Évaluation sociale renseignée
Le critère est satisfait si la trace d'une évaluation sociale datée dans les 7 jours suivant l'admission est retrouvée dans le dossier du patient.
6. Évaluation psychologique renseignée
Le critère est satisfait si la trace d'une évaluation psychologique datée dans les 7 jours suivant l'admission est retrouvée dans le dossier du patient.
7. 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.
8. 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.
9. Au moins une réunion pluriprofessionnelle tracée
Le critère est satisfait si la trace d'une réunion pluriprofessionnelle est retrouvée au cours du séjour dans le dossier du patient.
10. 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 :
(1) nom et prénom du patient;
(2) date de prescription;
(3) signature du prescripteur;
(4) nom du prescripteur;
(5) dénomination des médicaments;
(6) posologie;
(7) 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).
11. Rédaction d'un traitement de sortie (si applicable)
Le critère est satisfait si le traitement de sortie comporte les 7 éléments suivants :
(1) nom et prénom du patient;
(2) date de prescription ;
(3) nom du médecin;
(4) dénomination des médicaments;
(5) posologie;
(6) voie d'administration;
(7) durée du traitement.
12. 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 :
(1) identité du médecin destinataire (nom et adresse) ou du service en cas de mutation ou de transfert;
(2) référence aux dates du séjour (date d'entrée et date de sortie);
(3) synthèse du séjour (contenu médical sur la prise en charge du patient);
(4) trace écrite d'un traitement de sortie.
13. Dossier organisé et classé
Le critère est satisfait si le dossier est organisé et classé selon les deux conditions suivantes :
(1) il existe des procédures relatives à l'organisation du dossier dans l'établissement et/ou les services;
(2) 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.

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR : TENUE DU DOSSIER PATIENT (TDP) EN HAD	
Définition	<p>Cet indicateur évalue la tenue du dossier des patients hospitalisés. Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score est proche de 100.</p> <p>L'indicateur est calculé à partir de 12 critères au maximum: Éléments communs à tous les dossiers de prise en charge en HAD :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Document médical justifiant l'admission en HAD (critère 1). 2. Éléments relatifs à la préadmission renseignés (critère 2). 3. Accord du médecin traitant pour la prise en charge du patient en HAD (critère 3) (si applicable). 4. Accord du patient ou de son entourage pour sa prise en charge en HAD (critère 4). 5. Protocole de soins renseigné et daté (critère 5). 6. Trace des prescriptions médicamenteuses nécessaires au démarrage de la prise en charge (critère 6). 7. Trace d'une organisation du traitement médicamenteux à l'admission (critère 7) (si applicable). 8. Évaluation de la dépendance par une échelle détaillée (critère 8). 9. Trace d'une réunion de synthèse pluriprofessionnelle au cours du séjour (critère 9). 10. Trace de la transmission des informations assurant la continuité des soins à la sortie (si applicable) (critère 10). 11. Courrier de fin d'hospitalisation ou compte rendu d'hospitalisation comportant les éléments nécessaires à la coordination en aval (critère 11). 12. Dossier organisé et classé (critère 12).
Score individuel	Un score individuel est calculé pour chaque dossier. Il correspond à la somme des critères satisfaits divisée par la somme des critères applicables.
Score global	Le score global est calculé pour l'ensemble des dossiers. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon ($\times 100$).
Échantillon	Le score global est calculé sur un échantillon aléatoire de 60 dossiers.
Critère d'inclusion	Séjours d'au moins 8 jours non précédés par un autre séjour dans le mois précédent ni suivi par un autre séjour dans le mois qui suit.
Critères d'exclusion	<p>Séjours inférieurs ou égal à 7 jours.</p> <p>Séjours des patients ayant moins de 18 ans au moment du séjour.</p> <p>Séjours précédés et/ou suivis par un autre séjour sur une période d'un mois.</p> <p>Séjours avec un GHPC erreur.</p>
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus.</p> <p>Score composite.</p> <p>Ajustement sur le risque: non.</p>
Importance du thème	<p>La bonne tenue du dossier du patient est un élément important de la qualité et de la coordination des soins dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Le contenu du dossier médical est défini réglementairement dans le code de santé publique (art. R.1112-1)²⁷.</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^{28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37}. Il en est attendu un impact fort sur la qualité de la prise en charge des patients.</p> <p>Le recueil de l'indicateur TDP est obligatoire depuis 2008 pour les établissements de santé ayant une activité MCO, et depuis 2009 pour les établissements ayant une activité SSR dans le cadre de la procédure de certification V2010 (chapitre 2, référence 14, critère 14.a)³⁸. Depuis 2010, le recueil de l'indicateur TDP concerne également les établissements ayant une activité HAD dans le cadre de la procédure de certification V2010.</p> <p>Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs³⁹. Il est adapté à la prise en charge en HAD.</p>

²⁷ Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, reprise et complétée dans la loi du 22 avril 2005.

²⁸ Ausset S., Bouaziz H., Brosseau M., Kinirons B., Benhamou D. Improvement of information gained from the pre-anaesthetic visit through a quality-assurance programme. *Br. J. Anaesth.* 2002; 88: 280-3.

²⁹ Brami J., Doumenc M. Improving general practitioner records in France by a two-round medical audit. *J. Eval. Clin. Pract.* 2002; 8: 175-81.

³⁰ Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine. Dossier patient: évolution de la conformité des dossiers patients entre 1997 et 2000 dans 12 établissements d'Aquitaine (rapport interne). Bordeaux: CCECQA; 2001.

³¹ Damais-Cepitelli A., Martin P., Devos A. M., Le Gueult L. C. [Qualitative assessment of labile blood product prescription in Le Havre Hospital]. *Transfus. Clin. Biol.* 2001; 8: 77-84.

³² Thiru K., Hassey A., Sullivan F. Systematic review of scope and quality of electronic patient record data in primary care. *BMJ* 2003; 326: 1070.

³³ Boulay F., Chevallier T., Gendreike Y., Mailland V., Joliot Y., Sambuc R. [A method for auditing medical records quality: audit of 467 medical records within the framework of the medical information systems project quality control]. *Santé publique* 1998; 10: 5-15.

³⁴ Francois P., Chirpaz E., Bontemps H., Labarere J., Bosson J. L., Calop J. Évaluation de prescription-writing quality in a French university hospital. *Clin. Perform. Qual. Health Care* 1997; 5: 111-5.

³⁵ Michel P., Bonarek M., Capdenat E., groupe des médecins des DIM d'Aquitaine. Conformité à la réglementation des dossiers de soins dans 15 établissements publics de santé en Aquitaine. *Presse Méd* 1998; 27: 1884-9.

³⁶ Perret du Cray M. H., Remi C., Colin C., Mornex F., Gerard J. P. [Quality of medical records in oncology: results of an audit of the Lyon Civil Hospices]. *Cancer. Radiother.* 2000; 4: 455-61.

³⁷ Williams J. G., Kingham M., Morgan J. M., Davies A. B. Retrospective review of hospital patient records. *Br. Med. J.* 1990; 300: 991-3

³⁸ Manuel de certification des établissements de santé, V2010, révisé avril 2011.

³⁹ <http://www.compaqh.fr>

MODE D'ÉVALUATION DES CRITÈRES

L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire comprenant les 12 critères. Si un critère n'est pas applicable, il est retiré à la fois du numérateur et du dénominateur.

Chaque critère satisfait est comptabilisé par 1 point. Pour chaque dossier, 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 de prise en charge en HAD :

1. Document médical justifiant l'admission en HAD (critère 1)

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

Il peut s'agir d'un document à en-tête d'un médecin ou d'un établissement de santé : courrier, demande d'admission, ou du courrier de sortie de l'hospitalisation précédente en cas de transfert/mutation en HAD.

La retranscription d'une demande téléphonique dans le dossier n'est pas à prendre en compte.

2. Éléments relatifs à la préadmission renseignés (critère 2)

Le critère est satisfait si les documents de préadmission comportent les cinq éléments suivants :

(1) les antécédents ;

(2) la pathologie à l'origine de la prise en charge ;

(3) le motif de la prise en charge

(4) une évaluation de la dépendance :

– réalisation à l'aide d'une échelle : type AVQ, AGGIR, Virginia Henderson, etc. ;

– ou utilisation d'un questionnaire propre à l'établissement complété.

(5) une évaluation sociale formalisée : facilement identifiable, spécifiée sous forme de rubrique, feuille à part, tête de chapitre... (si applicable).

3. Accord du médecin traitant pour la prise en charge du patient en HAD (critère 3) (si applicable)

Le critère est satisfait si l'accord du médecin traitant pour la prise en charge du patient est retrouvé dans le dossier. Il peut s'agir de la retranscription d'un entretien téléphonique, d'un accord écrit, etc.

Le critère est non applicable pour les patientes suivies en obstétrique ainsi que pour les patients dont la demande d'HAD a été faite par le médecin traitant.

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

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 (critère 5)

Le critère est satisfait si le protocole de soins satisfait aux quatre éléments suivants :

(1) protocole de soins daté au plus tard dans les 7 jours suivant l'admission : entre la préadmission et les 7 jours suivant l'admission ;

(2) identification des intervenants (HAD ou libéral) qui interviendront au domicile du patient (au moins un intervenant) : IDE, kiné, cabinet libéral, etc. ;

(3) pour chaque intervenant identifié (HAD ou libéral), il est précisé :

(3a) le(s) type(s) d'intervention(s) : type de soins qui sera fourni par le professionnel (pansements escarre, nursing, rééducation kiné, bilan psychologique, etc.) ;

(3b) la fréquence/rythme (ex : 3 fois/semaine, tous les jours, etc.), et/ou le nombre d'interventions (2 séances, passage hebdomadaire, etc.).

6. Trace des prescriptions médicamenteuses nécessaires au démarrage de la prise en charge (critère 6)

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. Elles peuvent être antérieures à l'admission ;

– ou s'il est noté dans le dossier que le patient n'a pas de traitement à l'admission ;

Une retranscription du traitement habituel dans le dossier n'est pas à prendre en compte pour répondre à la présence des prescriptions médicamenteuses.

7. Trace d'une organisation du traitement médicamenteux à l'admission (critère 7) (si applicable)

Le critère est satisfait si l'organisation du traitement médicamenteux à l'admission contient les deux éléments suivants :

(1) nom, fonction ou entité du responsable de la préparation des médicaments ;

(2) nom, fonction ou entité du responsable de l'administration des médicaments.

Ces informations sont à rechercher sur des documents datés entre la préadmission jusqu'aux 7 jours suivant l'admission. Elles peuvent être retrouvées sur les documents de préadmission.

Ce critère est non applicable quand il est écrit que le patient n'a pas de traitement médicamenteux à l'admission.

8. Évaluation de la dépendance par une échelle détaillée (critère 8)

Le critère est satisfait :

– si l'évaluation de la dépendance est réalisée à l'aide d'une échelle détaillée (type AVQ, AGGIR, Virginia Henderson, etc.) ;

et

– si le détail de cette évaluation apparaît.

Le score seul n'est pas à prendre en compte.

9. Trace d'une réunion de synthèse pluriprofessionnelle au cours du séjour (critère 9)

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

10. Trace de la transmission des informations assurant la continuité des soins à la sortie (critère 10) (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) :

– copie de la fiche de liaison IDE remplie ;

– indication dans le dossier de la transmission des informations nécessaires à la continuité des soins à l'unité d'aval (exemple : « patient transféré aux urgences, informations communiquées », etc.).

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 (critère 11)

Le critère est satisfait si le courrier de fin d'hospitalisation (ou le compte-rendu d'hospitalisation) retrace les trois éléments suivants:

- (1) l'identité du médecin destinataire (nom et adresse) ou du service en cas de mutation ou de transfert;
- (2) une référence aux dates de séjour (date d'entrée et date de sortie);
- (3) une synthèse du séjour (contenu médical sur la prise en charge du patient).

En cas de mutation (sortie du patient vers une autre unité médicale de la même entité juridique ou du même établissement), une trace justifiant médicalement cette mutation est acceptée.

12. Dossier organisé et classé (critère 12)

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 (courriers, examens biologiques, dossier de soins, prescriptions), ou par ordre chronologique.

