



Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

Direction générale de l'offre de soins

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

Bureau qualité et sécurité des soins (PF2)
mél. : dgos.pf2@sante.gouv.fr

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

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

Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissement de santé (pour attribution)

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

INSTRUCTION N° DGOS/PF2/2015/139 du 27 avril 2015 relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public par l'établissement de santé, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

NOR : AFSH1510362J

Classement thématique : établissement de santé - organisation

Validée par le CNP le 24 avril 2015 - Visa CNP 2015 - 70

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

Résumé : Sur la base des articles L. 6144-1 et L. 6161-2 du code de la santé publique, l'arrêté du 20 février 2015 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 20 février 2015 ainsi que les objectifs nationaux à atteindre.

Mots-clés : Indicateurs de qualité et de sécurité des soins ; Objectifs nationaux ; Etablissement de santé ; Mise à la disposition du public

Textes de référence :

- Articles L. 6144-1, L. 6161-2 et D. 6111-23 du code de la santé publique ;
- Arrêté du 20 février 2015 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 ;
- Arrêté du 20 février 2015 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé ;
- Instruction N° DGOS/PF2/2015/67 du 11 mars 2015 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2014.

Textes abrogés :

- Instruction N° DGOS/PF2/2014/74 du 7 mars 2014 portant sur la généralisation de l'indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés (I-SATIS) au sein des établissements de santé exerçant une activité médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO)
- Instruction N° DGOS/PF2/2014/152 du 16 mai 2014 relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public par l'établissement de santé, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

Annexe : Fiches descriptives des indicateurs de qualité et de sécurité des soins mis à disposition du public

Diffusion : les établissements de santé doivent être destinataires de cette instruction par l'intermédiaire des ARS, selon le dispositif existant sur le plan régional.

La présente instruction a pour objet de préciser les modalités d'application de l'arrêté du 20 février 2015 fixant les conditions selon lesquelles chaque établissement de santé met à la disposition du public les résultats publiés en 2014 et 2015 des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

I. Diffusion des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

La liste des indicateurs de qualité et de sécurité des soins est fixée dans l'arrêté du 20 février 2015 ; leurs fiches descriptives sont en annexe de la présente instruction.

La publication porte, en fonction de l'activité de l'établissement de santé, sur les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins : 5 indicateurs du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales (pilotés par la DGOS) et 23 indicateurs de spécialités et transversaux (pilotés par la HAS). Pour la première fois, seront mis à la disposition du public en 2015 les résultats d'un indicateur issu du dispositif national de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés en MCO (I-SATIS) et de sept indicateurs du thème « Qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques ».

Les résultats de ces indicateurs nationaux font l'objet d'une diffusion sur le site Internet du Ministère chargé de la santé (<http://www.sante.gouv.fr/>) et celui de la Haute Autorité de santé (<http://www.has-sante.fr/>), pour l'ensemble des établissements de santé.

Les résultats pour chaque établissement concerné sont également publiés sur le site Scope Santé (www.scopesante.fr), piloté par la HAS. Il s'agit du site d'information des usagers sur la qualité et la sécurité des prises en charge dans les établissements de santé ; les résultats des indicateurs y sont actualisés au mois de novembre.

Une communication régionale des résultats, sous l'égide de l'agence régionale de santé, peut être faite en complément de la communication nationale.

II. Modalités de mise à la disposition du public des résultats par l'établissement de santé

La mise à disposition du public des résultats des indicateurs de l'établissement est obligatoire.

Dans un délai de deux mois à compter de la date de publication nationale des résultats des indicateurs sur Scope Santé, chaque établissement de santé met à la disposition du public ses résultats, accompagnés de données de comparaison. Ces résultats doivent être conformes à ceux publiés sur le site Scope Santé.

Un export des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins de l'établissement peut être édité à partir du site Scope Santé et servir de support de diffusion publique. L'établissement peut choisir un autre type de support de diffusion. Pour ce faire, les résultats à diffusion obligatoire contenus dans la fiche de publication disponible sur Scope Santé doivent être repris dans leur intégralité. Ils doivent être distingués d'autres types d'information. Ils peuvent être accompagnés de la présentation des actions significatives conduites au sein de l'établissement de santé dans le champ de la qualité et de la sécurité des soins. L'information sur ces résultats doit être claire et compréhensible pour les usagers et leurs représentants.

Dès l'entrée dans l'établissement de santé, les usagers doivent pouvoir en prendre connaissance. L'établissement utilise *a minima* les supports de communication suivants :

- l'affichage dans les principaux lieux de passage : hall d'accueil, le bureau des entrées et les urgences,...
- un dossier remis à l'admission du patient ou un feuillet inséré dans le livret d'accueil qui sera mis à jour en tant que de besoin ;
- la mise en ligne sur son site Internet, s'il dispose d'un tel site.

III. Contrôle qualité des résultats

Tous les indicateurs soumis à diffusion publique font l'objet d'un contrôle qualité de leur recueil avant la diffusion publique de leurs résultats. L'objectif de ce dispositif, inscrit aux orientations nationales de contrôle par l'IGAS, est de fiabiliser les résultats de ces indicateurs rendus opposables aux établissements de santé. Ce contrôle qualité des données des indicateurs est réalisé chaque année par les agences régionales de santé.

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

Pour la ministre et par délégation

signé

Jean DEBEAUPUIS
directeur général de l'offre de soins

Pour la ministre et par délégation

signé

Pierre RICORDEAU
Secrétaire Général
des ministères chargés des affaires sociales

Annexe

Fiches descriptives des indicateurs de qualité et de sécurité des soins mis à disposition du public

I - Indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales (sous le pilotage du ministère chargé de la santé) :

Trois indicateurs recueillis en 2015, à partir des données 2014

- Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN.2)
- Indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains (ICSHA.2)
- Indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire (ICA-LISO)

Deux indicateurs déjà recueillis en 2014, à partir des données 2013

- Indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes (ICA-BMR)
- Indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB.2)

II - Les indicateurs de spécialité et transversaux (sous le pilotage de la Haute Autorité de santé) :

Quinze indicateurs de spécialités en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) recueillis en 2015, à partir des données 2014

- Thème - Prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde :
 - Prescriptions médicamenteuses appropriées après un infarctus du myocarde (BASI 2)
 - Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques après un infarctus du myocarde (HYG)
- Thème - Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral :
 - Date et heure de survenue des symptômes (DHS)
 - Evaluation par un professionnel de la rééducation (EPR1)
 - Tenue du dossier du patient (AVC-TDP)
- Thème - Prise en charge et prévention de l'hémorragie du post-partum :
 - Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement (DEL)
 - Surveillance clinique minimale en salle de naissance après l'accouchement (SURMIN)
 - Prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum immédiat (PECI HPPI)
- Thème - Qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques :
(Sept indicateurs en diffusion publique dont 6 sous forme agrégée)
 - Accès à la transplantation rénale.
 - Suivi des patients hémodialysés (agrégation de 4 indicateurs) :*
 - Surveillance du statut martial du patient traité par ASE
 - Surveillance du bilan phosphocalcique
 - Surveillance sérologique des hépatites
 - Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel
 - Appréciation de la qualité de la dialyse (agrégation de 2 indicateurs) :*
 - Appréciation de l'épuration - Prescription de 3 séances et 12 heures hebdomadaires
 - Appréciation de l'épuration - Mesure de la dose de dialyse

