

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé

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

Bureau de la qualité et de la sécurité des soins  
Personne chargée du dossier :  
Dr Laetitia May-Michelangeli  
Secrétariat : 01 40 56 46 58  
mél. : [laetitia.may@sante.gouv.fr](mailto:laetitia.may@sante.gouv.fr)

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé

à

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

Mesdames et Messieurs les directeurs  
d'établissement

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

INSTRUCTION N°DGOS/PF2/2011/211 du 6 JUIN 2011 relative aux modalités pratiques de mise  
à la disposition du public par l'établissement de santé, des résultats des indicateurs de qualité et  
de sécurité des soins.

Date d'application : immédiate

NOR : ETSH1115502J

Classement thématique : établissement de santé

Validée par le CNP le 1er juin 2011 - Visa CNP 2011-136

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

Résumé : En lien avec l'article L6144-1 & L6161-2, l'arrêté du 28 décembre 2011 fixe les conditions  
dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque  
année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Le décret n°2009- 1763 du 30 décembre  
2009 est relatif aux dispositions applicables en cas de non-respect de la mise à la disposition du  
public par l'établissement de santé des résultats de ces indicateurs. Cette instruction précise les  
modalités pratiques de la mise en application de l'arrêté du 28 décembre 2010 ainsi que les  
objectifs nationaux à atteindre.

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

Textes de référence :

- Article 5 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients,  
à la santé et aux territoires (HPST) ;
- Articles L. 6144-1, L. 6161-2 et D. 6111-23 du code de la santé publique ;
- Décret n°2009-1763 du 30 décembre 2009 relatif aux dispositions applicables en cas de non-  
respect de la mise à disposition du public par les établissements de santé des résultats des  
indicateurs de qualité et de sécurité des soins ;
- Arrêté du 28 décembre 2010 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.

Texte abrogé : Instruction N°DGOS/PF/192/2010/du 9 juin 2010 relative aux modalités pratiques de  
mise à la disposition du public par l'établissement de santé, des résultats des indicateurs de qualité  
et de sécurité des soins

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

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

Annexe 3 : Fiches descriptives des indicateurs

La présente instruction a pour objet de préciser les modalités d'application de l'arrêté du 28 décembre 2010 fixant les conditions selon lesquelles chaque établissement de santé met à la disposition du public les résultats publiés en 2011 des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

## I. Objectifs des dispositions législatives

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

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

- le décret n°2009-1763 du 30 décembre 2009, relatif aux dispositions applicables en cas de non-respect de mise à la disposition du public par les établissements de santé des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, crée un article D. 6113-23 dans le code de la santé publique.
- l'arrêté du 28 décembre 2010 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins publiés chaque année.

## II. Publication nationale

Conformément aux dispositions de l'arrêté sus-cité, le site « Platines » ([www.platines.sante.gouv.fr](http://www.platines.sante.gouv.fr), plateforme d'information sur les établissements de santé) est le support de diffusion publique pour les établissements ayant une activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et/ou de soins de suite et réadaptation fonctionnelle (SSR). Pour les établissements de santé non répertoriés à ce jour sur le site Platines (établissements de santé mentale, établissement d'hospitalisation à domicile...) et seulement pour les résultats des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales, les données à diffuser sont disponibles sur le site <http://www.icalin.sante.gouv.fr/>. *Ce site sera amené à disparaître dès que tous les établissements seront répertoriés dans Platines.*

La date de mise à jour des résultats sur le site déclenche l'obligation de mise à la disposition du public des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans l'établissement de santé.

La date de mise à jour sera annoncée par communiqué de presse sur le site du ministère.

Pour 2011, elle est prévue courant juin.

En 2011, il y aura **deux publications nationales** sur le site de diffusion publique « Platines » :

- **Une publication en juin 2011** portant sur 5 indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales (campagne de recueil 2010-données 2009) et 6 indicateurs issus du dossier patient (données 2010),
- **Une publication en novembre 2011** actualisant les données du tableau de bord des infections nosocomiales (campagne de recueil 2011-données 2010) avec les 6 indicateurs décrits dans l'arrêté du 28 décembre 2010.

Dans un délai de deux mois à compter de la date de publication nationale des indicateurs sur le site internet du ministère chargé de la santé (site Platines : <http://www.platines.sante.gouv.fr>), chaque établissement de santé met à la disposition du public les résultats le concernant, accompagnés de données de comparaison, conformément à l'annexe 1.

Les modalités de mise à la disposition du public des résultats par les établissements de santé, ainsi que le contenu obligatoire de la communication, sont précisés en annexe 1 et 2.

Remarque : Les annexes présentent des évolutions par rapport à l'instruction du 9 juin 2010 dans un objectif de simplification de l'affichage et d'amélioration de la lisibilité des résultats. La révision de la présentation des résultats a fait l'objet d'une concertation auprès de représentants des professionnels et usagers.

Les indicateurs de l'arrêté du 28 décembre 2010 sont décrits en annexe 3.

### III. Objectifs nationaux

Des objectifs nationaux ont été déterminés pour les indicateurs cités dans l'arrêté du 28 décembre 2010 :

Les objectifs nationaux pour les cinq indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales (données 2009) sont ceux annoncés dans le programme national de prévention des infections nosocomiales 2005-2008 et pour les nouveaux indicateurs (données 2010) sont ceux annoncés dans le programme de prévention des infections nosocomiales 2009-2013.

Les objectifs nationaux à atteindre pour les résultats 2011 (publiés en 2012) pour les indicateurs de qualité issus du dossier du patient hospitalisé en médecine, chirurgie ou obstétrique, ou en soins de suite et réadaptation sont définis comme suit : l'objectif national à atteindre est que chaque établissement ait un résultat significativement supérieur 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.

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  
La Directrice générale de l'offre de soins

**Signé**

Annie PODEUR

## 1. La communication nationale

La communication nationale consiste notamment en une publication des résultats

- pour les établissements ayant une activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et /ou de soins de suite et réadaptation fonctionnelle (SSR) : sur le site internet du ministère chargé de la santé (site Platines : <http://www.platines.sante.gouv.fr>). Cette diffusion s'accompagne de données de comparaison pour aider à l'interprétation des résultats (cf annexe 2).
- pour les établissements de santé non répertoriés à ce jour sur le site Platines (établissements de santé mentale, établissement d'hospitalisation à domicile...) et seulement pour les résultats des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales : sur le site [http://www.icalin.sante.gouv.fr/](http://www.icalin.sante.gouv.fr). *Ce site est amené à disparaître dès que tous les établissements seront répertoriés dans Platines.*

Dans un délai de deux mois à compter de la date de publication nationale des indicateurs, sur le site internet du ministère chargé de la santé (site Platines : <http://www.platines.sante.gouv.fr>), chaque établissement de santé met à la disposition du public les résultats le concernant, accompagnés de données de comparaison, conformément à la publication nationale et à la présente annexe. Les fiches descriptives de ces indicateurs sont en annexe 3.

En 2011, il y aura **deux publications nationales** sur le site de diffusion publique Platines :

- **Une en juin 2011** portant sur 5 indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales (campagne de recueil 2010 - données 2009) et 6 indicateurs issus du dossier patient (données 2010) - Cf.infra ;
- **Une en novembre 2011** actualisant les données du tableau de bord des infections nosocomiales (campagne de recueil 2011 - données 2010) avec les 6 indicateurs décrits dans l'arrêté du 28 décembre 2010 - Cf.infra.

## 2. Les communications régionales

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

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

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

Cette mise à disposition peut se faire par :

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

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

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

#### 4. Les modalités de la communication par l'établissement

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

#### 5. Le contenu de cette communication

Dès la publication des résultats des indicateurs, au niveau national sur le site Platines, en juin 2011, puis en novembre 2011, l'établissement organise la communication.