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR : TENUE DU DOSSIER PATIENT (TDP) EN SANTÉ MENTALE (PSY)	
Définition	<p>Cet indicateur évalue la tenue du dossier des patients hospitalisés. Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score est proche de 100.</p> <p>L'indicateur est calculé à partir de 9 critères au maximum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Document d'un médecin relatif à l'admission. 2. Mention de la protection judiciaire et des personnes désignées. 3. Trace de la modalité d'hospitalisation à l'admission et de l'information donnée au patient sur cette modalité (si établissement habilité à recevoir des patients en admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état ou à la demande d'un tiers). 4. Présence d'un examen psychiatrique fait par un médecin dans les 24 heures après l'admission avec au minimum : <ul style="list-style-type: none"> – mention des traitements médicamenteux en cours (ou de l'absence de traitements); – mention des antécédents somatiques (ou de l'absence d'antécédents); – mention des antécédents psychiatriques (ou de l'absence d'antécédents); 5. Présence d'un suivi médical hebdomadaire psychiatrique du patient au cours du séjour. 6. Conformité de la rédaction des prescriptions médicamenteuses établies au cours de l'hospitalisation (si applicable); 7. Conformité de la rédaction du traitement de sortie (si applicable). 8. Conformité du courrier de fin d'hospitalisation ou du compte rendu d'hospitalisation. 9. Dossier organisé et classé.
Score individuel	Un score individuel est calculé pour chaque dossier. Il correspond à la somme des critères satisfaits divisée par la somme des critères applicables.
Score global	Le score global est calculé pour l'ensemble des dossiers. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon ($\times 100$).
Échantillon	Le score global est calculé sur un échantillon aléatoire de 80 dossiers.
Critères d'inclusion	<p>Séjours uniques d'au moins 8 jours (un séjour est unique lorsqu'un seul séjour est retrouvé pour un patient sur la période de tirage au sort analysée).</p> <p>Séjours en hospitalisation à temps plein.</p> <p>Séjours de patients adultes.</p>
Critères d'exclusion	<p>Séjours hors psychiatrie.</p> <p>Patients de moins de 18 ans.</p> <p>Séjours ne correspondant pas à une hospitalisation à temps plein.</p> <p>Séjours inférieurs ou égaux à 7 jours.</p> <p>Séjours itératifs.</p> <p>Patients réhospitalisés après une sortie à l'essai.</p>
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus.</p> <p>Score composite.</p> <p>Ajustement sur le risque : non.</p>
Importance du thème	<p>La bonne tenue du dossier du patient est un élément important de la qualité et de la coordination des soins dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Le contenu du dossier médical est défini réglementairement dans le code de santé publique (art. R. 1112-1)⁴⁰.</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^{41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50}. Il en est attendu un impact fort sur la qualité de la prise en charge des patients.</p> <p>Le recueil de l'indicateur TDP est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité en santé mentale dans le cadre de la procédure de certification V2010 (chapitre 2, référence 14, critère 14.a)⁵¹.</p> <p>Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs⁵².</p>

⁴⁰ Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, reprise et complétée dans la loi du 22 avril 2005.

⁴¹ Ausset S., Bouaziz H., Brosseau M., Kinirons B., Benhamou D. Improvement of information gained from the pre-anaesthetic visit through a quality-assurance programme. *Br. J. Anaesth.* 2002; 88: 280-3.

⁴² Brami J., Doumenc M. Improving general practitioner records in France by a two-round medical audit. *J. Eval. Clin. Pract.* 2002; 8: 175-81.

⁴³ Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine. Dossier patient: évolution de la conformité des dossiers patients entre 1997 et 2000 dans 12 établissements d'Aquitaine (rapport interne). Bordeaux : CCECOA ; 2001.

⁴⁴ Damais-Cepitelli A., Martin P., Devos A. M., Le Gueult L. C. [Qualitative assessment of labile blood product prescription in Le Havre Hospital]. *Transfus. Clin. Biol.* 2001; 8: 77-84.

⁴⁵ Thiru K., Hassey A., Sullivan F. Systematic review of scope and quality of electronic patient record data in primary care. *BMJ* 2003; 326: 1070.

⁴⁶ Boulay F., Chevallier T., Gendreike Y., Mailland V., Joliot Y., Sambuc R. [A method for auditing medical records quality: audit of 467 medical records within the framework of the medical information systems project quality control]. *Santé publique* 1998; 10: 5-15.

⁴⁷ Francois P., Chirpaz E., Bontemps H., Labarere J., Bosson J. L., Calop J. Evaluation of prescription-writing quality in a French university hospital. *Clin. Perform. Qual. Health Care* 1997; 5: 111-5.

⁴⁸ Michel P., Bonarek M., Capdenat E., groupe des médecins des DIM d'Aquitaine. Conformité à la réglementation des dossiers de soins dans 15 établissements publics de santé en Aquitaine. *Presse méd* 1998; 27: 1884-9.

⁴⁹ Perret du Cray M. H., Remi C., Colin C., Mornex F., Gerard J. P. [Quality of medical records in oncology: results of an audit of the Lyon Civil Hospices]. *Cancer. Radiother.* 2000; 4: 455-61.

⁵⁰ Williams J. G., Kingham M., Morgan J. M., Davies A. B. Retrospective review of hospital patient records. *Br. Med. J.* 1990; 300: 991-3

⁵¹ Manuel de certification des établissements de santé, V2010, révisé avril 2011.

⁵² <http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/>

MODE D'ÉVALUATION DES CRITÈRES

L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire comprenant les 9 critères. Si un critère n'est pas applicable, il est retiré à la fois du numérateur et du dénominateur.

Chaque critère satisfait est comptabilisé par 1 point. Pour chaque dossier, 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. Trace de la modalité d'hospitalisation à l'admission et de l'information donnée au patient sur cette modalité (admission en soins psychiatriques sur décision du représentant ou à la demande d'un tiers)

Ce critère ne concerne que les établissements habilités à recevoir des patients admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état ou à la demande d'un tiers. Le critère est satisfait si le dossier du patient hospitalisé comporte :

- la trace de la modalité d'hospitalisation au moment de l'admission;
- 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 (dont l'identité est tracée dans le dossier) dans les 24 heures suivant l'admission du patient et avec un contenu minimum :

- la mention des traitements médicamenteux en cours (ou de l'absence de traitements);
- la mention des antécédents somatiques (ou de l'absence d'antécédents);
- la mention des antécédents psychiatriques (ou de l'absence d'antécédents).

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 :

- (1) nom et prénom du patient;
- (2) date de prescription;
- (3) signature du prescripteur;
- (4) nom du prescripteur;
- (5) dénomination des médicaments;
- (6) posologie;
- (7) 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).

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 :

- (1) nom et prénom du patient;
- (2) date de prescription;
- (3) nom du médecin;
- (4) dénomination des médicaments;
- (5) posologie;
- (6) voie d'administration;
- (7) 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 :

- (1) identité du médecin destinataire (nom et adresse) ou du service en cas de mutation ou de transfert;
- (2) référence aux dates du séjour (date d'entrée et date de sortie);
- (3) trace de l'organisation d'un suivi;
- (4) trace écrite d'un traitement de sortie.

9. Dossier organisé et classé

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

- (1) il existe des procédures relatives à l'organisation du dossier dans l'établissement et/ou les services;
- (2) 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.

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR : DÉLAI D'ENVOI DU COURRIER DE FIN D'HOSPITALISATION (DEC) EN MCO	
Définition	Cet indicateur, présenté sous forme de taux, évalue la qualité et le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation.
Numérateur	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.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Échantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 80 séjours.
Critère d'inclusion	Séjours hors séances d'au moins un jour stratifiés selon l'activité MCO.
Critères d'exclusion	Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la catégorie majeure de diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances. Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie. Séjours des nouveau-nés dits « non hospitalisés ». Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissement, que ce soit en établissement « demandeur » ou en établissement « prestataire ». Séjours avec un GHM erreur. Séjours avec un GHM 23K02Z (explorations nocturnes et apparentées). Séjours en UHCD non suivis d'un séjour en MCO. Séjours de patients décédés. Séjours de patients mutés.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque: non.
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. Il résume les conclusions de l'hospitalisation et établit des préconisations de prise en charge après la sortie afin d'assurer une bonne coordination « hôpital/ville » ou « hôpital/structure de transfert ». En cas de mutation, les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins doivent être retrouvés dans le dossier. L'envoi du courrier de fin d'hospitalisation doit être effectué réglementairement dans un délai de 8 jours (art. R.1112-1 du CSP) ⁵³ . Depuis 2008, le recueil de l'indicateur DEC est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité MCO dans le cadre de la procédure de certification V2010 (chapitre 2, référence 24, critère 24.a) ⁵⁴ . Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs ⁵⁵ . Il est identique à celui généralisé dans le secteur SSR.
MODE D'ÉVALUATION DE L'INDICATEUR	
<p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire.</p> <p>L'indicateur évalue la proportion de séjours pour lesquels le courrier de fin d'hospitalisation, comprenant les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins, est envoyé dans un délai inférieur ou égal à huit jours.</p> <p>Les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins à retrouver dans le courrier sont les suivants:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. l'identité du médecin destinataire (nom et adresse) ou du service en cas de mutation ou de transfert; 2. une référence aux dates du séjour (date d'entrée et date de sortie); 3. une synthèse du séjour (contenu médical de la prise en charge du patient); 4. et une trace écrite d'un traitement de sortie (au minimum, dénomination des médicaments). <p>Le délai d'envoi est calculé si le courrier de fin d'hospitalisation est retrouvé et daté.</p> <p>Le délai d'envoi est estimé grâce à la différence entre la date inscrite sur le courrier de fin d'hospitalisation et la date de sortie de l'établissement.</p> <p>Le compte rendu d'hospitalisation est assimilé à un courrier de fin d'hospitalisation lorsqu'il est envoyé au destinataire concerné (date d'envoi retrouvée). Si le courrier de fin d'hospitalisation n'est pas retrouvé ou s'il n'est pas daté, le dossier est considéré comme non conforme.</p> <p>Les délais négatifs sont ramenés à 0.</p>	

⁵³ Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, reprise et complétée dans la loi du 22 avril 2005.

⁵⁴ Manuel de certification des établissements de santé, V2010, juin 2009.

⁵⁵ <http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/>

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR : DÉLAI D'ENVOI DU COURRIER DE FIN D'HOSPITALISATION (DEC) EN SSR	
Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la qualité et le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation.
Numérateur	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.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Échantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 80 séjours.
Critères d'inclusion	Séjours uniques d'au moins huit jours (un séjour est unique lorsqu'un seul séjour est retrouvé pour un patient sur le semestre analysé). Séjours dont la date de sortie est comprise entre les semaines calendaires S1 et 24. Séjours en hospitalisation complète.
Critères d'exclusion	Séjours dont la date d'entrée est comprise entre les semaines calendaires S1 et 2. Séjours dont la date d'entrée est antérieure au 1 ^{er} juillet de l'année $n - 1$. Prises en charge qui comportent au moins une interruption de plus de 48 heures et qui sont, de ce fait, découpées en séjours successifs. Prises en charge avec passage d'hospitalisation complète en hospitalisation partielle. Séjours avec un GMD erreur. Séjours de patients décédés. Séjours de patients mutés.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
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. Il résume les conclusions de l'hospitalisation et établit des préconisations de prise en charge après la sortie afin d'assurer une bonne coordination « hôpital/ville » ou « hôpital/structure de transfert ». En cas de mutation, les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins doivent être retrouvés dans le dossier. L'envoi du courrier de fin d'hospitalisation doit être effectué réglementairement dans un délai de 8 jours (art. R. 1112-1 du CSP) ⁵⁶ . Depuis 2009, le recueil de l'indicateur DEC est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité SSR dans le cadre de la procédure de certification V2010 (chapitre 2, référence 24, critère 24.a) ⁵⁷ . Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs ⁵⁸ . Il est identique à celui généralisé dans le secteur MCO.
MODE D'ÉVALUATION DE L'INDICATEUR	
<p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire.</p> <p>L'indicateur évalue la proportion de séjours pour lesquels le courrier de fin d'hospitalisation, comprenant les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins, est envoyé dans un délai inférieur ou égal à huit jours.</p> <p>Les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins à retrouver dans le courrier sont les suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'identité du médecin destinataire (nom et adresse) ou du service en cas de mutation ou de transfert. 2. Une référence aux dates du séjour (date d'entrée et date de sortie). 3. Une synthèse du séjour (contenu médical de la prise en charge du patient). 4. Et une trace écrite d'un traitement de sortie. <p>Le délai d'envoi est calculé si le courrier de fin d'hospitalisation est retrouvé et daté.</p> <p>Le délai d'envoi est estimé grâce à la différence entre la date inscrite sur le courrier de fin d'hospitalisation et la date de sortie de l'établissement.</p> <p>Le compte rendu d'hospitalisation est assimilé à un courrier de fin d'hospitalisation lorsqu'il est envoyé au destinataire concerné (date d'envoi retrouvée).</p> <p>Si le courrier de fin d'hospitalisation n'est pas retrouvé ou s'il n'est pas daté, le dossier est considéré comme non conforme.</p> <p>Les délais négatifs sont ramenés à 0.</p>	

⁵⁶ Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, reprise et complétée dans la loi du 22 avril 2005.