Un indicateur transversal recueilli en 2015

- Thème - Satisfaction des patients hospitalisés en MCO :
 - Un indicateur issu du dispositif national de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés en MCO (I-SATIS)

Sept indicateurs transversaux déjà recueillis en 2014, à partir des données 2013

- Thème - Qualité du dossier du patient :
 - Tenue du dossier du patient (TDP) en MCO, SSR, HAD, PSY
 - Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC) en MCO, SSR, HAD, PSY
 - Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD) en MCO, SSR, HAD
 - Dépistage des troubles nutritionnels (DTN) en MCO, SSR, HAD, PSY
 - Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre (TRE) en HAD
- Thème - Qualité du dossier d'anesthésie :
 - Tenue du dossier d'anesthésie (TDA) en MCO
- Thème - Qualité de la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie :
 - Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en cancérologie

I - INDICATEURS DU TABLEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES (sous le pilotage du ministère chargé de la santé)

Trois indicateurs recueillis en 2015, à partir des données 2014

Fiche descriptive de l'indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN.2)	
Définition	<p>Cet indicateur présenté sous la forme d'une note sur 100 et d'une classe de performance (A à E) 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. Cet indicateur a évolué en version 2, plus exigeante, en 2012.</p>
Résultat : score chiffré	<p>Il est calculé à partir de trois sous-chapitres Organisation (O : 20 points), Moyens (M : 30 points) et Actions (A : 50 points) pour un total de 100 points à partir de 55 critères relatifs à :</p> <p>1. L'Organisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La politique et l'implication des instances - L'Equipe Opérationnelle d'Hygiène - L'information des usagers et du patient - Le signalement des infections nosocomiales <p>2. Les Moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Humains - Matériel - Formation du personnel <p>3. Les Actions sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protection du personnel - Hygiène des mains - Précautions standard et complémentaires - Infections associées aux gestes invasifs - Environnement - Surveillance - Analyse approfondie des causes d'un événement infectieux grave
Classe de performance	<p>Les résultats sont rendus sous forme de classe de performance par catégories d'établissement de santé : centres hospitaliers universitaires, centres hospitaliers, cliniques de médecine et de chirurgie de plus ou moins de 100 lits, centres de lutte contre le cancer, etc.</p> <p>Les bornes des classes A à E ont été établies selon une méthode statistique reposant sur les centiles de distribution de chaque catégorie d'établissement de santé (centile 20 - 40 - 60 - 80) à partir des données des bilans 2010 (réalisé sur 2809 établissements). Ces bornes de classes ne changeront pas au fil des années, afin de visualiser les changements de classe des établissements d'une année sur l'autre, qu'il s'agisse d'une progression ou d'une régression.</p> <ul style="list-style-type: none"> - la classe A comprend les établissements les plus en avance et ayant l'organisation de la prévention du risque infectieux la plus élaborée;

	<ul style="list-style-type: none"> - la classe E, les structures les plus en retard pour la prise en compte par l'établissement de la prévention du risque infectieux. - les établissements ne réalisant pas de saisie de leur bilan sont classés comme non répondant (NR). <p>Les classes de performances sont symbolisées par des couleurs</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ vert représente les meilleures classes (A et B) ▪ jaune représente la classe intermédiaire C ▪ orange représente les classes les moins bonnes (D et E) ▪ gris foncé représente les ES classés « non répondant » ▪ blanc rayé gris représente les ES non concernés par l'indicateur (NC), les ES dont les données sont insuffisantes pour le calcul de l'indicateur (DI)
Critère d'inclusion	Tous les établissements de santé
Critère d'exclusion	Aucun établissement de santé n'est exclu
Type d'indicateur	<ul style="list-style-type: none"> - Indicateur de processus - Indicateur composite - Ajustement en fonction du la catégorie d'établissement
Importance du thème	Cet indicateur permet d'inciter tous les établissements de santé à mettre en place un dispositif efficient de prévention des infections nosocomiales. Il permet aussi un suivi dans le temps et des comparaisons entre établissements de même catégorie, facteurs d'amélioration de la qualité et de sécurité.
MODE D'EVALUATION DES CRITERES	
<p>Ce premier indicateur est calculé à partir du bilan standardisé annuel de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements de santé diffusé par voie réglementaire.</p> <p>Un cahier des charges définit pour chacun des critères constitutifs de l'indicateur les modalités de remplissage. Les hétérogénéités d'interprétation entre les établissements de santé sont ainsi réduites.</p> <p>Chaque année, un contrôle qualité des données déclarées dans BilanLIN est réalisé par les agences régionales de santé pour 10% des établissements de santé.</p>	

**Fiche descriptive de l'indicateur
de consommation de solutions hydro- alcooliques (ICSHA.2)**

Définition	L'indicateur ICSHA.2 présenté sous la forme d'un pourcentage (%) et d'une classe de performance (A à E) est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains (selon une technique de référence).
Résultat : score chiffré	L'ICSHA.2, exprimé en pourcentage, est le rapport entre le volume de produits hydro-alcooliques (PHA) consommés réellement par l'établissement et l'objectif personnalisé de consommation vers lequel l'établissement doit tendre. Celui-ci est déterminé à partir d'un référentiel national prenant en compte les types d'activités de l'établissement. Ce rapport en pourcentage est transformé en note sur 100 pour harmoniser l'affichage avec les autres indicateurs tous exprimés en note sur 100
Classe de performance	Des classes de performance sont définies de A à E. 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. Les établissements classés en A sont les établissements les plus en avance dans l'utilisation des produits hydro-alcooliques. Les classes de performances sont symbolisées par des couleurs : <ul style="list-style-type: none"> ▪ vert représente les meilleures classes (A et B) ▪ jaune représente la classe intermédiaire C ▪ orange représente les classes les moins bonnes (D et E) ▪ gris foncé représente les ES classés « non répondant » ▪ blanc rayé gris représente les ES non concernés par l'indicateur (NC), les ES dont les données sont insuffisantes pour le calcul de l'indicateur (DI)
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> - Etablissements de santé pour lesquels des recommandations relatives au nombre de frictions par patient et par jour, et les journées d'hospitalisation sont disponibles - Médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, urgences (par passage) - Réanimation (frictions supplémentaires par rapport à la médecine - Chirurgie) - Soins de suite, réadaptation fonctionnelle, soins de longue durée - Hôpital de jour de médecine, chirurgie, obstétrique, soins de suite - HAD (par jour) - Bloc chirurgical (1 par entrée en service de chirurgie, et par entrée en HDJ) - Accouchement sans ou avec césarienne - Séance de chimiothérapie, ou d'hémodialyse
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> - Maison d'enfants à caractère sanitaire spécialisée (MECSS) - Etablissement de post-cure alcoolique exclusive - Centres d'autodialyse exclusifs
Type d'indicateur	- Indicateur de moyens