Cette communication doit nécessairement comprendre les derniers résultats disponibles des indicateurs cités dans l'annexe de l'arrêté du 28 décembre 2010 à savoir :

##### - pour juin 2011 :

- les cinq indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales (généralisation sous le pilotage du ministère de la santé et des sports), données de 2009 :
  - ICALIN (indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales) ;
  - ICSHA (indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques) ;
  - SURVISO (indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire) ;
  - ICATB (indice composite de bon usage des antibiotiques) ;
  - Score agrégé, élaboré à partir des résultats de chacun des indicateurs sus-cités.
- les quatre indicateurs de qualité (généralisation sous le pilotage de la HAS), issus du dossier du patient hospitalisé en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) ou en soins de suite et de réadaptation (SSR) et les deux indicateurs de qualité issus du dossier du patient hospitalisé en médecine, chirurgie ou obstétrique - données de 2010
  - Tenue du dossier patient - MCO et SSR ;
  - Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation - MCO et SSR ;
  - Traçabilité de l'évaluation de la douleur - MCO et SSR ;
  - Dépistage des troubles nutritionnels (niveau 1) - MCO et SSR ;
  - Tenue du dossier anesthésique - MCO ;
  - Infarctus du myocarde (indicateur BASI)- MCO

##### - pour novembre 2011, la nouveauté porte sur les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales avec l'actualisation des données 2010

- les six indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales (généralisation sous le pilotage du ministère de la santé et des sports), données de 2010 :
  - ICALIN (indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales) ;
  - ICSHA2 (indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques version 2) ;
  - SURVISO (indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire) ;
  - ICATB (indice composite de bon usage des antibiotiques) ;
  - Score agrégé, élaboré à partir des résultats de chacun des indicateurs sus-cités ;
  - Indice SARM (indice du taux de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline)
- les indicateurs de qualité issus du dossier du patient hospitalisé en MCO et en SSR (généralisation sous le pilotage de la HAS), données de 2010 sont inchangés.

Pour les établissements MCO et SSR, un export des données de l'établissement sur Platines peut être édité et servir de support de diffusion publique. En novembre 2011, l'export sera modifié pour tenir compte de l'intégration des derniers résultats sur les infections nosocomiales.

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










## Annexe 2

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











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

**Pour la mise à jour de Juin 2011**

### LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES - Année 2009

 <b>Classe A ou B</b> Les meilleurs		 <b>classe C</b>		 <b>classe D ou E</b> les moins bons		 <b>classe F</b> les non répondants	
Mots clés	Intitulé	Résultat de l'établissement					
Reflet global de la lutte contre les infections nosocomiales	Score agrégé	78/100					
Organisation, Moyens, Actions, de lutte contre les infections nosocomiales	Indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN)	88.5/100					
Hygiène des mains	Indicateur de consommation de produits hydro Alcooliques (ICSHA)	50/100					
Surveillance des patients opérés	Surveillance des infections du site opératoire (SURVISO)	1/100					
Bon usage des antibiotiques	Indice Composite de bon usage des AnTiBiotiques (ICATB)	78/100					

### QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE – exemple pour le secteur MCO - Année 2010

 <b>Classe A</b> Les meilleurs		 <b>Classe B</b>		 <b>Classe C</b> les moins bons		 <b>Classe D</b> Les non répondants	
Mots clés	Intitulé	Résultat de l'établissement					
Partage de l'information au cours d'une hospitalisation	Tenue du dossier patient	78/100					
Communication avec le médecin traitant Lien entre l'hôpital et la ville	Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation	88.5/100					
Mesure de la douleur	Traçabilité de l'évaluation de la douleur	50/100					
Suivi du poids	Dépistage des troubles nutritionnels	20/100					
Anesthésie - partage de l'information	Tenue du dossier anesthésique	78/100					
Infarctus, médicaments, bon traitement donné	Prescriptions médicamenteuses dans l'infarctus du myocarde	60/100					

**Pour la mise à jour de novembre 2011**

**LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES - Année 2010**

Mots clés	Intitulé	Résultat de l'établissement	
Reflet global de la lutte contre les infections nosocomiales	Score agrégé	78/100	
Organisation, Moyens, Actions, de lutte contre les infections nosocomiales	Indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN)	88.5/100	
Hygiène des mains	Indicateur de consommation de produits hydro Alcooliques (ICSHA2)	50/100	
Surveillance des patients opérés	Surveillance des infections du site opératoire (SURVISO)	1/100	
Bon usage des antibiotiques	Indice Composite de bon usage des AnTiBiotiques (ICATB)	78/100	
Staphylocoque doré	Indice triennal de SARM (SARM)	Taux : 0.65/1000	

**QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE- exemple pour le secteur MCO- Année 2010 – Tableau inchangé par rapport à juin 2011**

Mots clés	Intitulé	Résultat de l'établissement	
Partage de l'information au cours d'une hospitalisation	Tenue du dossier patient	78/100	
Communication avec le médecin traitant Lien entre l'hôpital et la ville	Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation	88.5/100	
Mesure de la douleur	Traçabilité de l'évaluation de la douleur	50/100	
Suivi du poids	Dépistage des troubles nutritionnels	20/100	
Anesthésie - partage de l'information	Tenue du dossier anesthésique	78/100	
Infarctus, médicaments, bon traitement donné	Prescriptions médicamenteuses dans l'infarctus du myocarde	60/100	

Des tableaux plus détaillés « pour en savoir plus » seront disponibles sur le site Platines si nécessaire.

## Interprétation des colonnes

---

1. « **Mots clés** » décrits en quelques mots ce à quoi s'intéresse l'indicateur
2. « **Intitulé** » est le nom officiel de l'indicateur
3. « **Résultat de l'établissement** »

Pour que tous les indicateurs soient présentés de la même façon, chaque indicateur a été ramené à une note sur 100 [Exemple : pour ICATB le score sur 20 a été ramené sur 100 en multipliant le score par 5].

La classe de performance est symbolisée à côté de la note par une série d'étoiles allant de une à 3 étoiles bleues en fonction de la classe de performance.

Les établissements non répondant sont noté « NR » et n'ont aucune étoile bleue.

Si l'indicateur n'est pas adapté à l'établissement il est noté « NA » pour les infections nosocomiales.

Si l'indicateur issu du dossier patient n'est pas adapté aux thématiques de prise en charge de l'établissement, il est noté « non concerné »

**Pour information des tableaux plus complets sont accessibles en ligne et imprimables. Ils sont composés de :**

*Pour les indicateurs sur les infections nosocomiales :*

- L'intitulé de l'indicateur ;
- Le résultat de l'indicateur et sa note ramenée à 100 avec la classe de performance symbolisée par les étoiles ;
- La classe de performance en toute lettre de A à F ;
- L'évolution de l'indicateur par rapport à l'année précédente symbolisée par une flèche, montante, stable ou descendante ;
- Des explications pour comprendre la ligne.
- Les établissements ne surveillant pas les infections du site opératoire sont exclus du score agrégé (c'est-à-dire SURVISO = F : Etablissement de santé ayant une activité chirurgicale ou obstétricale sans surveillance des infections du site opératoire).

*Pour les indicateurs sur la qualité de la prise en charge*

- L'intitulé de l'indicateur ;
- Le résultat de l'indicateur est la valeur obtenue avec sa fourchette. (Le terme fourchette correspond à l'intervalle de valeurs où se trouve la vraie valeur de l'indicateur dans 95 % des cas. Cette fourchette correspond en terme statistique à l'intervalle de confiance (IC) à 95 % appliqué à un échantillon de dossiers) avec la classe de performance symbolisée par les étoiles ;
- La classe de performance en toute lettre de A à D ;
- L'évolution de l'indicateur par rapport à l'année précédente ;
- Le positionnement par rapport à la moyenne nationale ;
- Des explications pour comprendre la ligne.

### **Explications de la classe de performance**

*Pour les indicateurs sur les infections nosocomiales :*

Six classes ont été définies représentée par une lettre de A à F et des étoiles bleues (3 pour les classes A et B ; 2 pour la classe C et 1 pour les classes D et E ; la classe F n'a aucune étoile bleue).

Chacun des indicateurs donne lieu au calcul d'une classe de performance décroissante allant de A, correspondant aux structures les plus en avance pour l'indicateur, à E, correspondant à celle les plus en retard.



La classe F correspond à l'absence de transmission par l'établissement d'informations nécessaires à l'élaboration des indicateurs, malgré l'obligation qui leur en est faite ou pour SURVISO à l'absence de surveillance.

Si l'établissement n'est pas concerné par un indicateur, il est noté « NA ».