⁵⁷ Manuel de certification des établissements de santé, V2010, juin 2009.

⁵⁸ <http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/>

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR : DÉLAI D'ENVOI DU COURRIER DE FIN D'HOSPITALISATION (DEC) EN HAD	
Définition	Cet indicateur évalue la qualité et le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation. Il est composé de deux niveaux donnant lieu au calcul de deux mesures distinctes, présentées sous la forme d'un taux.
Numérateur	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.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Échantillon	Chaque niveau de l'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 60 séjours.
Critère d'inclusion	Séjours d'au moins 8 jours non précédés par un autre séjour dans le mois précédent, ni suivi par un autre séjour dans le mois qui suit.
Critères d'exclusion	Séjours inférieurs ou égal à 7 jours. Séjours des patients ayant moins de 18 ans au moment du séjour. Séjours précédés et/ou suivis par un autre séjour sur une période d'un mois. Séjours avec un GHPC erreur. Séjours de patients décédés. Séjours de patients mutés.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque: non.
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. Il résume les conclusions de l'hospitalisation et établit des préconisations de prise en charge après la sortie afin d'assurer une bonne coordination «hôpital/ville» ou «hôpital/structure de transfert». En cas de mutation, les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins doivent être retrouvés dans le dossier. L'envoi du courrier de fin d'hospitalisation doit être effectué réglementairement dans un délai de 8 jours (art. R.1112-1 du CSP) ⁵⁹ . Le recueil de l'indicateur DEC est obligatoire depuis 2008 pour les établissements de santé ayant une activité MCO, et depuis 2009 pour les établissements de santé ayant une activité SSR dans le cadre de la procédure de certification V2010 (chapitre 2, référence 24, critère 24.a) ⁶⁰ . Depuis 2010, le recueil de l'indicateur DEC concerne également les établissements ayant une activité HAD dans le cadre de la procédure de certification V2010. Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs ⁶¹ . Sa construction est similaire à celui généralisé dans les secteurs MCO et SSR.
MODE D'ÉVALUATION DE L'INDICATEUR	
<p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire.</p> <p>L'indicateur évalue la proportion de séjours pour lesquels le courrier de fin d'hospitalisation, comprenant les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins, est envoyé dans un délai inférieur ou égal à huit jours.</p> <p>Les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins à retrouver dans le courrier sont les suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'identité du médecin destinataire (nom et adresse) ou du service en cas de mutation ou de transfert. 2. Une référence aux dates du séjour (date d'entrée et date de sortie). 3. Une synthèse du séjour (contenu médical de la prise en charge du patient). <p>Le délai d'envoi est calculé si le courrier de fin d'hospitalisation est retrouvé et daté.</p> <p>Le délai d'envoi est estimé grâce à la différence entre la date inscrite sur le courrier de fin d'hospitalisation et la date de sortie de l'établissement.</p> <p>Le compte rendu d'hospitalisation est assimilé à un courrier de fin d'hospitalisation lorsqu'il est envoyé au destinataire concerné (date d'envoi retrouvée).</p> <p>Si le courrier de fin d'hospitalisation n'est pas retrouvé ou s'il n'est pas daté, le dossier est considéré comme non conforme.</p> <p>Les délais négatifs sont ramenés à 0.</p>	

⁵⁹ Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, reprise et complétée dans la loi du 22 avril 2005.

⁶⁰ Manuel de certification des établissements de santé, V2010, révisé avril 2011.

⁶¹ <http://www.compaqh.fr>

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR : DÉLAI D'ENVOI DU COURRIER DE FIN D'HOSPITALISATION (DEC) EN SANTÉ MENTALE (PSY)	
Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la qualité et le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation.
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels le courrier de fin d'hospitalisation ou le compte rendu 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.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Échantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 80 séjours.
Critères d'inclusion	Séjours uniques d'au moins 8 jours (un séjour est unique lorsqu'un seul séjour est retrouvé pour un patient sur la période de tirage au sort analysée). Séjours en hospitalisation à temps plein. Séjours de patients adultes.
Critères d'exclusion	Séjours hors psychiatrie. Patients de moins de 18 ans. Séjours ne correspondant pas à une hospitalisation à temps plein. Séjours inférieurs ou égaux à 7 jours. Séjours itératifs. Patients ayant une sortie à l'essai au cours du séjour évalué. Séjours de patients décédés à la sortie. Séjours de patients mutés à la sortie.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque: non.
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. Il résume les conclusions de l'hospitalisation et établit des préconisations de prise en charge après la sortie afin d'assurer une bonne coordination « hôpital/ville » ou « hôpital/structure de transfert ». En cas de mutation, les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins doivent être retrouvés dans le dossier. L'envoi du courrier de fin d'hospitalisation doit être effectué réglementairement dans un délai de 8 jours (art. R.1112-1 du CSP) ⁶² . Le recueil de l'indicateur DEC est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité en santé mentale dans le cadre de la procédure de certification V2010 (chapitre 2, référence 24, critère 24.a) ⁶³ . Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs ⁶⁴ . Il est identique à celui généralisé dans le secteur MCO, SSR et HAD.
MODE D'ÉVALUATION DE L'INDICATEUR	
<p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire.</p> <p>L'indicateur évalue la proportion de séjours pour lesquels le courrier de fin d'hospitalisation, comprenant les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins, est envoyé dans un délai inférieur ou égal à huit jours.</p> <p>Les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins à retrouver dans le courrier sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> – l'identité du médecin destinataire (nom et adresse) ou du service en cas de mutation ou de transfert; – une référence aux dates du séjour (date d'entrée et date de sortie); – une trace de l'organisation d'un suivi; – et une trace écrite d'un traitement de sortie. <p>Le délai d'envoi est calculé si le courrier de fin d'hospitalisation est retrouvé et daté.</p> <p>Le délai d'envoi est estimé grâce à la différence entre la date inscrite sur le courrier de fin d'hospitalisation et la date de sortie de l'établissement.</p> <p>Le compte rendu d'hospitalisation est assimilé à un courrier de fin d'hospitalisation lorsqu'il est envoyé au destinataire concerné (date d'envoi retrouvée).</p> <p>Si le courrier de fin d'hospitalisation n'est pas retrouvé ou s'il n'est pas daté, le dossier est considéré comme non conforme.</p> <p>Les délais négatifs sont ramenés à 0.</p>	

⁶² Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, reprise et complétée dans la loi du 22 avril 2005.

⁶³ Manuel de certification des établissements de santé, V2010, révisé avril 2011.

⁶⁴ <http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/>

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR : TRAÇABILITÉ DE L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR (TRD) EN MCO	
Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la traçabilité dans le dossier du patient de l'évaluation de la douleur avec une échelle.
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels il existe : – au moins un résultat de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du patient non algique ; ou – au moins deux résultats de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du patient algique.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Échantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 80 séjours.
Critère d'inclusion	Séjours hors séances d'au moins un jour stratifiés selon l'activité MCO.
Critères d'exclusion	Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la catégorie majeure de diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances. Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie. Séjours des nouveau-nés dits « non hospitalisés ». Séjours faisant l'objet d'une prestation interétablissement, que ce soit en établissement « demandeur » ou en établissement « prestataire ». Séjours avec un GHM erreur. Séjours avec un GHM 23K02Z (explorations nocturnes et apparentées). Séjours en UHCD non suivis d'un séjour en MCO.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Importance du thème	La prise en charge de la douleur est une priorité de santé publique (Plan douleur 2006-2010) ⁶⁵ . La douleur doit être systématiquement évaluée et « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur » (art. L.1110-5 du CSP) ⁶⁶ . 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. Depuis 2008, le recueil de l'indicateur TRD est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité MCO dans le cadre de la procédure de certification V2010 (chapitre 2, référence 12, critère 12.a) ⁶⁷ . À partir de 2010, le recueil de l'indicateur TRD concerne les établissements ayant une activité HAD dans le cadre de la procédure de certification V2010. Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs ⁶⁸ . Il est identique à celui généralisé dans le secteur SSR.
MODE D'ÉVALUATION DE L'INDICATEUR	
L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. L'évaluation de la douleur est recherchée dans tous les éléments du dossier du patient relevant du séjour analysé. Chaque mesure de la douleur doit être réalisée avec une échelle. La première mesure (ou « mesure diagnostique ») réalisée avec une échelle diagnostique la présence ou l'absence de douleur chez le patient et la deuxième mesure (ou « mesure de suivi ») réalisée avec une échelle succède à la mesure diagnostique de la douleur chez le patient algique.	

⁶⁵ Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010, ministère de la santé.

⁶⁶ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et repris dans la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005.

⁶⁷ Manuel de certification des établissements de santé, V2010, juin 2009.

⁶⁸ <http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/>

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR : TRAÇABILITÉ DE L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR (TRD) EN SSR	
Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la traçabilité dans le dossier du patient de l'évaluation de la douleur avec une échelle.
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels il existe : – au moins un résultat de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du patient non algique; ou – au moins deux résultats de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du patient algique.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Échantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 80 séjours.
Critères d'inclusion	Séjours uniques d'au moins 8 jours (un séjour est unique lorsqu'un seul séjour est retrouvé pour un patient sur le semestre analysé). Séjours dont la date de sortie est comprise entre les semaines calendaires S1 et 24. Séjours en hospitalisation complète.
Critères d'exclusion	Séjours dont la date d'entrée est comprise entre les semaines calendaires S1 et 2. Séjours dont la date d'entrée est antérieure au 1 ^{er} juillet de l'année $n - 1$. Prises en charge qui comportent au moins une interruption de plus de 48 heures et qui sont, de ce fait, découpées en séjours successifs. Prises en charge avec passage d'hospitalisation complète en hospitalisation partielle. Séjours avec un GMD erreur.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque: non.
Importance du thème	La prise en charge de la douleur est une priorité de santé publique (plan Douleur 2006-2010) ⁶⁹ . La douleur doit être systématiquement évaluée et « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur » (art. L. 1110-5 du CSP) ⁷⁰ . 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. Depuis 2009, le recueil de l'indicateur TRD est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité SSR dans le cadre de la procédure de certification V2010 (chapitre 2, référence 12, critère 12.a) ⁷¹ . Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs ⁷² . Il est identique à celui généralisé dans le secteur MCO.
MODE D'ÉVALUATION DE L'INDICATEUR	
L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. L'évaluation de la douleur est recherchée dans tous les éléments du dossier du patient relevant du séjour analysé. Chaque mesure de la douleur doit être réalisée avec une échelle. La première mesure (ou « mesure diagnostique ») réalisée avec une échelle diagnostique la présence ou l'absence de douleur chez le patient et la deuxième mesure (ou « mesure de suivi ») réalisée avec une échelle succède à la mesure diagnostique de la douleur chez le patient algique.	

⁶⁹ Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010, ministère de la santé.

⁷⁰ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et repris dans la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005.

⁷¹ Manuel de certification des établissements de santé, V2010, juin 2009.