	- Ajustement sur les types d'activités
Importance du thème	<p>La consommation de produits hydro-alcooliques reflète l'appropriation de la technique de désinfection des mains par un produit hydro-alcoolique qui remplace le lavage des mains à l'eau et au savon.</p> <p>L'utilisation large des PHA, technique à la fois rapide et efficace, améliore la mise en pratique de l'hygiène des mains et contribue à la diminution des infections nosocomiales et celles associées aux bactéries multi-résistantes. L'objectif personnalisé est défini en fonction du type d'activité de l'établissement de santé et du nombre de frictions recommandées pour chacune de ces activités par jour et par patient.</p>
MODE D'EVALUATION DES CRITERES	
<p>Cet indicateur est calculé à partir du bilan standardisé annuel de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements de santé et diffusé par voie réglementaire.</p> <p>Un cahier des charges définit pour chacun des critères constitutifs de l'indicateur les modalités de remplissage. Les hétérogénéités d'interprétation entre les établissements de santé sont ainsi réduites.</p> <p>Chaque année, un contrôle qualité des données déclarées dans BilanLIN est réalisé par les agences régionales de santé pour 10% des établissements de santé.</p>	

Fiche descriptive de l'indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire (ICA-LISO)	
Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'une note sur 100 et d'une classe de performance (A à E), objective l'organisation pour la prévention des infections post-opératoires en chirurgie ou en obstétrique, les moyens mobilisés et les actions mises en œuvre par l'établissement. Il ne permet pas de mesurer la fréquence des infections du site opératoire.
Résultat : score chiffré	ICA-LISO est composé de trois sous-chapitres : organisation (16 points) ; moyens (10 points), actions (74 points) pondérés pour un total de 100 points à partir de 15 critères relatifs : 1. à l'organisation entre les chirurgiens, l'EOH et le CME. 2. aux moyens en termes de système d'information 3. aux actions en termes de prévention, surveillance, évaluation des pratiques
Classe de performance	<p>Les résultats sont rendus, sous forme de classe de performance, par catégorie d'établissements concernés par une activité chirurgicales et/ou obstétricale (centres hospitaliers universitaires, centres hospitaliers, cliniques de médecine et de chirurgie de plus ou moins de 100 lits, centres de lutte contre le cancer,)</p> <p>Les bornes des classes A à E ont été établies selon une méthode statistique reposant sur les centiles de distribution de chaque catégorie d'établissement de santé (centile 20 - 40 - 60 - 80) à partir des données des bilans 2010. Ces bornes de classes ne changeront pas au fil des années, afin de visualiser les changements de classe des établissements d'une année sur l'autre, qu'il s'agisse d'une progression ou d'une régression.</p> <ul style="list-style-type: none"> - la classe A comprend les établissements les plus en avance et ayant l'organisation de la prévention des infections post-opératoires en chirurgie ou en obstétrique la plus élaborée ; - la classe E, les structures les plus en retard pour la prise en compte par l'établissement de l'organisation de la prévention des infections post-opératoires en chirurgie ou en obstétrique; - les établissements n'envoyant pas leur bilan sont classés comme non répondants (NR). <p>Les classes de performances sont symbolisées par des couleurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ vert représente les meilleures classes (A et B) ▪ jaune représente la classe intermédiaire C ▪ orange représente les classes les moins bonnes (D et E) ▪ gris foncé représente les ES classés « non répondant » ▪ blanc rayé gris représente les ES non concernés par l'indicateur (NC), les ES dont les données sont insuffisantes pour le calcul de l'indicateur (DI)
Critères d'inclusion	Etablissements de santé ayant une activité chirurgicale ou obstétricale
Critères d'exclusion	Etablissement de santé sans activité chirurgicale ou

	obstétricale
Type d'indicateur	Indicateur de processus Indicateur composite
Importance du thème	<p>Si en France le risque d'infection du site opératoire (ISO) est peu fréquent ces infections sont toutefois au 3ème rang des infections nosocomiales recensées lors de la dernière enquête nationale de prévalence de 2012. Leur surveillance est donc une priorité dans les établissements de santé ayant une activité chirurgicale ou obstétricale.</p> <p>L'indicateur ICA-LISO rend visible l'engagement de l'établissement dans une démarche d'évaluation et d'amélioration des pratiques et de maîtrise du risque infectieux en chirurgie pour les établissements de santé ayant une activité chirurgicale ou obstétricale.</p>
MODE D'EVALUATION DES CRITERES	
<p>Cet indicateur est calculé à partir du bilan standardisé annuel de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements de santé diffusé par voie réglementaire.</p> <p>Un cahier des charges définit pour chacun des critères constitutifs de l'indicateur les modalités de remplissage. Les hétérogénéités d'interprétation entre les établissements de santé sont ainsi réduites.</p> <p>Chaque année, un contrôle qualité des données déclarées dans BilanLIN est réalisé par les agences régionales de santé pour 10% des établissements de santé</p>	

Deux indicateurs déjà recueillis en 2014, à partir des données 2013

Fiche descriptive de l'indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes (ICA-BMR)	
Définition	Cet indicateur présenté sous la forme d'une note sur 100 et d'une classe de performance (A à E) objective l'organisation pour la maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes, les moyens mobilisés et les actions mise en œuvre par l'établissement.
Résultat : score chiffré	ICA-BMR est composé de trois sous chapitres Organisation (32 points) ; Moyens (28 points) et Action (40 points) pondérés pour un total de 100 points à partir de 11 critères relatifs : 1. à l'organisation qui définit la politique de maitrise des BMR 2. aux moyens qui définissent les modalités de transmission de l'information aux professionnels et aux patients 3. aux actions en termes de prévention et de surveillance des BMR
Classes de performance	<p>Les résultats sont rendus par catégories d'établissement de santé (centres hospitaliers universitaires, centres hospitaliers, cliniques de médecine et de chirurgie de plus ou moins de 100 lits, centres de lutte contre le cancer, ...) sous forme de classe de performance de A à E.</p> <p>Les bornes des classes A à E ont été établies selon une méthode statistique reposant sur les centiles de distribution de chaque catégorie d'établissement de santé (centile 20 - 40 - 60 - 80) à partir des données des bilans 2010 (réalisé sur 2809 établissements). Ces bornes de classes ne changeront pas au fil des années, afin de visualiser les changements de classe des établissements d'une année sur l'autre, qu'il s'agisse d'une progression ou d'une régression.</p> <ul style="list-style-type: none"> - la classe A comprend les établissements les plus en avance et ayant le niveau d'engagement le plus élevé pour la maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes - la classe E, les structures les plus en retard pour la prise en compte par l'établissement pour la maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes - les établissements n'envoyant pas leur bilan sont classés comme non répondant (NR). <p>Les classes de performances sont symbolisées par des couleurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ vert représente les meilleures classes (A et B) ▪ jaune représente la classe intermédiaire C ▪ orange représente les classes les moins bonnes (D et E) ▪ gris foncé représente les ES classés « non répondant » ▪ blanc rayé gris représente les ES non concernés par l'indicateur (NC), les ES dont les données sont insuffisantes pour le calcul de l'indicateur (DI)
Critères d'inclusion	Centres hospitaliers universitaires Centres hospitaliers, cliniques de médecine et de chirurgie Ex. hôpitaux locaux, SSR et SLD