#### *Pour les indicateurs sur la qualité de la prise en charge*

Quatre classes de A à D ont été définies : Les classes A à C sont calculées par rapport à la valeur de performance de 80 %, et en tenant compte de l'intervalle de confiance.

La dernière classe (D) regroupe les établissements « non répondants ».

Les établissements en classe A (3 étoiles bleues) ont dépassé cette valeur attendue. Ceux en classe B (2 étoiles) l'ont atteinte. Ceux en classe C (1 étoile) ne l'ont pas encore atteinte. La classe D (aucune étoile bleue) correspond aux établissements qui n'ont pas rempli leur obligation d'évaluation de la qualité de leur prise en charge avec l'indicateur.

#### **Explication de l'évolution par rapport à l'année précédente :**

L'évolution indique si l'établissement a progressé par rapport à l'année précédente. Une évolution positive (flèche montante) est attendue pour les établissements qui n'ont pas encore atteint la classe A. Un établissement en classe A doit maintenir son niveau.

- Pour le score agrégé, ICALIN, ICSHA, ICATB et SURVISO : Le résultat est affiché sous forme d'une flèche
  - Flèche montante : amélioration de la classe de performance
  - Flèche stable : pas de changement de la classe de performance
  - Flèche descendante : diminution de la classe de performance
- Pour SURVISO :
  - Exclus : Enquêtes non réalisées l'année N - 1 et l'année N
- Pour SARM :
  - Flèche montante : la tendance évolutive montre une augmentation significative du taux annuel de SARM entre 2005 et 2010
  - Flèche stable : la tendance évolutive montre une stabilité du taux annuel de SARM entre 2005 et 2010
  - Flèche descendante : la tendance évolutive montre une baisse significative du taux annuel de SARM entre 2005 et 2010

#### *Pour les indicateurs sur la qualité de la prise en charge*

Le résultat est affiché sous forme d'une flèche

- Flèche montante : établissements dont la borne basse de l'intervalle de confiance (IC) à 95% de l'année est supérieure à la borne haute de l'IC à 95% de l'année précédente.
- Flèche stable : établissements dont l'IC à 95% de l'année N coupe l'IC à 95% de l'année N-1.
- Flèche descendante : établissements dont la borne haute de l'IC à 95% de l'année N est inférieure à la borne basse de l'IC à 95% de l'année N-1.
- Non concerné : établissement n'ayant pas fait le recueil l'année N -1 ou établissement dont le nombre minimum de dossiers applicables pour le calcul d'un indicateur est inférieur ou égal à 30 sur l'année N, N - 1 ou sur les 2 années. Pour l'établissement ayant un effectif < ou = à 30, l'intervalle de confiance ne peut pas être calculé et son résultat n'est pas intégré dans le groupe de référence.

#### **Explication du positionnement par rapport à la moyenne nationale**

*Cette colonne n'est applicable qu'aux indicateurs sur la qualité de la prise en charge*

Le positionnement est représenté par des feux tricolores











- Feu vert : Cela indique que l'établissement a un résultat supérieur à la moyenne nationale, c'est à dire que la borne basse de l'intervalle de confiance à 95% (fourchette basse) est

supérieure à la moyenne nationale. On dit que la position de l'établissement est significativement supérieure à la moyenne nationale

- Feu jaune : Cela indique que l'établissement a un résultat peu différent de la moyenne nationale c'est à dire que l'intervalle de confiance à 95% (fourchette) coupe la moyenne nationale. On dit que la position de l'établissement est non significativement différente de la moyenne nationale.
- Feu orange : Cela indique que l'établissement a un résultat inférieur à la moyenne nationale c'est à dire que la borne haute de l'intervalle de confiance à 95% (fourchette haute) est inférieure à la moyenne nationale. On dit que la position de l'établissement est significativement inférieure à la moyenne nationale.
- Feux « vides » : établissement devant faire le recueil et qui ne l'a pas fait (non-répondant, NR).

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

L'établissement doit reporter dans un tableau les résultats issus du site [www.icalin.sante.gouv.fr](http://www.icalin.sante.gouv.fr) avec les items comme indiqués ci-dessous.

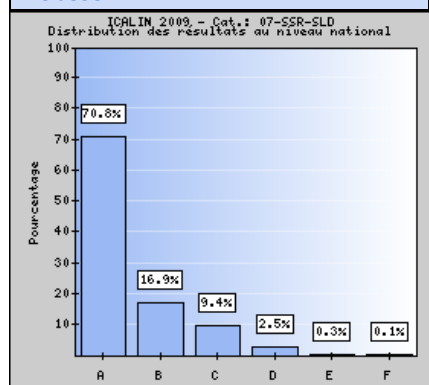
		 Classe A ou B Les meilleurs		 classe C		 classe D ou E les moins bons		 classe F les non répondants		
										
Mots clés	Intitulé	Résultat de l'établissement								
Reflet global de la lutte contre les infections nosocomiales	Score agrégé	78/100								
Organisation, Moyens, Actions, de lutte contre les infections nosocomiales	Indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN)	88.5/100								
Hygiène des mains	Indicateur de consommation de produits hydro Alcooliques (ICSHA)	50/100								
Surveillance des patients opérés	Surveillance des infections du site opératoire (SURVISO)	1/100								
Bon usage des antibiotiques	Indice Composite de bon usage des AnTiBiotiques (ICATB)	78/100								

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

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

## Indice Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales

	2007*	2008	2009
Score	85.50	96.00	90.00
Classe	A	A	A



### Pour en savoir plus

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

### Annexe 3

Fiches descriptives des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

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

## MODE D'ÉVALUATION DES CRITERES

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

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

Les éléments requis pour la construction de cet indicateur organisés en sous-critères sont relatifs Annuellement, 10% des établissements de santé au niveau national font l'objet d'une validation externe par l'ARS.

### 1. à l'Organisation :

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

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

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

### 3. aux Actions en lien avec :

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

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

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

### MODE D'EVALUATION DES CRITERES

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

Un cahier des charges définit pour chacun des critères constitutifs de l'indicateur les modalités de remplissage. Les hétérogénéités d'interprétation entre les établissements de santé sont ainsi réduites. Annuellement 10% des établissements de santé sont contrôlés par les services déconcentrés de l'Etat pour vérifier l'exactitude des données et accompagner si nécessaire l'établissement de santé en difficulté.

<b>Fiche descriptive de l'indicateur de consommation de solutions hydro- alcooliques (ICSHA2) -Résultats 2010</b>	
<b>Définition</b>	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).
<b>Le résultat : score chiffré</b>	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
<b>La Classe de performance</b>	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.
<b>Critères d'inclusion</b>	Etablissement de santé pour lesquels des recommandations relatives au nombre de frictions par patient et par jour, et les journées d'hospitalisation sont disponibles. Médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, urgences (par passage) Réanimation (frictions supplémentaires par rapport à la médecine - Chirurgie) : Soins de suite, réadaptation fonctionnelle, soins de longue durée Hôpital de jour de médecine, chirurgie, obstétrique, soins de suite HAD (par jour) Bloc chirurgical (1 par entrée en service de chirurgie, et par entrée en HDJ) Accouchement sans ou avec césarienne Séance de chimiothérapie, ou de transfusion sanguine ou d'hémodialyse
<b>Critères d'exclusion</b>	- Maison d'enfants à caractère sanitaire spécialisée (MECSS) ; - Etablissement de post-cure alcoolique exclusive ;
<b>Type d'indicateur</b>	- Indicateur de moyens - Ajustement sur les types d'activités
<b>Importance du thème</b>	La consommation de produits hydro-alcooliques reflète l'appropriation de la technique de désinfection des mains par un produit hydro-alcoolique qui remplace le lavage des mains à l'eau et au savon. L'utilisation large des PHA, technique à la fois rapide et efficace, améliore la mise en pratique de l'hygiène des mains et contribue à la diminution des infections nosocomiales et celles associées aux bactéries multi-résistantes. L'objectif personnalisé est défini en fonction du type d'activité de l'établissement de santé et du nombre de frictions recommandées pour chacune de ces activités par jours et par patient. Le nombre de friction va augmenter de façon progressive sur 4 ans pour certaines activités.
<b>MODE D'EVALUATION DES CRITERES</b>	
Cet indicateur est calculé à partir du bilan standardisé annuel de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements de santé et diffusé par voie réglementaire. Un cahier des charges définit pour chacun des critères constitutifs de l'indicateur les modalités de remplissage. Les hétérogénéités d'interprétation entre les établissements de santé sont ainsi réduites. Annuellement, 10% des établissements de santé au niveau national font l'objet d'une validation externe par l'ARS.	