⁷² <http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/>

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR : TRAÇABILITÉ DE L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR (TRD) EN HAD	
Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux de conformité, évalue la traçabilité dans le dossier du patient de l'évaluation de la douleur avec une échelle.
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels il existe : – au moins un résultat de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du patient non algique ; ou – au moins deux résultats de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du patient algique.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Échantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 60 séjours.
Critère d'inclusion	Séjours d'au moins 8 jours non précédés par un autre séjour dans le mois précédent, ni suivi par un autre séjour dans le mois qui suit.
Critères d'exclusion	Séjours inférieurs ou égal à 7 jours. Séjours de patients ayant moins de 18 ans au moment du séjour. Séjours précédés et/ou suivis par un autre séjour sur une période d'un mois. Séjours avec un GHPC erreur.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Importance du thème	La prise en charge de la douleur est une priorité de santé publique (Plan douleur 2006-2010) ⁷³ . 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) ⁷⁴ . 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. Le recueil de l'indicateur TRD est obligatoire depuis 2008 pour les établissements de santé ayant une activité MCO, et depuis 2009 pour les établissements de santé ayant une activité SSR, dans le cadre de la procédure de certification V2010 (chapitre 2, référence 12, critère 12.a) ⁷⁵ . Depuis 2010, le recueil de l'indicateur TRD concerne également les établissements ayant une activité HAD dans le cadre de la procédure de certification V2010. Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs ⁷⁶ . Il est identique à celui généralisé dans les secteurs MCO et SSR.
MODE D'ÉVALUATION DE L'INDICATEUR	
L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. L'évaluation de la douleur est recherchée dans tous les éléments du dossier du patient relevant du séjour analysé. Chaque mesure de la douleur doit être réalisée avec une échelle. La première mesure (ou « mesure diagnostique »), réalisée avec une échelle, diagnostique la présence ou l'absence de douleur chez le patient. La deuxième mesure (ou « mesure de suivi »), réalisée avec une échelle, succède à la mesure diagnostique de la douleur chez le patient algique.	

⁷³ Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010, ministère de la santé.

⁷⁴ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et repris dans la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005.

⁷⁵ Manuel de certification des établissements de santé, V2010, révisé avril 2011.

⁷⁶ <http://www.compaqh.fr>

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR : DÉPISTAGE DES TROUBLES NUTRITIONNELS (DTN) EN MCO	
Définition	Cet indicateur évalue le dépistage des troubles nutritionnels au cours des 2 premiers jours du séjour chez le patient adulte. Il est composé de trois niveaux donnant lieu au calcul de trois mesures distinctes, présentées sous la forme d'un taux.
Numérateur	Nombre de séjours de patients adultes pour lesquels au cours des 2 premiers jours du séjour : – niveau 1 : une mesure du poids a été effectuée et notée dans le dossier ; – niveau 2 : une mesure du poids et un calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) ont été effectués et notés dans le dossier ; ou une mesure du poids et une évolution du poids avant l'admission ont été effectuées et notées dans le dossier. – niveau 3 : une mesure du poids et un calcul de l'IMC et une évolution du poids avant l'admission ont été effectués et notés dans le dossier.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Échantillon	Chaque niveau d'indicateur est calculé sur un même échantillon aléatoire de 80 séjours.
Critère d'inclusion	Séjours hors séances d'au moins un jour stratifiés selon l'activité MCO.
Critères d'exclusion	Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la catégorie majeure de diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances. Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie. Séjours de nouveau-nés dits « non hospitalisés ». Séjours faisant l'objet d'une prestation interétablissement, que ce soit en établissement « demandeur » ou en établissement « prestataire ». Séjours avec un GHM erreur. Séjours avec un GHM 23K02Z (explorations nocturnes et apparentées). Séjours en UHCD non suivis d'un séjour en MCO. Séjours de patients âgés de moins de 18 ans. Séjours de patients hospitalisés moins de 2 jours. Séjours de patients pris en charge au cours des 2 premiers jours du séjour en réanimation, soins intensifs, surveillance continue, maternité, zone de surveillance de très courte durée, ou en soins palliatifs.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
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'IMC ⁷⁷ . Depuis 2008, le recueil de l'indicateur DTN est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité MCO dans le cadre de la procédure de certification V2010 (chapitre 2, référence 19, critère 19.b) ⁷⁸ . La conception de cet indicateur a été réalisée dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les concepteurs ⁷⁹ .
MODE D'ÉVALUATION DES NIVEAUX	
<p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire.</p> <p>Les éléments requis pour le calcul de chaque niveau sont décrits ci-dessous :</p> <p>Le niveau 1 est satisfait si une mesure du poids a été effectuée et notée dans le dossier.</p> <p>Le niveau 2 est satisfait si une mesure du poids et un calcul de l'IMC ou une mesure du poids et une évolution du poids avant l'admission ont été effectués et notés dans le dossier.</p> <p>Le niveau 3 est satisfait si une mesure du poids et un calcul de l'IMC et une évolution du poids avant l'admission ont été effectués et notés dans le dossier.</p> <p>La notification du poids, de l'évolution du poids avant l'admission et de l'IMC à l'entrée est recherchée dans les supports suivants : examen médical d'entrée, dossier de soins, compte rendu de consultation ou dossier d'anesthésie.</p>	

⁷⁷ Mise en place d'une politique nutritionnelle dans les établissements de santé, rapport de mission de M. le professeur Ricour, DHOS, ministère de la santé, décembre 2002.

⁷⁸ Manuel de certification des établissements de santé, V2010, juin 2009.

⁷⁹ <http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/>

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR : DÉPISTAGE DES TROUBLES NUTRITIONNELS (DTN) EN SSR	
Définition	Cet indicateur évalue le dépistage des troubles nutritionnels au cours des 7 premiers jours du séjour chez le patient adulte. Il est composé de trois niveaux donnant lieu au calcul de trois mesures distinctes, présentées sous la forme d'un taux.
Numérateur	Nombre de séjours de patients adultes pour lesquels : – niveau 1 : 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 ; – niveau 2 : niveau 1 + un calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) est noté dans le dossier à l'admission* ou une mention de la variation du poids avant l'hospitalisation est notée dans le dossier à l'admission* ; – niveau 3 : niveau 1 + un calcul de l'IMC et une mention de la variation du poids avant l'hospitalisation sont notés dans le dossier à l'admission*. *L'admission correspond aux 7 premiers jours du séjour.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Échantillon	Chaque niveau de l'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 80 séjours.
Critères d'inclusion	Séjours uniques d'au moins 8 jours (un séjour est unique lorsqu'un seul séjour est retrouvé pour un patient sur le semestre analysé). Séjours dont la date de sortie est comprise entre les semaines calendaires S1 et 24. Séjours en hospitalisation complète.
Critères d'exclusion	Séjours dont la date d'entrée est comprise entre les semaines calendaires S1 et 2. Séjours dont la date d'entrée est antérieure au 1 ^{er} juillet de l'année $n - 1$. Prises en charge qui comportent au moins une interruption de plus de 48 heures et qui sont, de ce fait, découpées en séjours successifs. Prises en charge avec passage d'hospitalisation complète en hospitalisation partielle. Séjours avec un GMD erreur. Séjours de patients âgés de moins de 18 ans. Séjours de patients pris en charge au cours des 24 premiers jours du séjour en soins palliatifs.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
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'IMC ⁸⁰ . Depuis 2009, le recueil de l'indicateur DTN est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité SSR dans le cadre de la procédure de certification V2010 (chapitre 2, référence 19, critère 19.b) ⁸¹ . La conception de cet indicateur a été réalisée dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les concepteurs ⁸² .
MODE D'ÉVALUATION DES NIVEAUX	
<p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. Les éléments requis pour le calcul de chaque niveau sont décrits ci-dessous :</p> <p>Le niveau 1 est satisfait si :</p> <ul style="list-style-type: none"> – une mesure du poids à l'admission et dans les 15 jours suivant la première mesure est retrouvée dans le dossier du patient ou ; – ou si la justification de l'impossibilité de peser le patient est notée dans le dossier du patient. <p>Le niveau 2 est satisfait si :</p> <ul style="list-style-type: none"> – le niveau 1 est satisfait et un calcul de l'IMC ou une mention de la variation du poids avant l'hospitalisation sont notés dans le dossier du patient à l'admission ; ou – si la justification de l'impossibilité de retrouver ces informations est notée dans le dossier du patient. <p>Le niveau 3 est satisfait si :</p> <ul style="list-style-type: none"> – le niveau 1 est satisfait et un calcul de l'IMC et une mention de la variation du poids avant l'hospitalisation sont notés dans le dossier du patient à l'admission ; ou – si la justification de l'impossibilité de retrouver ces informations est notée dans le dossier du patient. 	

⁸⁰ Mise en place d'une politique nutritionnelle dans les établissements de santé, rapport de mission de M. le professeur Ricour, DHOS, ministère de la santé, décembre 2002.

⁸¹ Manuel de certification des établissements de santé, V2010, juin 2009.

⁸² <http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/>

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR : SUIVI DU POIDS (DTN) EN HAD	
Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux de conformité, évalue le suivi du poids à partir de la préadmission chez le patient adulte.
Numérateur	Nombre de séjours de patients adultes pour lesquels sont retrouvés : – une notification du poids, au plus tard dans les 7 jours suivant l'admission, accompagné d'une autre mesure du poids dans les 15 jours suivant la 1 ^{re} mesure ; ou – la mention de la recherche de la variation du poids avant l'hospitalisation notée au plus tard dans les 7 jours suivants l'admission.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Échantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 60 séjours.
Critère d'inclusion	Séjours d'au moins 8 jours non précédés par un autre séjour dans le mois précédent, ni suivis par un autre séjour dans le mois qui suit.
Critères d'exclusion	Séjours inférieurs ou égal à 7 jours. Séjours des patients ayant moins de 18 ans au moment du séjour. Séjours précédés et/ou suivi par un autre séjour sur une période d'un mois. Séjours avec un GHPC erreur. Séjours de patientes prises en charge en obstétrique (surveillance de grossesse à risque, retour précoce à domicile, post-partum pathologique). Séjours de patients pris en charge en soins palliatifs au cours des 21 premiers jours du séjour.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
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'IMC ⁸³ . Le recueil de l'indicateur DTN est obligatoire depuis 2008 pour les établissements de santé ayant une activité MCO, et depuis 2009 pour les établissements de santé ayant une activité SSR, dans le cadre de la procédure de certification V2010 (chapitre 2, référence 19, critère 19.b) ⁸⁴ . Depuis 2010, le recueil de l'indicateur DTN concerne également les établissements ayant une activité HAD dans le cadre de la procédure de certification V2010. La conception de cet indicateur a été réalisée dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les concepteurs ⁸⁵ . Il a été adapté au secteur de l'HAD.
MODE D'ÉVALUATION DE L'INDICATEUR	
L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. L'évaluation du suivi du poids à partir de la préadmission chez le patient adulte est recherchée sur tous les supports datés dans la période entre la préadmission et les 7 premiers jours suivant l'admission. Le critère est conforme si : – une notification du poids dans la période entre la préadmission et les 7 premiers jours suivant l'admission et une autre mesure du poids dans les 15 jours suivant la 1 ^{re} (si applicable) ; ou – la mention de la recherche de la variation du poids avant l'hospitalisation entre la préadmission et les 7 premiers jours suivant l'admission est retrouvée dans le dossier du patient adulte dans la période.	

⁸³ Mise en place d'une politique nutritionnelle dans les établissements de santé, rapport de mission de M. le professeur Ricour, DHOS, ministère de la santé, décembre 2002.

⁸⁴ Manuel de certification des établissements de santé, V2010, révisé avril 2011.