	Centres de lutte contre le cancer Etablissements d'hospitalisation à domicile (HAD) Etablissements d'hémodialyse.
Critères d'exclusion	Maisons d'enfants à caractère sanitaire et social (MECSS) Etablissements exclusivement ambulatoires Etablissements de psychiatrie dont les centres post-cure alcoolique exclusive
Type d'indicateur	Indicateur de processus Indicateur composite
Importance du thème	Cet indicateur reflète le niveau d'engagement de l'établissement de santé, dans une démarche visant à optimiser l'efficacité des traitements antibiotiques. Ce bon usage associe des objectifs de bénéfice individuel pour le patient (meilleur traitement possible) et de bénéfice collectif (limitation de l'émergence de bactéries résistantes).
MODE D'EVALUATION DES CRITERES	
<p>Cet indicateur est calculé à partir du bilan standardisé annuel de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements de santé diffusé par voie réglementaire.</p> <p>Un cahier des charges définit pour chacun des critères constitutifs de l'indicateur les modalités de remplissage. Les hétérogénéités d'interprétation entre les établissements de santé sont ainsi réduites.</p> <p>Chaque année, un contrôle qualité des données déclarées dans BilanLIN est réalisé par les agences régionales de santé pour 10% des établissements de santé.</p>	

Fiche descriptive de l'indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB.2)	
Définition	<p>Cet indicateur est calculé sous la forme d'une note sur 100 et d'une classe de performance (A à E), objective le niveau d'engagement d'un établissement de santé dans une stratégie d'optimisation de l'efficacité des traitements antibiotiques. Cet indicateur a évolué en version 2, plus exigeante, en 2012.</p> <p>Il ne mesure pas le taux de résistance des bactéries aux antibiotiques.</p>
Résultat : score chiffré	<p>ICATB.2 est composé de trois chapitres Organisation (O : 16 points), Moyens (M : 38 points) Actions (A : 46 points) pondérés de façon identique pour un total de 100 points à partir de 27 critères relatifs :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. à l'organisation : Politique-Accès à conseil-Alerte 2. aux moyens : Informatique-Humains-Formation 3. aux actions : Prévention-Surveillance-Evaluation-audit
Classe de performance	<p>Les résultats sont rendus par catégories d'établissement de santé (centres hospitaliers universitaires, centres hospitaliers, cliniques de médecine et de chirurgie de plus ou moins de 100 lits, centres de lutte contre le cancer,) sous forme de classe de performance de A à E</p> <p>Les bornes des classes A à E ont été établies selon une méthode statistique reposant sur les centiles de distribution de chaque catégorie d'établissement de santé (centile 20 - 40 - 60 - 80) à partir des données des bilans 2012 (réalisé sur 2456 établissements). Ces bornes de classes ne changeront pas au fil des années, afin de visualiser les changements de classe des établissements d'une année sur l'autre, qu'il s'agisse d'une progression ou d'une régression.</p> <ul style="list-style-type: none"> - la classe A comprend les établissements les plus en avance et ayant le niveau d'engagement le plus élevé pour optimiser le bon usage des antibiotiques ; - la classe E, les structures les plus en retard pour la prise en compte par l'établissement de l'optimisation de l'efficacité des traitements antibiotiques ; - les établissements n'envoyant pas leur bilan sont classés comme non répondant (NR). <p>Les classes de performances sont symbolisées par des couleurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ vert représente les meilleures classes (A et B) ▪ jaune représente la classe intermédiaire C ▪ orange représente les classes les moins bonnes (D et E) ▪ gris foncé représente les ES classés « non répondant » ▪ blanc rayé gris représente les ES non concernés par l'indicateur (NC), les ES dont les données sont insuffisantes pour le calcul de l'indicateur (DI)
Critères d'inclusion	<p>Etablissements ayant des prescriptions à usage interne et dont la prescription d'antibiotiques est fréquente (CHU-CH-Clinique MCO-Ex. HL, SSR et SLD, CLCC)</p>

Critères d'exclusion	Etablissements d'hospitalisation à domicile (HAD) Etablissements d'hémodialyse Etablissements de psychiatrie dont les centres de post-cure alcoolique exclusive Etablissements ambulatoires Maison d'enfants à caractère sanitaire et social (MECSS)
Type d'indicateur	Indicateur de processus Indicateur composite
Importance du thème	Cet indicateur reflète le niveau d'engagement de l'établissement de santé, dans une démarche visant à optimiser l'efficacité des traitements antibiotiques. Ce bon usage associe des objectifs de bénéfice individuel pour le patient (meilleur traitement possible) et de bénéfice collectif (limitation de l'émergence de bactéries résistantes).
MODE D'EVALUATION DES CRITERES	
<p>Cet indicateur est calculé à partir du bilan standardisé annuel de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements de santé diffusé par voie réglementaire.</p> <p>Un cahier des charges définit pour chacun des critères constitutifs de l'indicateur les modalités de remplissage. Les hétérogénéités d'interprétation entre les établissements de santé sont ainsi réduites.</p> <p>Chaque année, un contrôle qualité des données déclarées dans BilanLIN est réalisé par les agences régionales de santé pour 10% des établissements de santé.</p>	

Fiche descriptive de l'indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire (ICA-LISO)	
Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'une note sur 100 et d'une classe de performance (A à E), objective l'organisation pour la prévention des infections post-opératoires en chirurgie ou en obstétrique, les moyens mobilisés et les actions mises en œuvre par l'établissement. Il ne permet pas de mesurer la fréquence des infections du site opératoire.
Résultat : score chiffré	ICA-LISO est composé de trois sous-chapitres : organisation (16 points) ; moyens (10 points), actions (74 points) pondérés pour un total de 100 points à partir de 15 critères relatifs : <ol style="list-style-type: none"> 1. à l'organisation entre les chirurgiens, l'EOH et le CME. 2. aux moyens en termes de système d'information 3. aux actions en termes de prévention, surveillance, évaluation des pratiques
Classe de performance	<p>Les résultats sont rendus, sous forme de classe de performance, par catégorie d'établissements concernés par une activité chirurgicales et/ou obstétricale (centres hospitaliers universitaires, centres hospitaliers, cliniques de médecine et de chirurgie de plus ou moins de 100 lits, centres de lutte contre le cancer,)</p> <p>Les bornes des classes A à E ont été établies selon une méthode statistique reposant sur les centiles de distribution de chaque catégorie d'établissement de santé (centile 20 - 40 - 60 - 80) à partir des données des bilans 2010. Ces bornes de classes ne changeront pas au fil des années, afin de visualiser les changements de classe des établissements d'une année sur l'autre, qu'il s'agisse d'une progression ou d'une régression.</p> <ul style="list-style-type: none"> - la classe A comprend les établissements les plus en avance et ayant l'organisation de la prévention des infections post-opératoires en chirurgie ou en obstétrique la plus élaborée ; - la classe E, les structures les plus en retard pour la prise en compte par l'établissement de l'organisation de la prévention des infections post-opératoires en chirurgie ou en obstétrique; - les établissements n'envoyant pas leur bilan sont classés comme non répondants (NR). <p>Les classes de performances sont symbolisées par des couleurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ vert représente les meilleures classes (A et B) ▪ jaune représente la classe intermédiaire C ▪ orange représente les classes les moins bonnes (D et E) ▪ gris foncé représente les ES classés « non répondant » ▪ blanc rayé gris représente les ES non concernés par l'indicateur (NC), les ES dont les données sont insuffisantes pour le calcul de l'indicateur (DI)
Critères d'inclusion	Etablissements de santé ayant une activité chirurgicale ou obstétricale
Critères d'exclusion	Etablissement de santé sans activité chirurgicale ou