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



## MODE D'EVALUATION DES CRITERES

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

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

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

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

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

## Fiche descriptive de l'indicateur Surveillance des infections du site opératoire (SURVISO) - Résultats 2009 et 2010

<b>Définition</b>	Cet indicateur présenté sous la forme d'une note sur 100 objective à la mise en place par l'établissement d'une surveillance épidémiologique des patients après leur intervention chirurgicale ou obstétricale (dite surveillance des infections du site opératoire)
<b>Le résultat : score chiffré</b>	Le critère est égal à oui si l'établissement de santé a mis en place une surveillance des infections du site opératoire. En fonction du nombre de disciplines bénéficiant de cette surveillance, le critère est pondéré lors de sa prise en compte dans le calcul du score agrégé. Il ne permet pas de mesurer la fréquence des infections du site opératoire.
<b>Classes de performance</b>	La classe de performance est égale à A lorsque l'établissement surveille 100% des disciplines de son établissement. 100% < B ≤ 75% 75 % < C ≤ 50 % 50% < D < 1 seule discipline La classe de performance est égale à E lorsque l'établissement ne surveille qu'une seule discipline. La classe de performance est égale à F lorsqu'aucune discipline n'est surveillée.
<b>Critères d'inclusion</b>	Etablissement de santé ayant une activité chirurgicale ou obstétricale
<b>Critères d'exclusion</b>	Etablissement de santé sans activité chirurgicale ou obstétricale
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de processus
<b>Importance du thème</b>	Si en France le risque d'infection du site opératoire (ISO) est peu fréquent (6 patients opérés sur 500 soit un taux de 1.16% selon les données du RAISIN - 2008), ces infections sont toutefois au 3ème rang des infections nosocomiales recensées lors de la dernière enquête nationale de prévalence de 2006. Leur surveillance est donc une priorité dans les établissements de santé ayant une activité chirurgicale ou obstétricale. L'indicateur SURVISO rend visible l'engagement de l'établissement dans une démarche d'évaluation et d'amélioration des pratiques et de maîtrise du risque infectieux en chirurgie pour les établissements de santé ayant une activité chirurgicale ou obstétricale.
<b>MODE D'EVALUATION DES CRITERES</b>	
Cet indicateur est calculé à partir du bilan standardisé annuel de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements de santé diffusé par voie réglementaire. Un cahier des charges définit pour chacun des critères constitutifs de l'indicateur les modalités de remplissage. Les hétérogénéités d'interprétation entre les établissements de santé sont ainsi réduites. Le critère est satisfait si une surveillance des infections du site opératoire est mise en place dans les établissements de santé ayant une activité chirurgicale ou obstétricale. Annuellement, 10% des établissements de santé au niveau national font l'objet d'une validation externe par l'ARS.	

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

<b>Fiche descriptive du taux triennal de <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méticilline (indice SARM) - Résultats 2010</b>	
<b>Définition</b>	<p>L'indicateur SARM est présenté sous la forme d'un taux défini par le nombre de patients hospitalisés chez lesquels au moins une souche de <i>Staphylococcus aureus</i> (staphylocoques dorés) résistant à la méticilline (SARM) a été isolée dans l'année, au sein d'un prélèvement à visée diagnostique, rapporté à 1000 journées d'hospitalisation.</p> <p>L'indice SARM pour 1 000 journées d'hospitalisation est calculé à partir des données des années 2008, 2009 et 2010:</p> $\frac{\text{Nombre de SARM déclarés en 2008, 2009 et 2010}}{\text{Nombre de journées d'hospitalisation en 2008, 2009 et 2010}}$
<b>Le résultat : score chiffré</b>	Cet indicateur est un indice triennal calculé à partir des données recueillies sur 3 ans car les variations annuelles au sein d'un même établissement peuvent être importantes d'une année à l'autre. L'indice triennal permet de « lisser » ces variations.
<b>Une classe de performance et tendance évolutive</b>	<p><b>Des catégories d'établissement de santé</b> les résultats sont rendus par catégorie d'établissements (CHU-CHR, Centre hospitaliers, ex Hôpital local, cliniques MCO, SSR-SLD, CLCC) en fonction de leurs missions, activités et taille sous la forme de classe de performance</p> <p><b>Des classes de performance</b> Les classes de performance reposent sur les classes de percentiles (10, 30, 70, 90) calculées à partir du taux triennal 2005-2006-2007 (correspondant à l'indice SARM 2007). Les bornes inférieures et supérieures de classes ne changent pas au fil des années afin de visualiser les évolutions de classe d'établissements de santé d'une année sur l'autre. La classe A correspond aux établissements qui ont le taux triennal de SARM le plus faible La classe E correspond aux établissements de santé ayant le taux triennal de SARM le plus haut Le taux triennal dépend:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Du nombre de SARM dits importés (patients infectés venant d'un autre hôpital ou de la communauté).</li> <li>• Du nombre de SARM dits acquis (reflet de la prévention de la diffusion des SARM d'un patient à l'autre et de la politique de maîtrise de la prescription des antibiotiques). D'après les différentes études menées par l'InVS, la proportion de SARM acquis est stable dans le temps.</li> </ul> <p>Le taux triennal de SARM reflète donc la pression de sélection globale de l'établissement. La tendance évolutive du taux annuel de SARM reflète de façon plus sélective la maîtrise des SARM acquis.</p>
<b>Critère d'inclusion</b>	Tous les établissements de santé sont concernés par la maîtrise des SARM qui identifient un nombre suffisant de SAMR en raison de leur nature et ou de leur volume d'activités.
<b>Critère d'exclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ceux ayant réalisé moins de 30 000 journées d'hospitalisation complète par an (soit 90 000 journées d'hospitalisation sur 3 ans)</li> <li>• les catégories d'établissements suivantes : hospitalisation à domicile, établissements exclusivement ambulatoires, maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé, psychiatrie et hémodialyse et les établissements postcure alcooliques.</li> </ul>
<b>Type d'indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicateur de résultats</li> <li>- Ajustement en fonction du type d'établissement</li> </ul>

**Importance du thème**

Ce premier indicateur de résultat du tableau de bord permet d'inciter tous les établissements à évaluer leur politique en matière de prévention de la diffusion des bactéries multi résistantes. L'association de classes de performance et l'évolution de tendance permet à chaque établissement de se positionner par rapport aux établissements de même catégorie tout en visualisant les variations au cours du temps de son propre taux.

**MODE D'ÉVALUATION DES CRITÈRES**

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

Un cahier des charges définit les consignes de remplissage.

Sont incluses les souches de SARM :

- Isolées de prélèvements à visée diagnostique, c'est-à-dire de tous les prélèvements sauf ceux à visée de dépistage.
- Chez les malades en hospitalisation complète ou de semaine, c'est-à-dire dans l'ensemble des services de soins : court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique), soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée, psychiatrie et ceci quel que soit le mode d'admission dans le service (direct, en urgence, par transfert) et le mode de sortie (à domicile, transfert externe ou décès).

Chaque patient avec au moins une souche de SARM isolée d'un prélèvement à visée diagnostique dans l'année dans l'établissement, ne doit être compté qu'une seule fois (dédoublonnage), même en cas de séjours multiples. Un doublon correspond ici à « toute souche de SARM isolée chez un patient pour lequel une souche de SARM a déjà été prise en compte dans l'année, quel que soit son antibiotype et quel que soit le site de prélèvement ».

Sont exclues les souches de SARM isolées de :

- Prélèvements à visée de dépistage tel que les prélèvements réalisés dans le but exclusif de rechercher le portage de SARM (ex : écouvillonnage nasal ou de la peau faisant l'objet de cultures à la recherche de SARM par culture sur milieux sélectifs contenant en général des antibiotiques).
- Prélèvements environnementaux (surfaces, ...).

Les journées d'hospitalisation prises en compte sont extraites de la SAE et correspondent aux activités MCO, SSR, et SLD.