⁸⁵ <http://www.compaqh.fr>

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR : Dépistage des troubles nutritionnels (DTN) en santé mentale (PSY)	
Définition	Cet indicateur évalue le dépistage des troubles nutritionnels au cours des 7 premiers jours du séjour. Il est composé de deux niveaux donnant lieu au calcul de deux mesures distinctes, présentées sous la forme d'un taux.
Numérateur	Nombre de séjours de patients pour lesquels : – niveau 1 : une notification du poids est retrouvée dans le dossier dans les 7 jours suivant l'admission et une seconde notification du poids est retrouvée pour les séjours supérieurs à 21 jours ; – niveau 2 : niveau 1 + un calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) est retrouvé dans le dossier dans les 7 jours suivant l'admission.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Échantillon	Chaque niveau de l'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 80 séjours.
Critères d'inclusion	Séjours uniques d'au moins 8 jours (un séjour est unique lorsqu'un seul séjour est retrouvé pour un patient sur la période de tirage au sort analysée). Séjours en hospitalisation à temps plein. Séjours de patients adultes.
Critères d'exclusion	Séjours hors psychiatrie. Patients de moins de 18 ans. Séjours ne correspondant pas à une hospitalisation à temps plein. Séjours inférieurs ou égaux à 7 jours. Séjours itératifs. Patients ayant une sortie à l'essai au cours du séjour évalué.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
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'IMC ⁸⁶ . Le recueil de l'indicateur DTN est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité en santé mentale dans le cadre de la procédure de certification V2010 (chapitre 2, référence 19, critère 19.b) ⁸⁷ . La conception de cet indicateur a été réalisée dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les concepteurs ⁸⁸ .
MODE D'ÉVALUATION DES NIVEAUX	
<p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. Les éléments requis pour le calcul de chaque niveau sont décrits ci-dessous :</p> <p>Le niveau 1 est satisfait si :</p> <ul style="list-style-type: none"> – une notification du poids dans les 7 jours suivant l'admission est retrouvée dans le dossier du patient ; – ou la justification de l'impossibilité de peser le patient est notée dans le dossier du patient, <p>et pour les séjours supérieurs ou égaux à 21 jours :</p> <ul style="list-style-type: none"> – une seconde notification du poids est retrouvée dans le dossier du patient ; ou la justification de l'impossibilité de peser une seconde fois le patient est notée dans le dossier du patient. <p>Le niveau 2 est satisfait si :</p> <ul style="list-style-type: none"> – le niveau 1 est satisfait et un calcul de l'IMC est retrouvé dans le dossier dans les 7 jours suivant l'admission ; – ou la justification de l'impossibilité de retrouver ces informations est notée dans le dossier du patient. 	

⁸⁶ Mise en place d'une politique nutritionnelle dans les établissements de santé, rapport de mission de M. le professeur Ricour, DHOS, ministère de la santé, décembre 2002.

⁸⁷ Manuel de certification des établissements de santé, V2010, juin 2009.

⁸⁸ <http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh.fr>

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR : TRAÇABILITÉ DE L'ÉVALUATION DU RISQUE D'ESCARRE (TRE) EN HAD	
Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux de conformité, évalue la traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre entre la préadmission et au plus tard les 7 jours suivant l'admission chez le patient adulte.
Numérateur	Nombre de séjours de patients adultes pour lesquels on retrouve notés dans le dossier du patient dans la période entre la préadmission et les 7 premiers jours suivant l'admission : – une évaluation du risque d'escarre: une échelle remplie ou un jugement clinique; et – une conclusion vis-à-vis du risque d'escarre.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Échantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 60 séjours.
Critère d'inclusion	Séjours d'au moins 8 jours non précédés par un autre séjour dans le mois précédent, ni suivis par un autre séjour dans le mois qui suit.
Critères d'exclusion	Séjours inférieurs ou égal à 7 jours. Séjours des patients ayant moins de 18 ans au moment du séjour. Séjours précédés et/ou suivi par un autre séjour sur une période d'un mois. Séjours avec un GHPC erreur. Séjours de patients dont l'indice de Karnofsky est supérieur à 50 à l'admission (1 ^{re} semaine).
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Indicateur obligatoire pour les établissements HAD. Ajustement sur le risque: non.
Importance du thème	L'escarre, qui altère la qualité de vie, peut provoquer une gêne douloureuse accompagnée d'une souffrance morale et physique et une limitation des capacités fonctionnelles. Néanmoins, l'escarre est une pathologie que l'on peut prévenir dans une grande majorité des cas, avec des mesures de prévention simple. L'ANAES a publié en 1998 un premier guide d'évaluation des pratiques professionnelles sur le thème « Évaluation de la prévention des escarres » ⁸⁹ . 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. Le recueil de l'indicateur TRE est optionnel depuis 2009 pour les établissements de santé ayant une activité MCO, et ceux ayant une activité SSR, dans le cadre de la procédure de certification V2010 (chapitre 2, référence 14, critère 14.a). Depuis 2010, le recueil de l'indicateur TRE est obligatoire pour les établissements ayant une activité HAD dans le cadre de la procédure de certification V2010. La population concernée par l'indicateur est ciblée: patient dont l'indice de Karnofsky de la première semaine est inférieur ou égal à 50. Ce paramètre permet de rendre obligatoire le recueil de l'indicateur. Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs ⁹⁰ .
MODE D'ÉVALUATION DE L'INDICATEUR	
L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. L'évaluation du risque d'escarre et sa conclusion sont recherchées dans le dossier du patient entre la préadmission et les 7 jours suivant l'admission. L'évaluation s'effectue au moyen du jugement clinique ou d'une échelle d'évaluation du risque d'escarre.	

⁸⁹ ANAES. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Évaluation de la prévention des escarres. Juin 1998.

⁹⁰ <http://www.compaqh.fr>

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR : TENUE DU DOSSIER ANESTHÉSIQUE (TDA)	
Définition	<p>Cet indicateur évalue la tenue du dossier anesthésique. Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité de la tenue du dossier anesthésique est d'autant plus grande que le score est proche de 100.</p> <p>L'indicateur est calculé à partir de 13 critères au maximum :</p> <p>Phases pré, per et postanesthésique</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identification du patient sur toutes les pièces du dossier. <p>Phase préanesthésique</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la phase préanesthésique (CPA et/ou VPA). 3. Trace écrite de la visite préanesthésique (VPA). 4. Mention du traitement habituel ou de l'absence de traitement dans le document traçant la CPA (ou la VPA) (si applicable). 5. Mention de l'évaluation du risque anesthésique dans le document traçant la CPA (ou la VPA). 6. Mention du type d'anesthésie proposé au patient dans le document traçant la CPA (ou la VPA). 7. Mention de l'évaluation des conditions d'abord des voies aériennes supérieures en phase préanesthésique dans le document traçant la CPA (ou la VPA). <p>Phase peranesthésique</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la phase peranesthésique. 9. Mention de la technique d'abord des voies aériennes supérieures en phase peranesthésique (si applicable). <p>Phase postinterventionnelle</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la phase postinterventionnelle (si applicable). 11. Autorisation de sortie du patient de la SSPI validée par un médecin anesthésiste (si applicable). 12. Trace écrite des prescriptions médicamenteuses en phase postanesthésique (si applicable). <p>Phase péri-anesthésique</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Rubrique renseignée (ou barrée) permettant de relever les incidents ou accidents péri-anesthésiques.
Score individuel	Un score individuel est calculé pour chaque dossier anesthésique. Il correspond à la somme des critères satisfaits divisée par la somme des critères applicables.
Score global	Le score global est calculé pour l'ensemble des dossiers anesthésiques. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier anesthésique de l'échantillon ($\times 100$).
Échantillon	Le score global est calculé sur un échantillon aléatoire de 60 dossiers.
Critère d'inclusion	Séjours hors séances pour lesquels l'acte d'anesthésie générale ou locorégionale est identifié par le code activité 4 de la CCAM.
Critères d'exclusion	<p>Patients hospitalisés pour une intervention réalisée sous anesthésie locale.</p> <p>Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la CMD 28, spécifique aux séances.</p> <p>Séjours faisant l'objet d'une prestation interétablissements, que ce soit en établissement demandeur ou en établissement prestataire.</p>
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus.</p> <p>Score composite.</p> <p>Ajustement sur le risque : non.</p>
Importance du thème	<p>Le dossier d'anesthésie constitue un élément essentiel de la continuité des soins en période péri-anesthésique et péri-interventionnelle. Il contient l'ensemble des informations concernant les phases pré, per et post-anesthésiques. Il contribue au partage de l'information entre les différents médecins intervenant à chaque étape de la prise en charge anesthésique. Ce support d'information constitue ainsi un élément nécessaire à la coordination des soins et participe de la sorte à la maîtrise du risque anesthésique^{91, 92}.</p> <p>Un référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles sur la tenue du dossier d'anesthésie a été élaboré par la HAS avec la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) et le Collège français des anesthésistes-réanimateurs⁹³.</p> <p>Cet indicateur porte sur la traçabilité de l'information concernant la totalité du processus anesthésique. Il a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs⁹⁴.</p>

⁹¹ Hubert B., Ausset S., Auroy Y., Billiard-Decré C., Tricaud-Vialle S., Djihoud A. Quality indicator survey of anesthesia records in hospitals of Aquitaine. Annales françaises d'anesthésie et de réanimation 2008; 27: 216-221.

⁹² Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine. Dossier patient: évolution de la conformité des dossiers patients entre 1997 et 2000 dans 12 établissements d'Aquitaine (rapport interne). Bordeaux: CCECOA; 2001.

⁹³ Référentiel des pratiques professionnelles, tenue du dossier d'anesthésie, Haute Autorité de santé, 2005.

⁹⁴ <http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/>

MODE D'ÉVALUATION DES CRITÈRES

L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire comprenant les 13 critères. Si un critère n'est pas applicable, il est retiré à la fois du numérateur et du dénominateur.

Chaque critère satisfait est comptabilisé par 1 point. Pour chaque dossier, 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 postanesthésique

1. Identification du patient sur toutes les pièces du dossier

Le critère est satisfait si le nom, le prénom et la date de naissance du patient sont retrouvés sur les documents traçant la consultation et la visite préanesthésique, les phases peranesthésique et postinterventionnelle.

Phase préanesthésique

2. Identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la phase préanesthésique

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

3. Trace écrite de la visite préanesthésique (VPA).

Le critère est satisfait si la visite préanesthésique comporte les éléments suivants :

- une date ;
- un contenu spécifique noté.

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 préanesthésique 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 peranesthésique

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

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

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

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

Phase postinterventionnelle

10. Identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la phase postinterventionnelle (si applicable)

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

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

Le critère est satisfait si l'autorisation de sortie du patient de la SSPI est validée 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 postanesthésique (si applicable)

Le critère est satisfait si les prescriptions médicamenteuses postanesthésiques comportent les sept éléments suivants :

- (1) le nom et le prénom du patient ;
- (2) la date de prescription ;
- (3) la signature du médecin anesthésiste ;
- (4) le nom du médecin anesthésiste ;
- (5) la dénomination des médicaments ;
- (6) la posologie (dosage unitaire, rythme et horaire d'administration du médicament) ;
- (7) 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 : 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. Il est composé de deux niveaux donnant lieu au calcul de deux mesures distinctes, présentées sous la forme d'un taux.
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels est retrouvée lors de la prise en charge initiale d'un primo-diagnostic de cancer: Niveau 1: – la trace d'une RCP datée et comportant la proposition de prise en charge. Niveau 2: – la trace d'une RCP datée, comportant la proposition de prise en charge et réalisée avec au moins trois professionnels de spécialités différentes.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Échantillon	Échantillon aléatoire de 60 séjours réalisés au cours du deuxième semestre de l'année $n - 1$.
Critères d'inclusion	Séjours ayant en DP un code C00 à C97 (à l'exception des codes C44 et C76 à C80) associés à un acte de chirurgie ou de radiothérapie sur le second semestre. Séjours ayant en DP un code Z51.0x ou Z51.1 (traitement répétitif de radiothérapie ou de chimiothérapie) associés à un code C00 à C97 (à l'exception des codes C44 et C76 à C80) en DR sur le second semestre à l'exception des séjours qui après chaînage avec le premier semestre ont en DP un code Z51.0x ou Z51.1 associés à un code C00 à C97 (à l'exception des codes C44 et C76 à C80) en DR. Premier séjour du patient réalisé au cours du deuxième semestre.
Critères d'exclusion	Tumeurs malignes de la peau autres que le mélanome C44 (dont les basocellulaires). Tumeurs <i>in situ</i> D00 à D09. Tumeurs bénignes D10 à D36. Tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue D37 à D48. Tumeurs malignes de sièges mal définis, secondaires et non précisés C76 à C80 (dont les métastases C77, C78 et C79). Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de catégorie majeure de diagnostics (CMD) 28, spécifiques aux séances. Séjours avec un GHM erreur. Patients atteints de cancer et décédés en réanimation après un acte de chirurgie et sans chimiothérapie réalisée au cours du séjour. Patients atteints de cancer et hospitalisés uniquement pour la pose d'un dispositif vasculaire implantable et sans chimiothérapie réalisée au cours du séjour.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque: non.
Importance du thème	La concertation pluridisciplinaire dans la prise en charge initiale d'un patient atteint d'un cancer est un élément spécifique, garant de la qualité de la prise en charge ultérieure. Cet indicateur répond à l'un des objectifs du plan Cancer initié dès 2003 qui était de faire bénéficier 100 % des nouveaux patients atteints de cancer d'une concertation pluridisciplinaire autour de leur dossier. Les modalités d'organisation de RCP sont précisées dans le code de la santé publique article D.6124-131. Dans le cadre du dispositif d'autorisation des établissements de santé pour le traitement des cancers, la concertation pluridisciplinaire est une des conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer ⁹⁵ . Conformément aux critères d'agrément définis par l'Institut national du cancer en 2007, la RCP fait partie des critères de qualité transversale exigibles pour recevoir une autorisation pour le traitement du cancer ⁹⁶ . Le plan cancer 2009-2013 met l'accent sur le partage des données médicales entre professionnels de santé (hospitaliers et libéraux).
MODE D'ÉVALUATION DES NIVEAUX	
L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. Les éléments requis pour le calcul de chaque niveau sont décrits ci-dessous: Le niveau 1 est satisfait si la trace d'une RCP datée et comportant la proposition de prise en charge est retrouvée lors de la prise en charge initiale d'un primo-diagnostic de cancer. Le niveau 2 est satisfait 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.	