	obstétricale
Type d'indicateur	Indicateur de processus Indicateur composite
Importance du thème	<p>Si en France le risque d'infection du site opératoire (ISO) est peu fréquent ces infections sont toutefois au 3ème rang des infections nosocomiales recensées lors de la dernière enquête nationale de prévalence de 2012. Leur surveillance est donc une priorité dans les établissements de santé ayant une activité chirurgicale ou obstétricale.</p> <p>L'indicateur ICA-LISO rend visible l'engagement de l'établissement dans une démarche d'évaluation et d'amélioration des pratiques et de maîtrise du risque infectieux en chirurgie pour les établissements de santé ayant une activité chirurgicale ou obstétricale.</p>
MODE D'EVALUATION DES CRITERES	
<p>Cet indicateur est calculé à partir du bilan standardisé annuel de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements de santé diffusé par voie réglementaire.</p> <p>Un cahier des charges définit pour chacun des critères constitutifs de l'indicateur les modalités de remplissage. Les hétérogénéités d'interprétation entre les établissements de santé sont ainsi réduites.</p> <p>Chaque année, un contrôle qualité des données déclarées dans BilanLIN est réalisé par les agences régionales de santé pour 10% des établissements de santé</p>	

II - INDICATEURS DE SPECIALITE ET TRANSVERSAUX (sous le pilotage de la Haute Autorité de santé)

Quinze indicateurs de spécialités en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) recueillis en 2015, à partir des données 2014

- **Thème - Prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde**

Fiche descriptive de l'indicateur : Prescriptions médicamenteuses appropriées après un infarctus du myocarde (score BASI 2) à la sortie	
Définition	<p>L'indicateur, présenté sous la forme d'un score sur 100, évalue la prescription appropriée de l'ensemble des 4 traitements à la sortie de l'établissement de santé.</p> <p>La prescription, ou l'absence de prescription justifiée par une contre-indication tracée, est considérée comme une pratique conforme aux recommandations.</p> <p>L'absence dans les dossiers de mesure tracée de la FEVG en l'absence non justifiée de prescription d'IEC et/ou de bêtabloquant rend non-conforme l'indicateur de prescription, et par conséquent l'ensemble du score BASI.</p>
Numérateur	Nombre de dossiers IDM avec prescription appropriée de l'ensemble des 4 traitements recommandés
Dénominateur	Nombre de dossiers IDM
Critères d'inclusion	Séjours hors séances d'au moins un jour de patients sortis vivants et comportant un code CIM 10 d'IDM en diagnostic principal (codes I21.0x à I21.9x et I22.xx).
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ; ▪ Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ; ▪ Séjours de patients décédés au cours du séjour ▪ Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire ; ▪ Séjours avec mode de sortie par transfert vers une unité de soins de courte durée (MCO) ; ▪ Séjours avec un GHM erreur. ▪ Dossiers non retrouvés ▪ Dossiers avec une incohérence PMSI ▪ Patient ne souhaitant pas que les données le concernant soient exploitées ▪ Patient en fin de vie pour lequel l'abstention thérapeutique a été décidée en accord avec la famille
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Diffusion publique	Le résultat de cet indicateur est diffusé publiquement sur le site Scope Santé. Cette diffusion est accompagnée du positionnement de chaque ES par rapport à l'objectif de performance national qui est pour cet indicateur, de 90 %. Ainsi pour chaque ES, au moins 9 patients sur 10 doivent sortir avec une prescription appropriée de ces quatre molécules.

Recommandations ^{1, 2, 3, 4, 5, 6}	Les 4 molécules dites « BASI » recommandées ont fait la preuve de leur efficacité en termes de morbi-mortalité post-IDM : B pour bêtabloquant, A pour antiagrégant plaquettaire, S pour statine et I pour inhibiteur de l'enzyme de conversion. Ce traitement doit être prescrit à la sortie de l'hôpital et adapté selon l'évolution de la maladie dans le cadre d'une prise en charge globale médicamenteuse et non médicamenteuse lors du suivi ambulatoire en lien avec le médecin traitant.
MODE D'EVALUATION DE L'INDICATEUR	
<p>Pour chaque dossier, il est recherché la prescription de ces 4 traitements ou la justification de la non-prescription (cotation à 1). En cas de non prescription et d'absence de justification pour un seul des traitements, le dossier est coté à 0 (all or none). Un score global est calculé pour l'établissement</p> <p>L'indicateur est satisfait si dans chaque dossier, il est retrouvé :</p> <p><i>Pour le traitement antiagrégant plaquettaire, une des situations suivantes :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ prescription d'aspirine à l'issue du séjour (ordonnance de sortie) ou absence de prescription justifiée et tracée ET ▪ prescription de prasugrel ou ticagrelor ou clopidogrel à l'issue du séjour (ordonnance de sortie) OU absence de prescription justifiée et tracée de ces molécules <p><i>ET pour le traitement par statine,</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ prescription de statine à l'issue du séjour (ordonnance de sortie) ou absence de prescription justifiée et tracée <p><i>ET pour le traitement par bêtabloquants ET par IEC ou ARAII :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ prescription chez les patients avec FEVG altérée (FEVG ≤ 40%) OU ▪ absence de prescription justifiée et tracée pour chacune de ces molécules <p>L'absence dans les dossiers de mesure tracée de la FEVG en l'absence non justifiée de prescription d'IEC et/ou de bêtabloquant rend non-conforme l'indicateur de prescription correspondant, et par conséquent l'ensemble du score BASI.</p>	

¹ ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction. 2013

² Haute Autorité de Santé. Maladie coronarienne. Guide affection de longue durée. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007.

³ European Society of Cardiology, Steg PG, James SK, Atar D, Badano LP, Blomstrom-Lundqvist C, et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. Eur Heart J 2012;33(20):2569-619.

⁴ European Society of Cardiology, Hamm CW, Bassand JP, Agewall S, Bax J, Boersma E, et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Eur Heart J 2011;32(23):2999-3054.

⁵ Haute Autorité de Santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Rapport d'orientation. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.

⁶ Haute Autorité de Santé. Efficacité et efficacité des hypolipémiants. Une analyse centrée sur les statines. Evaluation des technologies de santé, analyse médico-économique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010.