Lors de la validation externe par les ARS, l'élément de preuve est la liste des SARM identifiés au cours de l'année pour le laboratoire de microbiologie.

<b>Fiche descriptive de l'indicateur : Tenue du dossier patient (TDP) dans le secteur MCO</b>	
<b>Définition</b>	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un score sur 100 et d'une classe de performance, évalue la qualité du dossier des patients hospitalisés.
<b>Le résultat : score chiffré</b>	Le calcul de l'indicateur est réalisé sur un échantillon aléatoire de 80 dossiers médicaux portant sur des séjours du premier semestre de l'année concernée. Pour chaque dossier, un score de qualité, compris entre 0 et 1, est calculé à partir de 10 critères au maximum. La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score est proche de 1. Un score global est calculé pour l'établissement. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x 100).
<b>Référentiel de comparaison</b>	<p>Les modalités de comparaison pour la diffusion publique se font par rapport aux deux références suivantes</p> <p><b>La moyenne nationale</b></p> <p><b>Le seuil de performance fixé à 80%</b> (qui ne change pas au cours des années afin de visualiser les changements de classe) : les classes de performances qui en découlent indiquent où se positionnent les établissements par rapport au niveau de qualité attendu fixé à 80%. Les établissements en classe A (3 étoiles) ont dépassé cette valeur attendue. Ceux en classe B (2 étoiles) l'ont atteinte. Ceux en classe C (1 étoile) ne l'ont pas encore atteinte. La classe D (aucune étoile) correspond aux établissements n'ont pas évalué la qualité de leur prise en charge avec l'indicateur. La classe de performance est calculée en tenant compte de l'intervalle de confiance.</p> <p>Dans les établissements de classe A, plus de 8 dossiers sur 10 sont complets.</p> <p>Dans les établissements de la classe B, 8 dossiers sur 10 sont complets.</p> <p>Dans les établissements de la classe C, moins de 8 dossiers sont complets.</p> <p>Les établissements de la classe D n'ont pas répondu à leur obligation de recueil.</p> <p>Par ailleurs sont aussi fournis aux établissements, 2 autres modalités de comparaison : par rapport à la moyenne régionale et par rapport à celle du secteur d'activité concerné.</p>
<b>Critère d'inclusion</b>	<p>Recueil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- obligatoire pour les établissements faisant 500 séjours ou plus hors séances sur l'année précédent celle du recueil</li> <li>- facultatif pour les établissements réalisant moins de 500 séjours hors séances sur l'année précédent celle du recueil</li> </ul>
<b>Critères d'exclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablissements de dialyse</li> <li>- Hôpitaux de jour</li> </ul>
<b>Type d'indicateur</b>	<p>Indicateur de processus</p> <p>Indicateur composite</p> <p>Ajustement sur le risque : non</p>
<b>Importance du thème</b>	<p>La bonne tenue du dossier du patient est un élément essentiel de la continuité, la sécurité et l'efficacité des soins. Elle est un reflet de la qualité de la pratique professionnelle et permet d'assurer la coordination des différents professionnels auprès du patient. Le contenu du dossier médical est défini réglementairement dans le code de santé publique (article R1112-1).</p> <p>Des travaux ont démontré des liens entre l'amélioration de la qualité du dossier patient et la qualité de la prise en charge. Il en est attendu un impact fort sur la qualité de la prise en charge des patients.</p> <p>La HAS a fait une priorité de l'amélioration de cet outil et les résultats de la certification montrent qu'il existe encore une marge d'amélioration.</p>

## MODE D'ÉVALUATION DES CRITÈRES

L'évaluation des dossiers est réalisée au moyen d'une grille d'analyse comprenant 10 critères. Si un critère n'est pas applicable, il est retiré à la fois du numérateur et du dénominateur. Chaque réponse valide est comptabilisée par 1 point. Le numérateur est égal à la somme des points, et le dénominateur est égal à la somme des critères applicables.

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

### ***Éléments communs à tous les dossiers***

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

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

#### **2. Examen médical d'entrée renseigné**

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

- les motifs d'hospitalisation,
- les antécédents et facteurs de risque,
- le traitement habituel,
- les conclusions de l'examen clinique initial.

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

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

- le nom et le prénom du patient,
- la date de prescription,
- la signature du prescripteur,
- le nom du prescripteur,
- la dénomination des médicaments,
- la posologie,
- la voie d'administration.

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

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

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

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

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

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

- le nom et le prénom du patient,
- la date de prescription,
- le nom du médecin,
- la dénomination des médicaments,
- la posologie,
- la voie d'administration,
- la durée du traitement.

#### **6. Dossier organisé et classé**

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

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

### ***Éléments dépendants de la prise en charge***

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

Le critère est satisfait si un (ou des) compte(s) rendu(s) opératoire(s) est (sont) retrouvé(s) pour chaque intervention entraînant un passage au bloc opératoire et/ou obstétrical, ainsi que les endoscopies et les actes invasifs.

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

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

### **9. Dossier anesthésique renseigné (*si applicable*)**

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

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

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

### **10. Dossier transfusionnel renseigné (*si applicable*)**

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

- la fiche transfusionnelle,
- les documents de groupage sanguin,
- la fiche de distribution nominative (attribution / distribution),
- la prescription du produit sanguin labile signée par le médecin,
- Doivent également figurer dans le dossier transfusionnel :
  - o les résultats de la Recherche d'Agglutinines Irrégulières (RAI), en cas de transfusion de globules rouges,
  - o la Fiche d'Effet Indésirable (FEI), en cas d'effet indésirable.

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



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

<b>Définition</b>	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un score sur 100 et d'une classe de performance, évalue la qualité du dossier des patients hospitalisés.
<b>Le résultat : score chiffré</b>	Le calcul de l'indicateur est réalisé sur un échantillon aléatoire de 80 dossiers médicaux portant sur des séjours du premier semestre de l'année concernée. Pour chaque dossier, un score de qualité, compris entre 0 et 1, est calculé à partir de 13 critères au maximum. La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score est proche de 1. Un score global est calculé pour l'établissement. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x 100).
<b>Référentiel de comparaison</b>	<p>Les modalités de comparaison pour la diffusion publique se font par rapport aux deux références suivantes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>La moyenne nationale</b></li> <li>- <b>Le seuil de performance fixé à 80%</b> (qui ne change pas au cours des années afin de visualiser les changements de classe) : les classes de performances qui en découlent indiquent où se positionnent les établissements par rapport au niveau de qualité attendu fixé à 80%. Les établissements en classe A (3 étoiles) ont dépassé cette valeur attendue. Ceux en classe B (2 étoiles) l'ont atteinte. Ceux en classe C (1 étoile) ne l'ont pas encore atteinte. La classe D (aucune étoile) correspond aux établissements n'ont pas évalué la qualité de leur prise en charge avec l'indicateur. La classe de performance est calculée en tenant compte de l'intervalle de confiance.</li> </ul> <p>Dans les établissements de classe A, plus de 8 dossiers sur 10 sont complets.          Dans les établissements de la classe B, 8 dossiers sur 10 sont complets.          Dans les établissements de la classe C, moins de 8 dossiers sont complets          Les établissements de la classe D n'ont pas répondu à leur obligation de recueil.</p> <p>Par ailleurs sont aussi fournis aux établissements, 2 autres modalités de comparaison : par rapport à la moyenne régionale et par rapport à celle du secteur d'activité concerné.</p>
<b>Critère d'inclusion</b>	<p>Recueil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- obligatoire pour les établissements faisant 80 séjours d'au moins 8 jours sur le 1er semestre de l'année précédent celle du recueil</li> <li>- facultatif pour les établissements réalisant moins de 80 séjours d'au moins 8 jours sur le 1er semestre de l'année précédent celle du recueil</li> </ul>
<b>Critères d'exclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maisons d'enfants à caractère sanitaire et sociale</li> <li>- Pouponnières</li> <li>- Hôpitaux de jour</li> </ul>
<b>Type d'indicateur</b>	<p>Indicateur de processus.          Indicateur composite.          Ajustement sur le risque : non.</p>
<b>Importance du thème</b>	<p>La bonne tenue du dossier du patient est un élément essentiel de la continuité, la sécurité et l'efficacité des soins. Elle est un reflet de la qualité de la pratique professionnelle et permet d'assurer la coordination des différents professionnels auprès du patient. Le contenu du dossier médical est défini réglementairement dans le code de santé publique (article R1112-1).</p> <p>Des travaux ont démontré des liens entre l'amélioration de la qualité du dossier patient et la qualité de la prise en charge. Il en est attendu un impact fort sur la qualité de la prise en charge des patients.</p> <p>La HAS a fait une priorité de l'amélioration de cet outil et les résultats de la certification montrent qu'il existe encore une marge d'amélioration.</p>