⁹⁵ Décret n° 2007-389 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.

⁹⁶ Critères d'agrément adoptés par le conseil d'administration de l'INCa le 20 décembre 2007 et publiés sur le site de l'INCa.

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR : PRESCRIPTIONS MÉDICAMENTEUSES APPROPRIÉES APRÈS UN INFARCTUS DU MYOCARDE (SCORE BASI 2)	
Définition	L'indicateur, présenté sous la forme d'un score sur 100, évalue la prescription de l'ensemble des traitements appropriés à la sortie de l'établissement de santé. La non-prescription doit être justifiée. Un patient ayant fait un infarctus du myocarde doit avoir 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. Le score, initialement nommé score BASI, est dorénavant nommé score BASI 2 car le score a changé depuis la campagne de recueil de 2012 (données 2011). En effet, le changement de calcul de l'indicateur relatif à la prescription de bêtabloquant induit un changement dans le calcul du score BASI puisqu'il fait partie des indicateurs qui sont agrégés.
Numérateur	Nombre de dossiers pour lesquels le patient a fait l'objet d'une prescription pour l'ensemble des 4 traitements concernés sauf en cas de contre-indication.
Dénominateur	Nombre total de séjours inclus d'IDM.
Critères d'inclusion	Séjours hors séances d'au moins un jour au cours desquels le patient n'est pas décédé et comportant un code CIM 10 d'IDM en diagnostic principal (codes I21.0x à I21.9x et I22.xx).
Critères d'exclusion	Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la catégorie majeure de diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances. Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie. Séjours faisant l'objet d'une prestation interétablissements réalisée en tant qu'établissement prestataire. Séjours avec mode de sortie par transfert vers une unité de soins de courte durée (MCO). Séjours avec un GHM erreur.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque: non.
MODE D'ÉVALUATION 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 pour un seul des traitements, le dossier est coté à 0. Un score global est calculé pour l'établissement. L'indicateur est satisfait si dans chaque dossier, il est retrouvé:</p> <p>Pour le traitement anti-agrégant plaquettaire, une des 4 situations:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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. <p>Et pour le traitement par bêtabloquants, une des 3 situations (avec prise en compte du cas particulier relatif aux patients atteint d'un SCA NSTEMI dont la FEVG n'est pas altérée [FEVG supérieure à 40 %]):</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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. <p>Et pour le traitement par IEC/ARA2, une mesure de la FEVG et pour les patients dont la FEVG est ≤ 40 %:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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. <p>Et pour le traitement par statines, une des 2 situations:</p> <ul style="list-style-type: none"> – prescription de statine à l'issue du séjour (ordonnance de sortie) ou – 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 (HYG)	
Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la réalisation et la notification dans le dossier d'une sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques au cours ou à l'issue du séjour après un IDM.
Numérateur	Nombre de dossiers pour lesquels le patient a fait l'objet d'une sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques (consultation diététicienne et/ou nutritionniste, et/ou participation à un atelier d'éducation thérapeutique, et/ou conseils consignés dans le dossier ou le courrier de sortie).
Dénominateur	Nombre de dossiers inclus d'IDM.
Critères d'inclusion	Séjours hors séances d'au moins un jour au cours desquels le patient n'est pas décédé et comportant un code CIM 10 d'IDM en diagnostic principal (codes I21.0x à I21.9x et I22.xx).
Critères d'exclusion	Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la catégorie majeure de diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances. Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie. Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire. Séjours avec mode de sortie par transfert vers une unité de soins de courte durée (MCO). Séjours avec un GHM erreur.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque: non.
Recommandations ⁹⁷	« Le régime dit "méditerranéen" (riche en pain, en fruits et légumes, en poisson, et pauvre en viandes autres que la volaille; huile d'olive) doit être mis en œuvre chez tous les patients après IDM. [...] L'approche diététique ayant fait la preuve de son efficacité, la prévention secondaire après un IDM doit passer par un entretien systématique avec un(e) diététicien(ne) afin d'apprécier les habitudes alimentaires du patient [...]. Cette rencontre est idéalement faite en présence du conjoint. [...] Des programmes de réadaptation ont montré des réductions significatives de la cholestérolémie totale et des LDL, et une augmentation de la cholestérolémie des HDL. L'activité physique, l'amaigrissement, la modification de l'alimentation, la prise en charge du stress, et l'arrêt du tabac sont des mesures qui améliorent le profil lipidique, même sans intervention médicamenteuse. Parce que la plupart des programmes sont multifactoriels, il est difficile de savoir quelle composante est la plus efficace. »
MODE D'ÉVALUATION DE L'INDICATEUR	
L'indicateur est satisfait 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: <ul style="list-style-type: none"> – 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. 	

⁹⁷ Delahaye F, Bory M., Cohen A. *et al.* recommandations de la Société française de cardiologie concernant la prise en charge de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë. Archives des maladies du cœur et des vaisseaux; 2001; 94:697-738.

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR: PRÉVENTION DE L'HÉMORRAGIE LORS DE LA DÉLIVRANCE APRÈS UN ACCOUCHEMENT (DEL)	
Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la réalisation d'injection prophylactique de l'injection d'ocytocine et du contrôle de l'état du placenta. Le niveau 1 évalue le suivi des recommandations. Le niveau 2 évalue en plus le respect de la traçabilité d'injection de médicaments.
Numérateurs	Niveau 1 Nombre de dossiers d'accouchement comportant la modalité de la délivrance, la trace d'une injection prophylactique d'ocytocine et une conclusion, en cas de voie basse, de l'examen du placenta. Niveau 2 Nombre de dossiers d'accouchement comportant la modalité de la délivrance, la trace d'une injection prophylactique d'ocytocine (précisant l'heure, la dose et la voie d'administration) et une conclusion, en cas de voie basse, de l'examen du placenta.
Dénominateur	Nombre total de dossiers d'accouchements (<i>cf.</i> partie échantillon page 1).
Critères d'exclusion	–
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque: non.
Recommandations	Les recommandations indiquent que: « Il est recommandé de réaliser systématiquement: une injection prophylactique d'ocytocine (grade B); cette administration peut être faite au moment du dégagement de l'épaule antérieure de l'enfant (délivrance dirigée) soit après l'expulsion du placenta (grade B); un examen du placenta afin de vérifier s'il est complet. La rétention de cotylédons ou de membranes indique une révision utérine (accord professionnel). »
MODE D'ÉVALUATION DE L'INDICATEUR	
Recueil rétrospectif sur dossier. Pour chaque dossier est recherché l'ensemble des éléments demandés dans le dossier. L'indicateur est la moyenne des dossiers.	

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR : SURVEILLANCE CLINIQUE MINIMALE EN SALLE DE NAISSANCE APRÈS L'ACCOUCHEMENT (SURMIN)	
Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la surveillance clinique minimale* et l'examen médical autorisant la sortie de la salle de naissance. *Pouls, tension artérielle, évaluation de la qualité du globe utérin et évaluation des pertes sanguines effectués au moins à 2 reprises dans les deux heures suivant l'accouchement.
Numérateur	Nombre de dossiers d'accouchement comportant la trace de la surveillance clinique minimale* ainsi que la trace de l'examen médical autorisant la sortie de la salle de naissance. *Pouls, tension artérielle, évaluation de la qualité du globe utérin et évaluation des pertes sanguines effectués au moins à 2 reprises dans les deux heures suivant l'accouchement.
Dénominateur	Nombre total de dossiers d'accouchements (cf. partie échantillon page 1).
Critères d'exclusion	-
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque: non.
Recommandations	Les recommandations indiquent que : «Il est recommandé de réaliser systématiquement: une surveillance régulière en salle de naissance pendant les deux heures qui suivent un accouchement (accord professionnel). Cette surveillance porte sur l'importance des pertes sanguines, la qualité du globe utérin, la fréquence cardiaque et la mesure de la pression artérielle. Ces données seront consignées dans le dossier de la patiente (accord professionnel).»
MODE D'ÉVALUATION DE L'INDICATEUR	
Recueil rétrospectif sur dossier. Pour chaque dossier est recherché l'ensemble des éléments demandés dans le dossier. L'indicateur est la moyenne des dossiers.	

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR : DATE ET HEURE DE SURVENUE DES SYMPTÔMES LORS DE LA PRISE EN CHARGE INITIALE DE L'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL (DHS)	
Libellé	Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC ischémique (« infarctus cérébral »). Taux de patients pour lesquels la trace de la date et de l'heure de début des symptômes est retrouvée.
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels la trace de la date et de l'heure de début des symptômes est retrouvée.
Dénominateur	Nombre de séjours d'AVC ischémiques inclus.
Critères d'inclusion	Séjours hors séances d'au moins un jour au cours desquels le patient n'est pas décédé et comportant un code CIM 10 d'AVC en diagnostic principal (codes I61.x, I64 et I63.x à l'exception de I63.6).
Critères d'exclusion	Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la catégorie majeure de diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances. Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie. Séjours de patients âgés de moins de 18 ans. Séjours de patients décédés. Séjours de patients pris en charge pour un accident ischémique transitoire. Séjours faisant l'objet d'une prestation interétablissements réalisée en tant qu'établissement prestataire. Séjours de patients ayant un parcours de type Finess A=>FINESS B=>FINESS A (exclusion des séjours dans établissement A). Séjours avec un GHM erreur..
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Recommandations ^{98, 99}	« rtPA should be administrated to eligible patients who can be treated in the time period of 3 to 4.5 hours after stroke. » « As compared with placebo, intravenous alteplase administered between 3 and 4.5 hours after the onset of symptoms improved clinical outcomes in patients with acute ischemic stroke. »
Analyse des recommandations	Tous les patients hospitalisés pour un infarctus cérébral doivent, en l'absence de contre-indication, bénéficier d'un traitement thrombolytique. Le délai maximal de réalisation d'une thrombolyse est, dans les recommandations, de 4 h 30 après le début des symptômes. Afin de connaître ce délai, il est essentiel que la date et l'heure de début des symptômes soient tracées dans le dossier (accord professionnel du groupe de travail).

⁹⁸ Del Zoppo, *et al.* Expansion of the time window for treatment of acute ischemic stroke with intravenous tissue plasminogen activator. A science advisory from the American heart association/American Stroke Association. *Stroke* 2009; 40: 2945- 2948.

⁹⁹ Hacke W, *et al.* Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. *The New England Journal of Medicine* 2008; 359: 1317-1329.