Fiche descriptive de l'indicateur : Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques	
Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la réalisation et la notification dans le dossier d'une sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques au cours ou à l'issue du séjour après un IDM.
Numérateur	<p>Nombre de dossiers IDM pour lesquels le patient a fait l'objet d'une sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques. La sensibilisation peut être réalisée sous l'une ou plusieurs des formes suivantes (recherchées à titre informatif) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Programme de réadaptation cardiovasculaire 2. Programme d'éducation thérapeutique 3. Consultation spécialisée (diététique, diabétologie ou tabacologie) 4. Participation à un atelier d'éducation thérapeutique 5. Conseils tracés dans le dossier ou dans le courrier de sortie 6. Conseils tracés dans le dossier ou dans le courrier de sortie pour l'arrêt du tabac pour les patients fumeurs 7. Information du patient tracée dans le dossier sur la reconnaissance des signes de récurrence et sur la nécessité d'appel au 15 en cas de survenue de ces signes
Dénominateur	Nombre de dossiers IDM.
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours hors séances d'au moins un jour de patients sortis vivants et comportant un code CIM 10 d'IDM en diagnostic principal (codes I21.0x à I21.9x et I22.xx).
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ; ▪ Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ; ▪ Séjours de patients décédés au cours du séjour ; ▪ Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire ; ▪ Séjours avec mode de sortie par transfert vers une unité de soins de courte durée (MCO) ; ▪ Séjours avec un GHM erreur. ▪ Dossiers non retrouvés ▪ Dossiers avec une incohérence PMSI ▪ Patient ne souhaitant pas que les données le concernant soient exploitées ▪ Patient en fin de vie pour lequel l'abstention thérapeutique a été décidée en accord avec la famille
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Diffusion publique	Le résultat de cet indicateur est diffusé publiquement sur le site Scope Santé. Cette diffusion est accompagnée du positionnement de chaque ES par rapport à l'objectif national de performance qui est pour cet indicateur, de 80 %. Ainsi pour chaque ES, au moins 8 patients sur 10 doivent être sensibilisés aux règles hygiéno-diététiques à leur sortie.
Recommandations ^{7,8,9,10,11, 12}	Un programme de réadaptation cardiovasculaire est actuellement recommandé avec un haut niveau de preuve pour tous les patients après

⁷ ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction. 2013

⁸ Société française de cardiologie, Pavy B, Iliou MC, Vergès B, Brion R, Monpère D. Référentiel des bonnes pratiques de la réadaptation cardiaque de l'adulte en 2011. Paris: SFC; 2011.

	<p>un IDM. En prévention secondaire, le suivi des règles hygiéno-diététiques (alimentation équilibrée, arrêt du tabac et activité physique) améliore la qualité de vie, diminue le risque de récurrence d'infarctus et la mortalité. L'arrêt total et définitif de la consommation du tabac sous toutes ses formes diminue le risque de récurrence d'infarctus du myocarde et la mortalité, avec le meilleur rapport coût/bénéfice en prévention cardiovasculaire. Le patient en post-IDM (et idéalement son entourage) doit bénéficier d'une information/formation, quel que soit sa modalité et son lieu, sur la reconnaissance des signes évocateurs de récurrence et la nécessité d'appeler le SAMU (centre 15) en cas de survenue de ces signes. Cette information/formation s'intègre dans le cadre d'une prise en charge globale médicamenteuse et non médicamenteuse. La délivrance de conseils pour l'arrêt du tabac chez les patients fumeurs sera évaluée et cette information restituée aux ES et publiée dans le rapport HAS.</p>
--	--

⁹ Haute Autorité de Santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Rapport d'orientation. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.

¹⁰ Haute Autorité de Santé. Maladie coronarienne. Guide affection de longue durée. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007.

¹¹ European Society of Cardiology, Steg PG, James SK, Atar D, Badano LP, Blomstrom-Lundqvist C, et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. Eur Heart J 2012;33(20):2569-619.

¹² European Society of Cardiology, Hamm CW, Bassand JP, Agewall S, Bax J, Boersma E, et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Eur Heart J 2011;32(23):2999-3054.

- **Thème - Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral**

Fiche descriptive de l'indicateur : Date et heure de survenue des symptômes lors de la prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral (DHS)	
Définition	Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC ischémique (« infarctus cérébral »). Taux de patients pour lesquels la trace de la date et de l'heure de début des symptômes est retrouvée.
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels la trace de la date et de l'heure de début des symptômes est retrouvée.
Dénominateur	Nombre de séjours d'AVC ischémiques inclus.
Critères d'inclusion	Séjours hors séances d'au moins un jour au cours desquels le patient n'est pas décédé et comportant un code CIM 10 d'AVC en diagnostic principal (codes I61.x, I64 et I63.x à l'exception de I63.6).
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ; ▪ Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ; ▪ Séjours de patients âgés de moins de 18 ans ; ▪ Séjours de patients décédés ; ▪ Séjours de patients pris en charge pour un accident ischémique transitoire ; ▪ Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire ; ▪ Séjours de patients ayant un parcours de type FinessA=>FinessB=>FinessA (exclusion des séjours chez établissement A) ; ▪ Séjours avec un GHM erreur.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Recommandations^{13,14}	« rtPA should be administered to eligible patients who can be treated in the time period of 3 to 4.5 hours after stroke ». « As compared with placebo, intravenous alteplase administered between 3 and 4.5 hours after the onset of symptoms improved clinical outcomes in patients with acute ischemic stroke ».
Analyse des recommandations	Tous les patients hospitalisés pour un infarctus cérébral doivent, en l'absence de contre-indication, bénéficier d'un traitement thrombolytique. Le délai maximal de réalisation d'une thrombolyse est, dans les recommandations, de 4h30 après le début des symptômes. Afin de connaître ce délai, il est essentiel que la date et l'heure de début des symptômes soient tracées dans le dossier (accord professionnel du groupe de travail).

¹³ Del Zoppo, et al. Expansion of the time window for treatment of acute ischemic stroke with intravenous tissue plasminogen activator. A science advisory from the American heart association / American Stroke Association. *Stroke* 2009; 40: 2945- 2948.

¹⁴ Hacke W, et al. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. *The New England Journal of Medicine* 2008; 359: 1317-1329.

Fiche descriptive de l'indicateur : Evaluation par un professionnel de la rééducation lors de la prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral (EPR1)	
Définition	<p>Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC.</p> <p>Partie 1 : taux de patients ayant eu une évaluation par un professionnel de la rééducation.</p> <p>Partie 2 : taux de patients ayant eu une évaluation par un professionnel de la rééducation dans les 3 jours suivant l'admission.</p>
Numérateur	<p>Partie 1 : Nombre de séjours pour lesquels la trace d'une évaluation par un professionnel de la rééducation (médecin MPR, kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute) est retrouvée ou pour lesquels le patient ne présente pas de déficit.</p> <p>Partie 2 : Nombre de séjours pour lesquels la trace d'une évaluation par un professionnel de la rééducation (médecin MPR, kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute) est retrouvée dans les 3 jours suivant l'admission.</p>
Dénominateur	<p>Partie 1 : Nombre de séjours d'AVC inclus.</p> <p>Partie 2 : Nombre de séjours d'AVC inclus avec une évaluation par un professionnel de la rééducation.</p>
Critères d'inclusion	Séjours hors séances d'au moins un jour au cours desquels le patient n'est pas décédé et comportant un code CIM 10 d'AVC en diagnostic principal (codes I61.x, I64 et I63.x à l'exception de I63.6).
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ; ▪ Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ; ▪ Séjours de patients âgés de moins de 18 ans ; ▪ Séjours de patients décédés ; ▪ Séjours de patients pris en charge pour un accident ischémique transitoire ; ▪ Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire ; ▪ Séjours de patients ayant un parcours de type FinessA=>FinessB=>FinessA (exclusion des séjours chez établissement A) ; ▪ Séjours avec un GHM erreur.
Type d'indicateur	<p>Indicateurs de processus.</p> <p>Ajustement sur le risque : non.</p>