## MODE D'ÉVALUATION DES CRITÈRES

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

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

### **Éléments communs à tous les dossiers**

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

Le critère est satisfait si les coordonnées du médecin désigné par le patient sont retrouvées dans le dossier du patient (au minimum nom et n° de 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 5 éléments suivants :

- Antécédents
- Anamnèse
- Traitement habituel
- Examen clinique initial
- Conclusions de l'examen clinique initial

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

Le critère est satisfait si chaque prescription médicamenteuse établie pendant l'hospitalisation comporte les 7 éléments suivants :

- Nom et prénom du patient
- Date de prescription
- Signature du prescripteur
- Nom du prescripteur
- Dénomination des médicaments
- Posologie
- Voie d'administration

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

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

Le critère est satisfait si le traitement de sortie comporte les 7 éléments suivants :

- Nom et prénom du patient
- Date de prescription
- Nom du médecin
- Dénomination des médicaments
- Posologie
- Voie d'administration
- Durée du traitement

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

Le critère est satisfait si le courrier de fin d'hospitalisation ou le compte rendu d'hospitalisation (ou une trace écrite justifiant médicalement la mutation) retrace les 4 éléments suivants :

- Identité du médecin destinataire (nom et adresse) ou du service en cas de mutation ou de transfert
- Référence aux dates du séjour (date d'entrée et date de sortie)
- Synthèse du séjour (contenu médical sur la prise en charge du patient)
- Trace écrite d'un traitement de sortie

#### **7. Dossier organisé et classé**

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

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

***Éléments dépendants de la prise en charge***

**8. Evaluation de l'autonomie renseignée**

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

**9. Evaluation sociale renseignée**

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

**10. Evaluation psychologique renseignée**

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

**11. Projet thérapeutique renseigné**

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

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

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

**13. Au moins une réunion pluri-professionnelle tracée**

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

<b>Fiche descriptive de l'indicateur :</b> <b>Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC)</b>	
<b>Définition</b>	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation.
<b>Le résultat : score chiffré</b>	Le calcul de l'indicateur est réalisé sur un échantillon aléatoire de 80 dossiers médicaux portant sur des séjours du premier semestre de l'année concernée. Il correspond au nombre de séjours pour lesquels le courrier de fin d'hospitalisation est envoyé dans un délai inférieur ou égal à huit jours <b>ET</b> dont le contenu comprend les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins.
<b>Référentiel de comparaison</b>	Les modalités de comparaison pour la diffusion publique se font par rapport aux deux références suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>La moyenne nationale ;</b></li> <li>• <b>Le seuil de performance fixé à 80%</b> (qui ne change pas au cours des années afin de visualiser les changements de classe) : les classes de performances qui en découlent indiquent où se positionnent les établissements par rapport au niveau de qualité attendu fixé à 80%. Les établissements en classe A (3 étoiles) ont dépassé cette valeur attendue. Ceux en classe B (2 étoiles) l'ont atteinte. Ceux en classe C (1 étoile) ne l'ont pas encore atteinte. La classe D (aucune étoile) correspond aux établissements n'ont pas évalué la qualité de leur prise en charge avec l'indicateur. La classe de performance est calculée en tenant compte de l'intervalle de confiance.</li> </ul> <p>Dans les établissements de classe A, plus de 8 courriers sur 10 sont complets et envoyés dans les temps.  Dans les établissements de la classe B, 8 courriers sur 10 sont complets et envoyés dans les temps.  Dans les établissements de la classe C, moins de 8 courriers sur 10 sont complets et envoyés dans les temps.  Les établissements de la classe D n'ont pas répondu à leur obligation de recueil.</p> <p>Par ailleurs sont aussi fournis aux établissements, 2 autres modalités de comparaison : par rapport à la moyenne régionale et par rapport à celle du secteur d'activité concerné.</p>
<b>Critère d'inclusion</b>	En secteur MCO, recueil <ul style="list-style-type: none"> <li>- obligatoire pour les établissements faisant 500 séjours ou plus hors séances sur l'année précédent celle du recueil</li> <li>- facultatif pour les établissements réalisant moins de 500 séjours hors séances sur l'année précédent celle du recueil</li> </ul> En secteur SSR, recueil <ul style="list-style-type: none"> <li>- obligatoire pour les établissements faisant 80 séjours d'au moins 8 jours sur le 1er semestre de l'année précédent celle du recueil</li> <li>- facultatif pour les établissements réalisant moins de 80 séjours d'au moins 8 jours sur le 1er semestre de l'année précédent celle du recueil</li> </ul>
<b>Critères d'exclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablissements de dialyse</li> <li>- Maisons d'enfants à caractère sanitaire et sociale</li> <li>- Pouponnières</li> <li>- Hôpitaux de jour</li> </ul>
<b>Type d'indicateur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicateur de processus</li> <li>- pas d'ajustement sur le risque</li> </ul>
<b>Importance du thème</b>	Le courrier de fin d'hospitalisation, document signé par un médecin de l'établissement et adressé au médecin de ville ou à la structure de transfert, ou encore remis au patient le jour de sa sortie, est un élément clé de la continuité des soins. En cas de mutation, les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins doivent être retrouvés dans le dossier.

L'envoi du courrier de fin d'hospitalisation doit être effectué réglementairement dans un délai de 8 jours (Article R 1112-1 du CSP).
---

## MODE D'EVALUATION DES CRITERES

L'évaluation des dossiers est réalisée au moyen d'une grille d'analyse spécifique. Les dossiers de patients décédés ou mutés sont exclus.

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

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

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

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

Remarques :

- a) Si le courrier de fin d'hospitalisation n'est pas retrouvé ou si la date de sortie n'est pas notée sur le courrier de fin d'hospitalisation, le critère est considéré comme non conforme ;
- b) Les délais négatifs sont ramenés à 0.

<b>Fiche descriptive de l'indicateur : Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD)</b>	
<b>Définition</b>	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la traçabilité de l'évaluation de la douleur dans le dossier patient.
<b>Le résultat : score chiffré</b>	<p>Le calcul de l'indicateur est réalisé sur un échantillon aléatoire de 80 dossiers médicaux portant sur des séjours du premier semestre de l'année concernée.</p> <p>Il correspond au nombre de séjours pour lesquels il existe :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- au moins <u>un résultat</u> de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du <u>patient non algique</u> ;</li> </ul> <p><b>ou /</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- au moins <u>deux résultats</u> de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du <u>patient algique</u>.</li> </ul>
<b>Référentiel de comparaison</b>	<p>Les modalités de comparaison pour la diffusion publique se font par rapport aux deux références suivantes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>La moyenne nationale</b></li> <li>- <b>Le seuil de performance fixé à 80%</b> (qui ne change pas au cours des années afin de visualiser les changements de classe) : les classes de performances qui en découlent indiquent où se positionnent les établissements par rapport au niveau de qualité attendu fixé à 80%. Les établissements en classe A (3 étoiles) ont dépassé cette valeur attendue. Ceux en classe B (2 étoiles) l'ont atteinte. Ceux en classe C (1 étoile) ne l'ont pas encore atteinte. La classe D (aucune étoile) correspond aux établissements n'ont pas évalué la qualité de leur prise en charge avec l'indicateur. La classe de performance est calculée en tenant compte de l'intervalle de confiance.</li> </ul> <p>Dans les établissements de classe A, plus de 8 dossiers sur 10 contiennent une évaluation de la douleur.</p> <p>Dans les établissements de la classe B, 8 dossiers sur 10 sont contiennent une évaluation de la douleur.</p> <p>Dans les établissements de la classe C, moins de 8 dossiers sont contiennent une évaluation de la douleur.</p> <p>Les établissements de la classe D n'ont pas répondu à leur obligation de recueil.</p> <p>Par ailleurs sont aussi fournis aux établissements, 2 autres modalités de comparaison : par rapport à la moyenne régionale et par rapport à celle du secteur d'activité concerné.</p>
<b>Critère d'inclusion</b>	<p>En secteur MCO, recueil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- obligatoire pour les établissements faisant 500 séjours ou plus hors séances sur l'année précédent celle du recueil</li> <li>- facultatif pour les établissements réalisant moins de 500 séjours hors séances sur l'année précédent celle du recueil</li> </ul> <p>En secteur SSR, recueil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- obligatoire pour les établissements faisant 80 séjours d'au moins 8 jours sur le 1er semestre de l'année précédent celle du recueil</li> <li>- facultatif pour les établissements réalisant moins de 80 séjours d'au moins 8 jours sur le 1er semestre de l'année précédent celle du recueil</li> </ul>
<b>Critères d'exclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablissements de dialyse</li> <li>- Maisons d'enfants à caractère sanitaire et sociale</li> <li>- Pouponnières</li> <li>- Hôpitaux de jour</li> </ul>
<b>Type d'indicateur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicateur de processus</li> <li>- Pas d'ajustement sur le risque</li> </ul>