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR : ASPIRINE APRÈS UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL ISCHÉMIQUE (ASP)	
Libellé	Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC ischémique (« infarctus cérébral »). Taux de patients pour lesquels la trace d'une administration appropriée d'aspirine est retrouvée.
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels une administration d'aspirine appropriée (selon les recommandations), en dehors d'une contre-indication, est retrouvée avant la 24 ^e heure d'hospitalisation.
Dénominateur	Nombre de séjours d'AVC ischémiques non thrombolysés.
Critères d'inclusion	Séjours hors séances d'au moins un jour au cours desquels le patient n'est pas décédé et comportant un code CIM 10 d'AVC en diagnostic principal (codes I61.x, I64 et I63.x à l'exception de I63.6).
Critères d'exclusion	Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la catégorie majeure de diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances. Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie. Séjours de patients âgés de moins de 18 ans. Séjours de patients décédés. Séjours de patients pris en charge pour un accident ischémique transitoire. Séjours faisant l'objet d'une prestation interétablissements réalisée en tant qu'établissement prestataire. Séjours de patients ayant un parcours de type FINESS A=>FINESS B=>FINESS A (exclusion des séjours dans établissement A). Séjours avec un GHM erreur.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Recommandations ^{100, 101}	« Un traitement antiplaquettaire par aspirine (à la posologie de 160 à 300 mg/j) est recommandé dès que possible après un AVC ischémique (grade A) sauf si un traitement thrombolytique est envisagé ». « The oral administration of aspirin within 24 to 48 hours after stroke onset is recommended for treatment of most patients ».
Analyse des recommandations	En l'absence de thrombolyse, tous les patients hospitalisés pour un infarctus cérébral doivent bénéficier d'un traitement par aspirine dans un délai inférieur à 24 heures après le début des symptômes, en l'absence de contre-indications.

¹⁰⁰ Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral - Aspects médicaux - Recommandations, ANAES, septembre 2002.

¹⁰¹ Adams H.P. *et al.* Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke, a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council. *Stroke* 2007; 38:1655-1711.

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR : ÉVALUATION PAR UN PROFESSIONNEL DE LA RÉÉDUCATION LORS DE LA PRISE EN CHARGE INITIALE DE L'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL (EPR)	
Libellé	Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC. Partie 1 : taux de patients ayant eu une évaluation par un professionnel de la rééducation. Partie 2 : taux de patients ayant eu une évaluation par un professionnel de la rééducation dans les 3 jours suivant l'admission.
Numérateur	Partie 1 : Nombre de séjours pour lesquels la trace d'une évaluation par un professionnel de la rééducation (médecin MPR, kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute) est retrouvée ou pour lesquels le patient ne présente pas de déficit. Partie 2 : Nombre de séjours pour lesquels la trace d'une évaluation par un professionnel de la rééducation (médecin MPR, kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute) est retrouvée dans les 3 jours suivant l'admission.
Dénominateur	Partie 1 : Nombre de séjours d'AVC inclus. Partie 2 : Nombre de séjours d'AVC inclus avec une évaluation par un professionnel de la rééducation.
Critères d'inclusion	Séjours hors séances d'au moins un jour au cours desquels le patient n'est pas décédé et comportant un code CIM 10 d'AVC en diagnostic principal (codes I61.x, I64 et I63.x à l'exception de I63.6).
Critères d'exclusion	Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la catégorie majeure de diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances. Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie. Séjours de patients âgés de moins de 18 ans. Séjours de patients décédés. Séjours de patients pris en charge pour un accident ischémique transitoire. Séjours faisant l'objet d'une prestation interétablissements réalisée en tant qu'établissement prestataire. Séjours de patients ayant un parcours de type FINESS A=>FINESS B=>FINESS A (exclusion des séjours dans établissement A). Séjours avec un GHM erreur.
Type d'indicateur	Indicateurs de processus. Ajustement sur le risque : non.
Recommandations ^{102, 103, 104, 105}	« Tout patient ayant des troubles de la motricité et/ou de la sensibilité doit bénéficier d'une évaluation et d'une prise en charge par un masseur-kinésithérapeute ». « Tout patient présentant des troubles de la déglutition doit bénéficier d'une rééducation utilisant des modifications de texture des aliments, des techniques posturales, des exercices oro-faciaux et des manœuvres de déglutition planifiée par l'orthophoniste ou le masseur-kinésithérapeute en collaboration avec l'infirmier. » « Tout patient ayant des troubles de la parole et/ou du langage, oral et écrit, doit être examiné par un orthophoniste (grade B) ». « Dans la prise en charge précoce des AVC, il est important d'avoir un diagnostic ergothérapeutique afin d'anticiper les problèmes liés au retour à domicile ». « L'intervention ergothérapeutique centrée sur le patient et l'approche réadaptative précoce favorise la participation sociale de la personne ayant eu un AVC ». « L'intervention précoce mais durable (5 mois) au domicile d'un(e) ergothérapeute réduit le handicap du patient après retour précoce au domicile (moins d'1 mois après l'AVC) ».
Analyse des recommandations	L'évaluation initiale par un professionnel de la rééducation (médecin MPR, kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute) doit être retrouvée dans le dossier pour tout patient présentant un diagnostic d'AVC.

¹⁰² Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral – Aspects paramédicaux – Recommandations, ANAES, septembre 2002.

¹⁰³ Atwal A., et al. Occupational therapists' perceptions of pre-discharge home assessments with older adults in acute care. *British Journal of Occupational Therapy* 2008; 71(2).

¹⁰⁴ Kristensen H.K., et al. Evaluation of evidence within occupational therapy in stroke rehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2010; 1-15.

¹⁰⁵ Société française de médecine physique et de réadaptation, Société française neurovasculaire et Société française de gériatrie et gérontologie. Orientations des patients atteints d'AVC – Pratiques professionnelles et recommandations, 2008.

FICHE DESCRIPTIVE DE L'INDICATEUR : TENUE DU DOSSIER DU PATIENT DANS LE CADRE DE LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL (AVC-TDP)	
Libellé	Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC. Score de conformité du contenu du dossier des patients pris en charge pour un AVC.
Numérateur	Nombre d'items conformes pour chaque dossier.
Dénominateur	Nombre d'items évalués pour chaque dossier.
Calcul du score	Moyenne des conformités calculées par dossier.
Critères d'inclusion	Séjours hors séances d'au moins un jour au cours desquels le patient n'est pas décédé et comportant un code CIM 10 d'AVC en diagnostic principal (codes I61.x, I64 et I63.x à l'exception de I63.6).
Critères d'exclusion	Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la catégorie majeure de diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances. Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie. Séjours de patients âgés de moins de 18 ans. Séjours de patients décédés. Séjours de patients pris en charge pour un accident ischémique transitoire. Séjours faisant l'objet d'une prestation interétablissements réalisée en tant qu'établissement prestataire. Séjours de patients ayant un parcours de type FINESS A=>FINESS B=>FINESS A (exclusion des séjours dans établissement A). Séjours avec un GHM erreur.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Recommandations ¹⁰⁶	« La bonne tenue du dossier du patient contribue à la continuité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Elle est le reflet de la qualité de la pratique professionnelle. Le dossier est également un support privilégié de l'évaluation des pratiques. Il est enfin un outil d'enseignement et de recherche pour les professionnels de santé. Pour ces raisons, l'amélioration du dossier est une thématique constante des démarches d'amélioration continue de la qualité des soins dans les établissements de santé. »
Analyse des recommandations	Le groupe de travail considère que le dossier d'un patient hospitalisé pour AVC doit comporter les éléments suivants à l'admission : – antécédents / Facteurs de risque cardio-vasculaires ; – traitement habituel ; – score de gravité NIH ; – ECG ; – tension artérielle ; – mesure de la glycémie capillaire ; – compte rendu de l'imagerie cérébrale initiale validé par un radiologue.

¹⁰⁶ Haute Autorité de santé. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé – Dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu – réglementation et recommandations. Paris, 2003. [Site consulté le 09/03/2011] disponible depuis : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/dossier_du_patient_amelioration_de_la_qualite_de_la_tenue_et_du_contenu_-_reglementation_et_recommandations_-_2003.pdf

ANNEXE 3

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE
CONTRÔLE QUALITÉ DU RECUEIL DES INDICATEURS
ONC 2014

19 mars 2014

TABLE DES MATIÈRES

1. Contexte

2. Objectifs de l'ONC

3. Méthodologie

3.1. Champ de l'inspection

3.1.1. Contrôle des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales (IN)

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

3.2. Sélection des établissements

3.2.1. Sélection des établissements à contrôler pour le tableau de bord des IN

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

3.3. Sélection des indicateurs

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

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

3.4. Modalités de contrôle

3.4.1. Modalités de contrôle des indicateurs du tableau de bord des IN

3.4.2. Modalités de contrôle des indicateurs de qualité et de sécurité des soins HAS

3.5. Formation

3.6. Outils disponibles selon les indicateurs concernés

3.6.1. Outils de contrôle des indicateurs du tableau de bord des IN

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

4. Modalités de validation

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

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

5. Impact du contrôle qualité du recueil

5.1. Affichage et diffusion publique

5.2. Synthèse régionale et nationale

1. Contexte

Le tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales piloté par la DGOS et les indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS) pilotés par la HAS composent le dispositif des indicateurs nationaux recueillis en 2014. Différentes utilisations nécessitent de s'assurer de la fiabilité des indicateurs.

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

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

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

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

Depuis 2006, le bilan d'activités permettant de décrire l'organisation, les moyens et les actions entreprises par l'établissement pour prévenir les infections nosocomiales fait l'objet d'un contrôle sur pièce et/ou sur site de la part des régions. Pour les indicateurs recueillis par la HAS depuis 2008, il n'y avait pas de dispositif de contrôle du recueil réalisé par les établissements jusqu'en 2013.

Ainsi en 2013, une orientation nationale de contrôle s'est appliquée à l'ensemble des indicateurs soumis à diffusion publique. Cette orientation nationale de contrôle (ONC) a vocation à être reconduite en 2014.

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

Le présent guide a pour objectif d'aider les ARS à conduire cette ONC. Il est accompagné d'une formation (*cf.* point 3.5 formation).

2. Objectifs de l'ONC

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

- fiabiliser les résultats des indicateurs recueillis dans l'année et soumis à diffusion publique au sein des établissements de santé ;
- valider l'organisation de l'établissement de santé au regard des exigences réglementaires et valider les priorités identifiées par l'établissement de santé en termes de moyens et d'actions mis en œuvre pour lutter contre les infections nosocomiales ;
- contractualiser des plans d'amélioration de l'établissement de santé sur les éléments mesurés par les indicateurs.

3. Méthodologie

3.1. Champ de l'inspection

3.1.1. Contrôle des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales (IN)

Tous les établissements de santé, publics et privés français sont concernés par le tableau de bord des infections nosocomiales et, par conséquent, peuvent faire l'objet du contrôle.

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

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

Tous les établissements de santé, publics et privés sont concernés par les indicateurs de qualité et de sécurité des soins recueillis et soumis à diffusion publique en 2014.

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

3.2. Sélection des établissements

En 2014, l'objectif en termes d'établissements de santé à contrôler s'élève à 10 % au niveau de chaque région. La stratégie est double, elle repose d'une part sur le fait que chaque établissement puisse faire l'objet d'un contrôle avec un tirage au sort national et que, d'autre part, l'ARS cible ces contrôles en fonction de critères qui lui sont propres (exemple : résultats aberrants, problématique locale...).

3.2.1. Sélection des établissements à contrôler pour le tableau de bord des IN

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

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

Tirage au sort par l'ATIH

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

Sélection par l'ARS

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

Outil de sélection des établissements à contrôler

La sélection des établissements à contrôler s'effectue directement en ligne, sur la plateforme qui permet de réaliser le contrôle des indicateurs du tableau de bord des IN : BilanLin.

Une liste d'établissements tirés au sort est proposée au contrôle par région. Chaque ARS peut utiliser cette liste en totalité ou en partie. Dans ce dernier cas l'ARS complétera la liste par la sélection d'établissements *via* un menu déroulant parmi la liste d'établissements ayant validé leur TdBIN.