<p>Recommandations^{15,16,17,18}</p>	<p>« Tout patient ayant des troubles de la motricité et/ou de la sensibilité doit bénéficier d'une évaluation et d'une prise en charge par un masseur-kinésithérapeute ».</p> <p>« Tout patient présentant des troubles de la déglutition doit bénéficier d'une rééducation utilisant des modifications de texture des aliments, des techniques posturales, des exercices oro-faciaux et des manœuvres de déglutition planifiée par l'orthophoniste ou le masseur kinésithérapeute en collaboration avec l'infirmier. »</p> <p>« Tout patient ayant des troubles de la parole et/ou du langage, oral et écrit, doit être examiné par un orthophoniste (grade B) ».</p> <p>« Dans la prise en charge précoce des AVC, il est important d'avoir un diagnostic ergothérapeutique afin d'anticiper les problèmes liés au retour à domicile ».</p> <p>« L'intervention ergothérapeutique centrée sur le patient et l'approche réadaptative précoce favorise la participation sociale de la personne ayant eu un AVC ».</p> <p>« L'intervention précoce mais durable (5 mois) au domicile d'un(e) ergothérapeute réduit le handicap du patient après retour précoce au domicile (moins d'1 mois après l'AVC) ».</p>
<p>Analyse des recommandations</p>	<p>L'évaluation initiale par un professionnel de la rééducation (médecin MPR, kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute) doit être retrouvée dans le dossier pour tout patient présentant un diagnostic d'AVC.</p>

¹⁵ Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral - Aspects paramédicaux - Recommandations, ANAES, Septembre 2002.

¹⁶ Atwal A, et al. Occupational therapists' perceptions of predischarge home assessments with older adults in acute care. *British Journal of Occupational Therapy* 2008; 71(2)

¹⁷ Kristensen HK, et al. Evaluation of evidence within occupational therapy in stroke rehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2010; 1-15.

¹⁸ Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation, Société Française de Neuro Vasculaire et Société Française de Gériatrie et Gérontologie. *Orientations des patients atteints d'AVC- Pratiques professionnelles et Recommandations*, 2008.

Fiche descriptive de l'indicateur : Tenue du dossier du patient dans le cadre de la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral (AVC - TDP)	
Définition	Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC. Score de conformité du contenu du dossier des patients pris en charge pour un AVC.
Numérateur	Nombre d'items conformes pour chaque dossier.
Dénominateur	Nombre d'items évalués pour chaque dossier.
Calcul du score	Moyenne des conformités calculées par dossier.
Critères d'inclusion	Séjours hors séances d'au moins un jour au cours desquels le patient n'est pas décédé et comportant un code CIM 10 d'AVC en diagnostic principal (codes I61.x, I64 et I63.x à l'exception de I63.6).
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ; ▪ Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ; ▪ Séjours de patients âgés de moins de 18 ans ; ▪ Séjours de patients décédés ; ▪ Séjours de patients pris en charge pour un accident ischémique transitoire ; ▪ Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire ; ▪ Séjours de patients ayant un parcours de type FinessA=>FinessB=>FinessA (exclusion des séjours chez établissement A) ; ▪ Séjours avec un GHM erreur.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Recommandations¹⁹	« La bonne tenue du dossier du patient contribue à la continuité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Elle est le reflet de la qualité de la pratique professionnelle. Le dossier est également un support privilégié de l'évaluation des pratiques. Il est enfin un outil d'enseignement et de recherche pour les professionnels de santé. Pour ces raisons, l'amélioration du dossier est une thématique constante des démarches d'amélioration continue de la qualité des soins dans les établissements de santé. »
Analyse des recommandations	Le groupe de travail considère que le dossier d'un patient hospitalisé pour AVC doit comporter les éléments suivants à l'admission : <ul style="list-style-type: none"> • Antécédents / Facteurs de risque cardio-vasculaires ; • Traitement habituel ; • Score de gravité NIH ; • ECG ; • Tension artérielle ; • Mesure de la glycémie capillaire ; • Compte rendu de l'imagerie cérébrale initiale validé par un radiologue.

¹⁹ Haute Autorité de santé. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu - réglementation et recommandations. Paris, 2003. [Site consulté le 09/03/2011] disponible depuis : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/dossier_du_patient_amelioration_de_la_qualite_de_la_tenue_et_du_contenu_-_reglementation_et_recommandations_-_2003.pdf

- Thème - Prise en charge et prévention de l'hémorragie du post-partum

Fiche descriptive de l'indicateur : Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement (DEL)	
Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la réalisation d'injection prophylactique de l'injection d'ocytocine et du contrôle de l'état du placenta. Le niveau 1 évalue le suivi des recommandations. Le niveau 2 évalue en plus le respect de la traçabilité d'injection de médicaments.
Numérateurs	Niveau 1 Nombre de dossiers d'accouchement comportant la modalité de la délivrance, la trace d'une injection prophylactique d'ocytocine et une conclusion, en cas de voie basse, de l'examen du placenta. Niveau 2 Nombre de dossiers d'accouchement comportant la modalité de la délivrance, la trace d'une injection prophylactique d'ocytocine (précisant l'heure, la dose et la voie d'administration) et une conclusion, en cas de voie basse, de l'examen du placenta.
Dénominateur	Nombre total de dossiers d'accouchements.
Critères d'exclusion	-
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Recommandations	Les recommandations indiquent que : « Il est recommandé de réaliser systématiquement :- une injection prophylactique d'ocytocine (grade B) ; cette administration peut être faite au moment du dégagement de l'épaule antérieure de l'enfant (délivrance dirigée) soit après l'expulsion du placenta (grade B).- un examen du placenta afin de vérifier s'il est complet. La rétention de cotylédons ou de membranes indique une révision utérine (accord professionnel). »
Diffusion publique	L'indicateur Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement comporte 2 niveaux, seul le niveau 1 fait l'objet d'une diffusion publique. Pour cet indicateur un objectif de performance à atteindre est fixé à 80%, soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées.
MODE D'EVALUATION DE L'INDICATEUR	
Recueil rétrospectif sur dossier Pour chaque dossier est recherché l'ensemble des éléments demandés dans le dossier. L'indicateur est la moyenne des dossiers.	

**Fiche descriptive de l'indicateur :
Surveillance clinique minimale en salle de naissance après l'accouchement (SURMIN)**

Définition	<p>Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la surveillance clinique minimale* et l'examen médical autorisant la sortie de la salle de naissance.</p> <p>*pouls, tension artérielle, évaluation de la qualité du globe utérin et évaluation des pertes sanguines effectués au moins à 2 reprises dans les deux heures suivant l'accouchement</p>
Numérateur	<p>Nombre de dossiers d'accouchement comportant la trace de la surveillance clinique minimale* ainsi que la trace de l'examen médical autorisant la sortie de la salle de naissance</p> <p>*pouls, tension artérielle, évaluation de la qualité du globe utérin et évaluation des pertes sanguines effectués au moins à 2 reprises dans les deux heures suivant l'accouchement</p>
Dénominateur	Nombre total de dossiers d'accouchements.
Critères d'exclusion	-
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus.</p> <p>Ajustement sur le risque : non.</p>
Recommandations	<p>Les recommandations indiquent que :</p> <p>« Il est recommandé de réaliser systématiquement : une surveillance régulière en salle de naissance pendant les deux heures qui suivent un accouchement (accord professionnel). Cette surveillance porte sur l'importance des pertes sanguines, la qualité du globe utérin, la fréquence cardiaque et la mesure de la pression artérielle. Ces données seront consignées dans le dossier de la patiente (accord professionnel) »</p>

MODE D'EVALUATION DE L'INDICATEUR

Recueil rétrospectif sur dossier

Pour chaque dossier est recherché l'ensemble des éléments demandés dans le dossier. L'indicateur est la moyenne des dossiers.