<p><b>Importance du thème</b></p>	<p>La prise en charge de la douleur est une priorité de santé publique. La douleur doit être systématiquement évaluée et « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur » (article L.1110-5 du CSP). Il est reconnu et admis de tous qu'afin de mieux dépister, quantifier et suivre l'évolution de la douleur ressentie, il est nécessaire d'utiliser des méthodes fiables et reproductibles. Les évaluations de la douleur doivent donc être effectuées à l'aide d'échelles validées.</p> <p>L'évaluation de la douleur par les professionnels de santé à l'aide des outils validés n'est toutefois pas suffisante. D'autres indicateurs doivent être développés pour rendre compte de la prise en charge effective de la douleur qui reste selon les experts encore insuffisante.</p>
<p><b>MODE D'ÉVALUATION DES CRITERES</b></p>	
<p>L'évaluation des dossiers est réalisée au moyen d'une grille d'analyse spécifique.</p> <p>Le critère d'évaluation de la douleur est satisfait si le dossier mentionne :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- soit une mesure diagnostique réalisée avec une échelle montrant que le patient est non algique ;</li> <li>- soit une mesure de suivi réalisée avec une échelle pour un patient évalué comme étant algique lors de la mesure diagnostique.</li> </ul> <p>L'évaluation de la douleur doit être recherchée dans tous les éléments du dossier pour le séjour analysé. La mention d'une évaluation de la douleur dans le dossier anesthésique n'est pas suffisante. Chaque mesure de la douleur doit être réalisée avec une échelle.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- On entend par « mesure diagnostique », la première mesure réalisée avec une échelle diagnostiquant la présence ou l'absence de douleur.</li> <li>- On entend par « mesure de suivi », la (ou les) mesure(s) réalisée(s) avec une échelle ayant succédé à la mesure diagnostique de la douleur.</li> </ul> <p>Enfin, ces éléments doivent être tracés dans le dossier médical du patient.</p>	

<b>Fiche descriptive de l'indicateur : Dépistage des troubles nutritionnels (DTN)</b>	
<b>Définition</b>	<p>En secteur MCO Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la réalisation avec notification dans le dossier, du dépistage des troubles nutritionnels au cours des 48 premières heures du séjour, chez les patients adultes. Il représente le pourcentage de dossiers de patients adultes pour lesquels une mesure du poids lors des 48 premières heures a été réalisée.</p> <p>En secteur SSR Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la réalisation avec notification dans le dossier, du dépistage des troubles nutritionnels au cours des 7 jours premiers jours du séjour, chez les patients adultes. Il représente le pourcentage de dossiers de patients adultes pour lesquels un suivi du poids est effectué avec une mesure lors de la première semaine du séjour et un suivi dans les 15 jours suivants.</p>
<b>Le résultat : score chiffré</b>	<p>Le calcul de l'indicateur est réalisé sur un échantillon aléatoire de 80 dossiers médicaux portant sur des séjours du premier semestre de l'année concernée.</p> <p>En secteur MCO Il correspond au nombre de séjours de patients adultes pour lesquels une notification du poids est retrouvée dans les 48 premières heures du séjour.</p> <p>En secteur SSR Il correspond au nombre de séjours de patients adultes pour lesquels une notification du poids est retrouvée dans le dossier à l'admission ET une mesure de suivi du poids est notée dans le dossier dans les 15 jours suivant la première mesure.</p>
<b>Référentiel de comparaison</b>	<p>Les modalités de comparaison pour la diffusion publique se font par rapport aux deux références suivantes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>La moyenne nationale</b></li> <li>- <b>Le seuil de performance fixé à 80%</b> (qui ne change pas au cours des années afin de visualiser les changements de classe) : les classes de performances qui en découlent indiquent où se positionnent les établissements par rapport au niveau de qualité attendu fixé à 80%. Les établissements en classe A (3 étoiles) ont dépassé cette valeur attendue. Ceux en classe B (2 étoiles) l'ont atteinte. Ceux en classe C (1 étoile) ne l'ont pas encore atteinte. La classe D (aucune étoile) correspond aux établissements n'ont pas évalué la qualité de leur prise en charge avec l'indicateur. La classe de performance est calculée en tenant compte de l'intervalle de confiance.</li> </ul> <p>Dans les établissements de classe A, plus de 8 dossiers sur 10 ont l'ensemble des éléments sur le poids.  Dans les établissements de la classe B, 8 dossiers sur 10 ont l'ensemble des éléments sur le poids.  Dans les établissements C, moins de 8 dossiers ont l'ensemble des éléments sur le poids  Dans les établissements D n'ont pas répondu à leur obligation de recueil.</p> <p>Par ailleurs sont aussi fournis aux établissements, 2 autres modalités de comparaison : par rapport à la moyenne régionale et par rapport à celle du secteur d'activité concerné.</p>
<b>Critère d'inclusion</b>	<p>En secteur MCO, recueil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- obligatoire pour les établissements faisant 500 séjours ou plus hors séances sur l'année précédent celle du recueil</li> <li>- facultatif pour les établissements réalisant moins de 500 séjours hors séances sur l'année précédent celle du recueil</li> </ul> <p>En secteur SSR, recueil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- obligatoire pour les établissements faisant 80 séjours d'au moins 8 jours sur le 1er semestre de l'année précédent celle du recueil</li> </ul>



	- facultatif pour les établissements réalisant moins de 80 séjours d'au moins 8 jours sur le 1er semestre de l'année précédent celle du recueil
<b>Critères d'exclusion</b>	- Etablissements de dialyse - Maisons d'enfants à caractère sanitaire et sociale - Pouponnières - Hôpitaux de jour
<b>Type d'indicateur</b>	- Indicateur de processus - Pas d'ajustement sur le risque
<b>Importance du thème</b>	En France, le dépistage des troubles nutritionnels s'inscrit dans les priorités de santé publique. Il fait partie du Programme National Nutrition Santé (PNNS) et une expertise conduite par le ministère de la santé préconise le calcul de la perte de poids avant l'admission et un calcul de l'indice de masse corporelle. La HAS, dans le cadre systématique de la certification des établissements de santé requiert l'évaluation de l'état nutritionnel du patient.

## **MODE D'ÉVALUATION DES CRITERES**

Pour le secteur MCO :

L'évaluation des dossiers est réalisée au moyen d'une grille d'analyse spécifique. Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans, de patients pris en charge au cours des 2 premiers jours du séjour en réanimation, soins intensifs, surveillance continue, maternité, zone de surveillance de très courte durée, ou en soins palliatifs sont exclus

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

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

Pour le secteur SSR :

L'évaluation des dossiers est réalisée au moyen d'une grille d'analyse spécifique. Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans, de patients pris en charge au cours des 24 premiers jours du séjour en soins palliatifs sont exclus.