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

En 2014, le contrôle porte sur le recueil des indicateurs recueillis et soumis à diffusion publique en 2014. Il s'agit de six thèmes d'indicateurs :

1. « Dossier patient en MCO » (DPA MCO)
2. « Dossier anesthésique » (DAN)
3. « Dossier patient en SSR » (DPA SSR)
4. « Dossier patient en HAD » (DPA HAD)
5. « Dossier patient en santé mentale » (DPA PSY)
6. « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie » (RCP)

Le nombre d'établissements à contrôler a été estimé à partir du nombre d'établissements ayant réalisé les mêmes recueils en 2012. On peut considérer que le nombre d'établissement sera équivalent en 2014, c'est-à-dire environ 2 350 établissements au niveau national.

La liste des ES concernés par le contrôle qualité est adressée à chaque ARS pour chaque thème d'indicateur.

L'objectif en termes d'établissements de santé à contrôler s'élève à 10 % par région.

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

Tirage au sort par l'ATIH

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

Sélection par l'ARS

Ce choix relève de l'ARS, qui définit la cible de son contrôle en fonction de différents critères : résultats aberrants, évolution des résultats atypiques, problématique locale de l'établissement, problématique régionale impactant l'ES contrôlé, contractualisation, participation de l'ES au projet IFAQ...

Outil de sélection des établissements à contrôler

La sélection des établissements à contrôler s'effectue directement en ligne, sur la plateforme qui permet de réaliser le contrôle des indicateurs HAS: QUALHAS CONTROLE.

Un logiciel permet le tirage au sort des établissements par région et par thème d'indicateurs.

Afin de compléter ce tirage au sort, l'ARS a ensuite la possibilité de réaliser sa sélection d'établissement *via* un menu déroulant parmi la liste d'établissements concernés.

Une fois cette sélection d'établissement réalisée, il y a une étape de validation de la liste à réaliser afin de débiter le contrôle sur place.

3.3. Sélection des indicateurs

Les indicateurs concernés par le contrôle qualité du recueil sont les indicateurs recueillis en 2014 et cités dans l'arrêté du 11 février 2014 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public ses résultats.

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

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

- pour les établissements de santé n'ayant jamais fait l'objet d'un contrôle qualité de leur tableau de bord IN: le contrôle porte sur l'ensemble des indicateurs IN renseignés par l'établissement (ce nombre est fonction de la catégorie d'établissement) ;
- pour les établissements ayant déjà fait l'objet d'un contrôle qualité de leur tableau de bord IN: le contrôle porte sur un, plusieurs ou la totalité des indicateurs renseignés par l'établissement. Ce choix relève de l'ARS qui veillera cependant à maintenir une cohérence dans les indicateurs contrôlés.

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

En 2014, les indicateurs recueillis et soumis à diffusion publique concernent six thèmes relatifs à la qualité du dossier patient et à l'organisation des soins en cancérologie :

Dossier patient en MCO – 4 IQs

Tenue du dossier patient (TDP)

Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation (DEC)

Dépistage des troubles nutritionnels (DTN)

Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD)

Dossier anesthésique – 1 IQs

Tenue du dossier d'anesthésie (DAN)

Dossier patient en SSR– 4 IQs

Tenue du dossier patient (TDP)

Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation (DEC)

Dépistage des troubles nutritionnels (DTN)

Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD)

Dossier patient en HAD – 5 IQs

Tenue du dossier patient (TDP)

Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation (DEC)

Dépistage des troubles nutritionnels (DTN)

Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD)

Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre (TRE)

Dossier patient en santé mentale – 3 IQs

Tenue du dossier patient (TDP)

Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation (DEC)

Dépistage des troubles nutritionnels (DTN)

Réunion de concertation pluridisciplinaire – 1 IQs

Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)

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

3.4. Modalités de contrôle

3.4.1. Modalités de contrôle des indicateurs du tableau de bord des IN

Pour les indicateurs du TdBIN le contrôle peut se faire au choix de l'ARS sur pièce ou sur place¹. L'inspection sur place permet outre la vérification des éléments de preuve déclarés, de vérifier la réalité de la mise en œuvre des actions. La grille est une aide pour les éléments de preuve.

Sur place, le contrôleur a la possibilité de reporter les résultats du contrôle qualité des données déclarées, soit sur la version papier imprimée de la grille de contrôle ou sur la version électronique de celle-ci s'il dispose, d'un ordinateur portable, La saisie définitive des contrôles sur BilanLin se fait dans un deuxième temps, à l'issue de la période contradictoire d'échange avec l'établissement contrôlé. L'ARS validera ou mettra en divergence le ou les items contrôlés.

3.4.2. Modalités de contrôle des indicateurs de qualité et de sécurité des soins HAS

Pour les indicateurs HAS, l'évaluation est réalisée sur place¹, car elle porte sur les informations contenues dans des dossiers de patients. Elle permet également de vérifier la réalité de la mise en œuvre des prises en charge. Le contrôle du recueil se fait directement en ligne sur la plateforme QUALHAS CONTROLE.

Sur place, l'utilisation de la plateforme en ligne nécessite d'avoir accès à un ordinateur et un accès Internet au sein de l'établissement au moment du contrôle.

Si le dossier patient de l'établissement est totalement informatisé, alors deux ordinateurs sont nécessaires: l'un pour l'accès au dossier patient et l'autre pour l'accès Internet à la plateforme.

Avant de se déplacer, l'ARS aura transmis à l'établissement la liste des dossiers patients à contrôler, afin que l'ES puisse mobiliser les dossiers patients de ses archives. Cette liste de dossiers patients est également tirée au sort sur la plateforme QUALHAS CONTROLE (tirage au sort de quinze dossiers patients dont dix sont à contrôler par l'ARS et cinq pour pallier les éventuelles exclusions).

Période de contrôle

Pour les indicateurs de qualité et de sécurité des soins de la HAS, le contrôle est possible dès la clôture nationale d'une campagne:

- recueil des thèmes « Dossier patient en HAD » et « Dossier patient en santé mentale » : fin des campagnes fin mars 2014;
- recueil des thèmes « Dossier patient en MCO » et « Dossier anesthésique » : fin des campagnes fin avril 2014;
- recueil des thèmes « Dossier patient en SSR » et « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie » (RCP): fin des campagnes fin juin 2014;

Pour les indicateurs du TdBIN, le recueil se termine en avril 2014. Le contrôle du TdBIN s'effectue de mai à septembre 2014.

La période nationale de contrôle devra se clôturer et être validée pour fin septembre 2014 pour l'ensemble des indicateurs TdBIN et HAS.

3.5. Formation

Une formation sera animée par le service IPAQSS de la HAS. Les frais de transport, de repas et d'hébergement sont à la charge des ARS. La formation se déroulera à la Haute Autorité de santé, Saint-Denis – La Plaine (93), 266 avenue du Président-Wilson, 93218 Saint-Denis – La Plaine Cedex.

Deux journées au choix sont proposées:

- vendredi 4 avril 2014;
- jeudi 10 avril 2014.

La formation s'adresse aux personnels des ARS chargés des inspections dans le cadre de l'ONC 2014 pour le contrôle de la qualité des données ou déclarations des indicateurs de qualité et de sécurité des soins au sein des établissements de santé (deux professionnels par ARS).

Le contenu de la formation abordera différents points:

- introduction, contexte et objectifs de l'orientation nationale de contrôle 2014;
- partage d'expérience par les ARS du contrôle qualité réalisé en 2013;
- modalités de l'inspection des IPAQSS;

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

- impact de l'orientation nationale de contrôle 2014;
- conclusion, perspectives 2015.

3.6. Outils disponibles selon les indicateurs concernés

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

3.6.1. Outils de contrôle des indicateurs du tableau de bord des IN

Plateforme de saisie du bilanLin: accès ARS (<http://bilanlin.atih.sante.fr>).

Les outils sont déjà développés et utilisés par les ARS depuis 2006:

- cahier des charges définissant les éléments de preuve à contrôler;
- grille de contrôle et liste des établissements de santé tirés au sort par l'ATIH;
- résultats du contrôle qualité des éléments de preuve.

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

L'outil permettant le contrôle est développé spécifiquement par l'ATIH. Les grilles de recueil des indicateurs sont fournies en version papier et sont disponibles en ligne pour la réalisation des contrôles. La formation permettra d'apprendre à utiliser cet outil.

Le contrôle se fait sur la plateforme Internet QUALHAS CONTROLE (<https://qualhas.atih.sante.fr>).

Les droits d'accès à la plateforme QUALHAS CONTROLE sont octroyés au niveau de chaque ARS par l'administrateur principal PMSI de l'ARS. La HAS ne connaît pas les identifiants et mot de passe des ARS pour des raisons de sécurité et de confidentialité de la saisie. Il existe trois rôles d'accès sur QUALHAS au niveau ARS: le superviseur, le contrôleur et le lecteur.

Sur QUALHAS CONTROLE, l'ARS a directement accès:

- à la liste des établissements à contrôler: tirés au sort par l'ATIH et sélectionnés par l'ARS. Cette liste doit être validée avant de débiter un contrôle dans un établissement. La validation de la liste des établissements est réalisée par le superviseur;
- aux indicateurs à contrôler: le contrôleur accède directement aux grilles de recueil préremplies par l'établissement au moment du recueil national des indicateurs, dont il peut, le cas échéant, modifier les réponses si besoin;
- aux résultats du contrôle: une fois le contrôle terminé, il valide sa saisie et obtient automatiquement les résultats du contrôle. Il aura la possibilité d'extraire les résultats sous la forme de documents PDF: une synthèse du résultat du contrôle pour l'établissement contrôlé, et une synthèse régionale de l'ensemble des résultats pour tous les établissements.

Ainsi, les grilles de recueil des indicateurs permettent de connaître l'ensemble des questions qui seront à contrôler. Une grille de recueil correspond à un dossier patient analysé. Dans le cadre de l'ONC, 10 dossiers patients sont à contrôler (sur les 80 ou 60 analysés par l'ES au moment de la campagne nationale).

4. Modalités de validation

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

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

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

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

La validation des éléments de preuve devra faire l'objet d'un constat de validation. La double signature d'un document de synthèse par le représentant légal de l'établissement et par le responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ne sera indispensable qu'en cas de divergence avec les déclarations de l'établissement.

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

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

Les validations et les corrections devront être réalisées avant fin septembre 2014.

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

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

Au moment du contrôle sur place, une discussion argumentée entre le référent de l'établissement et le contrôleur de l'ARS, en cas de désaccord sur les éléments de preuve, est possible. En dernier lieu, l'avis du contrôleur de l'ARS sera retenu. Enfin, l'ARS fait signer la synthèse du résultat du contrôle à l'établissement (synthèse PDF téléchargeable sur la plateforme QUALHAS CONTROLE).

Dans le calcul du résultat du contrôle, il y a une différence de prise en compte des discordances entre un contrôle qui montre une surévaluation des résultats de l'ES et un contrôle qui montre une sous-évaluation des résultats de l'ES. Seules les surévaluations sont considérées comme des réponses discordantes.

5. Impact du contrôle qualité du recueil

5.1. *Affichage et diffusion publique*

Les établissements qui auront fait l'objet d'un contrôle seront signalés sur le site d'information sur la qualité des prises en charge en établissements de santé pour les usagers, Scope Santé.

Les résultats du contrôle qualité seront également affichés sur ce site. Pour les indicateurs de qualité et de sécurité des soins de la HAS, il n'y a pas de possibilité de recalculer des résultats de l'IQ. Ainsi, un établissement dont le recueil d'indicateur ne serait pas validé par l'ARS suite à un contrôle, sera considéré comme « non répondant » à la campagne nationale, et affiché comme tel sur le site de diffusion publique.

5.2. *Synthèse régionale et nationale*

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

Les documents de résultats du contrôle des IQss comportent le nombre d'ES concernés par l'ONC, le nombre d'ES contrôlés par type d'indicateurs, le bilan du CQ par type d'indicateurs.

Pour l'ensemble des indicateurs, la synthèse régionale et nationale est disponible sur la plateforme de l'ATIH dont l'accès est prévu pour les référents ARS en charge de ce CQ.

Textes en référence :

- 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 11 février 2014 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 (2014)
- instruction DGOS/PF2 du 4 mars 2014 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2013.