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

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

<b>Fiche descriptive de l'indicateur : Tenue du dossier anesthésique (DAN)</b>	
<b>Définition</b>	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un score sur 100, évalue la qualité du dossier anesthésique.
<b>Le résultat : score chiffré</b>	Le calcul de l'indicateur est réalisé sur un échantillon aléatoire de 80 dossiers médicaux portant sur des séjours du premier semestre de l'année concernée. Pour chaque dossier tiré au sort, un score de qualité compris entre 0 et 1, est calculé à partir de 13 critères au maximum. La qualité de la tenue du dossier anesthésique est d'autant plus grande que le score est proche de 1. Un score global est calculé pour l'établissement. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x 100).
<b>Référentiel de comparaison</b>	<p>Les modalités de comparaison pour la diffusion publique se font par rapport aux deux références suivantes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>La moyenne nationale</b></li> <li>- <b>Le seuil de performance fixé à 80%</b> (qui ne change pas au cours des années afin de visualiser les changements de classe) : les classes de performances qui en découlent indiquent où se positionnent les établissements par rapport au niveau de qualité attendu fixé à 80%. Les établissements en classe A (3 étoiles) ont dépassé cette valeur attendue. Ceux en classe B (2 étoiles) l'ont atteinte. Ceux en classe C (1 étoile) ne l'ont pas encore atteinte. La classe D (aucune étoile) correspond aux établissements n'ont pas évalué la qualité de leur prise en charge avec l'indicateur. La classe de performance est calculée en tenant compte de l'intervalle de confiance.</li> </ul> <p>Dans les établissements de classe A, plus de 8 dossiers sur 10 ont un dossier d'anesthésie complet.            Dans les établissements de la classe B, 8 dossiers sur 10 ont un dossier d'anesthésie complet.            Dans les établissements de la classe C, moins de 8 dossiers ont un dossier d'anesthésie complet.            Les établissements D n'ont pas répondu à leur obligation de recueil.</p> <p>Par ailleurs sont aussi fournis aux établissements, 2 autres modalités de comparaison : par rapport à la moyenne régionale et par rapport à celle du secteur d'activité concerné.</p>
<b>Critère d'inclusion</b>	<p>Recueil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- obligatoire pour les établissements faisant 500 séjours ou plus hors séances sur l'année précédent celle du recueil</li> <li>- facultatif pour les établissements réalisant moins de 500 séjours hors séances sur l'année précédent celle du recueil</li> </ul>
<b>Critères d'exclusion</b>	- Etablissements n'ayant pas d'activités liées à l'anesthésie
<b>Type d'indicateur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicateur de processus.</li> <li>- Indicateur composite.</li> <li>- Pas d'ajustement sur le risque.</li> </ul>

<b>Importance du thème</b>	<p>Un référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles sur la tenue du dossier d'anesthésie a été élaboré par la HAS avec la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation et le Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs.</p> <p>Le dossier d'anesthésie constitue un élément essentiel de la continuité des soins en période péri-anesthésique et péri-interventionnelle. Il contient l'ensemble des informations concernant les phases pré, per et post-anesthésiques. Il contribue au partage de l'information entre les différents médecins intervenant à chaque étape de la prise en charge anesthésique. Ce support d'information constitue ainsi un élément nécessaire à la coordination des soins et participe de la sorte à la maîtrise du risque anesthésique. Cet indicateur porte sur la traçabilité de l'information concernant la totalité du processus anesthésique.</p>
----------------------------	---

## MODE D'ÉVALUATION DES CRITÈRES

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

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

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

### **Phases pré, per et post-anesthésique**

#### **1. Identification du patient sur toutes les pièces du dossier**

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

### **Phase pré-anesthésique**

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

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

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

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

- une date,
- un contenu spécifique noté.

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

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

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

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

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

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

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

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

Le critère est satisfait :

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

**OU**

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

### **Phase per-anesthésique**

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

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

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

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

### ***Phase post-interventionnelle***

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

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

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

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

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

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

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

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

### ***Phase péri-anesthésique***

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

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

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

<b>Définition</b>	<p>L'indicateur, présenté sous la forme d'un score sur 100, évalue la prescription de l'ensemble de ces traitements à la sortie de l'établissement de santé. La non-prescription doit être justifiée.</p> <p>En France, la prise en charge des maladies cardiaques s'est considérablement améliorée au cours des 10 dernières années, comme en attestent les récentes données communiquées dans le cadre du programme pilote « infarctus du myocarde » de la HAS. Le taux d'infarctus du myocarde est en France parmi l'un des plus bas en Europe.</p> <p>Un patient ayant fait un infarctus du myocarde doit avec un suivi régulier pour prévenir les complications. Ce suivi consiste notamment à bien suivre le traitement médicamenteux BASI (B pour bêtabloquant, A pour antiagrégant plaquettaire, S pour statine et I pour inhibiteur de l'enzyme de conversion). Ce traitement est prescrit dès la sortie de l'hôpital.</p>
<b>Le résultat : score chiffré</b>	<p>Le calcul de l'indicateur est réalisé sur un échantillon aléatoire de 60 dossiers médicaux portant sur des séjours des 9 premiers mois de l'année concernée.</p> <p>Pour chaque dossier, il est recherché la prescription de ces 4 traitements (ou la justification de la non-prescription) (cotation à 1). En cas de non prescription sans justification médicale d'au moins 1 de ces traitements, le dossier est coté à 0. Un score global est calculé pour l'établissement.</p>
<b>Référentiel de comparaison</b>	<p>Les modalités de comparaison pour la diffusion publique se font par rapport aux deux références suivantes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>La moyenne nationale</b></li> <li>- <b>Le seuil de performance fixé à 80%</b> (qui ne change pas au cours des années afin de visualiser les changements de classe) : les classes de performances qui en découlent indiquent où se positionnent les établissements par rapport au niveau de qualité attendu fixé à 80%. Les établissements en classe A (3 étoiles) ont dépassé cette valeur attendue. Ceux en classe B (2 étoiles) l'ont atteinte. Ceux en classe C (1 étoile) ne l'ont pas encore atteinte. La classe D (aucune étoile) correspond aux établissements n'ont pas évalué la qualité de leur prise en charge avec l'indicateur. La classe de performance est calculée en tenant compte de l'intervalle de confiance.</li> </ul> <p>Dans les établissements de classe A, plus de 8 dossiers sur 10 ont un traitement médicamenteux adapté.</p> <p>Dans les établissements de la classe B, 8 dossiers sur 10 ont un traitement médicamenteux complet.</p> <p>Dans les établissements de la classe C, moins de 8 dossiers ont un traitement médicamenteux complet.</p> <p>Les établissements D n'ont pas répondu à leur obligation de recueil.</p> <p>Par ailleurs sont aussi fournis aux établissements, 2 autres modalités de comparaison : par rapport à la moyenne régionale et par rapport à celle du secteur d'activité concerné.</p>
<b>Critère d'inclusion</b>	<p>Recueil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- obligatoire pour les établissements faisant 500 séjours ou plus hors séances sur l'année précédent celle du recueil</li> <li>- facultatif pour les établissements réalisant moins de 500 séjours hors séances sur l'année précédent celle du recueil</li> </ul>
<b>Critères d'exclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablissements de dialyse</li> <li>- Hôpitaux de jour</li> </ul>
<b>Type d'indicateur</b>	<p>Indicateur de processus.</p> <p>Ajustement sur le risque : non.</p>

### MODE D'EVALUATION DE L'INDICATEUR

Pour chaque dossier, il est recherché la prescription de ces 4 traitements ou la justification de la non-prescription (cotation à 1). En cas de non prescription et d'absence de justification, le dossier est coté à 0. Un score global est calculé pour l'établissement

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

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

- prescription d'aspirine et de clopidogrel ou de prasugrel à l'issue du séjour (ordonnance de sortie) en l'absence de contre-indication à l'aspirine et au clopidogrel ou au prasugrel ;

OU

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

OU

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

OU

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

*ET pour le traitement par bêtabloquants, une des 3 situations*

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

OU

- Présence d'au moins une contre-indication relative aux bêtabloquants ET dont le dossier contient la trace d'une discussion bénéfice/risque justifiant la prescription ou non de bêtabloquants ;

OU

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

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

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

OU

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

*ET pour le traitement par statines, une des 2 situations*

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

OU

- l'absence de prescription pour les patients déjà sous un autre hypolipémiant avant l'IDM ; ou présentant un taux de LDL-cholestérol inférieur à 1g/l ou une contre-indication aux statines.