Fiche descriptive de l'indicateur : Prise en charge initiale de l'HPPI (PECI_HPPI)	
Définition	<p>Cet indicateur regroupe les deux précédents séparés initialement pour orienter les actions correctives. Après deux campagnes de recueil, ces éléments sont regroupés un seul afin de suivre le taux de patientes bénéficiant d'une prise en charge initiale des HPP intégrant les éléments recommandés.</p> <p>Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue donc la quantification de l'hémorragie au moment du diagnostic par la traçabilité de l'heure du diagnostic et la quantification en millilitres du saignement au moment du diagnostic, et la réalisation systématique d'un geste endo-utérin à la suite d'un diagnostic d'HPPI.</p> <p>Il concerne les accouchements au cours desquels est survenue une HPPI.</p>
Recommandations	<p>Les recommandations de 2004 indiquent que :</p> <p><i>« Le facteur temps étant primordial, il est important de noter l'heure initiale du diagnostic de l'hémorragie, d'évaluer quantitativement les pertes sanguines, et de débiter un relevé chronologique des éléments de surveillance et de prise en charge sur une feuille spécifique (accord professionnel).</i></p> <p><i>Si la délivrance n'a pas eu lieu, une délivrance artificielle effectuée sous anesthésie est impérative pour permettre d'obtenir la vacuité utérine (accord professionnel). Si elle a déjà eu lieu, la révision utérine s'impose, même si la délivrance semble complète (accord professionnel) »</i></p> <p>Cf fiches précédentes sur le diagnostic et la réalisation de gestes endo-utérins.</p>
Numérateur	Nombre de dossiers d'HPPI comportant l'heure du diagnostic d'HPP, la quantification du saignement exprimée en millilitre et la trace de la réalisation d'un geste endo-utérin (soit une délivrance artificielle ou soit une révision utérine) au décours du diagnostic d'HPP.
Dénominateur	Nombre de dossiers inclus d'HPP (cf. partie échantillon page 1)
Critères d'exclusion	-
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Mode d'évaluation de l'indicateur	Recueil rétrospectif sur dossier Pour chaque dossier est recherché l'ensemble des éléments demandés dans le dossier. L'indicateur est la moyenne des dossiers.

- **Thème - Qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques**

Présentation du thème :
« Qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques »
Importance du thème
<p>L'insuffisance rénale chronique terminale est un problème majeur de santé publique dans de nombreux pays dont la France^{20,21}.</p> <p>L'insuffisance rénale est définie comme l'altération de la fonction excrétrice des reins, appelée usuellement « fonction rénale ». L'insuffisance rénale chronique²² est souvent évolutive et s'aggrave progressivement. Elle peut aboutir à l'insuffisance rénale chronique majeure ou terminale qui est irréversible, nécessitant des mesures « palliatives ». La prolongation de vie n'est possible que grâce aux traitements de suppléance que sont l'épuration extra-rénale (par hémodialyse ou dialyse péritonéale) ou la transplantation rénale²³.</p> <p>L'indication du traitement de suppléance dépend du débit de filtration glomérulaire et du contexte clinique. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) précisent que « le traitement par dialyse doit être débuté lorsque apparaissent les premières manifestations cliniques du syndrome d'insuffisance rénale chronique terminale, soit habituellement lorsque la clairance de la créatinine devient inférieure à 10 ml/min. Dans tous les cas où la clairance de la créatinine atteint 5 ml/min, le traitement doit être débuté ». Chaque fois que possible, la transplantation reste le traitement substitutif de choix⁴.</p> <p>Les techniques utilisées en France sont l'hémodialyse conventionnelle, l'hémofiltration, l'hémodiafiltration, la dialyse péritonéale continue ambulatoire et la dialyse péritonéale automatisée². L'hémodialyse demeure le principal mode de prise en charge des dialysés (93,3 % des patients en France)²⁴.</p> <p>Depuis 2009 les professionnels de néphrologie et de la dialyse se sont engagés dans le développement d'indicateurs pour améliorer la qualité et la sécurité des soins en partenariat avec l'INSERM et la HAS. En 2013 13 indicateurs ont été généralisés.</p>
Les indicateurs
<p>Le thème « Qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques » est composé de 13 indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maîtrise de l'anémie ; ▪ Surveillance du statut martial du patient traité par ASE ; ▪ Surveillance du bilan phosphocalcique ; ▪ Réalisation des dosages en milieu de semaine ; ▪ Surveillance sérologique des hépatites ; ▪ Appréciation de l'épuration – Prescription de 3 séances et 12 heures hebdomadaires ; ▪ Appréciation de l'épuration – Mesure de la dose de dialyse ; ▪ Respect des prescriptions médicales de dialyse ; ▪ Surveillance nutritionnelle – Statut nutritionnel ; ▪ Surveillance nutritionnelle – Consultation diététicienne ; ▪ Evaluation de l'accès à la transplantation ;

²⁰ USRDS, *Annual Data Report 2004*, U.S.R.D. System, Editor. 2004, National Institutes of Health, National Institutes of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases: Bethesda, MD.

²¹ Macron-Noguès, F. and M. Vernay, *La prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale traitée par dialyse en France en 2003 : l'enquête nationale Sros-IRCT*. Pratiques et Organisation des Soins, 2007. **38**(2): p. 103-109.

²² Schwarzbach, M., et al., *Effects of a clinical pathway on quality of care in kidney transplantation: a non-randomized clinical trial*. *Langenbecks Arch Surg*. **395**(1): p.11-7.

²³ ANAES, *Indications de l'épuration extra rénale dans l'insuffisance rénale chronique terminale*, A.n.d.a.e.d.é.e. santé, Editor. 1996, ANDEM: Paris.

²⁴ Agence de Biomédecine Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie (REIN) rapport Annuel 2011

- Voie d'abord vasculaire – Fistule artério veineuse;
- Voie d'abord vasculaire – Fistule artério veineuse native.

Parmi ces indicateurs 7 seront diffusés publiquement sur le site Scope Santé, dont 6 sous forme agrégée :

- Suivi des patients hémodialysés agrège : Surveillance du statut martial du patient traité par ASE, Surveillance du bilan phosphocalcique, Surveillance sérologique des hépatites et Surveillance nutritionnelle – Statut nutritionnel
- Appréciation de la qualité de la dialyse agrège : Appréciation de l'épuration – Prescription de 3 séances et 12 heures hebdomadaires et Appréciation de l'épuration – Mesure de la dose de dialyse
- Accès à la transplantation rénale

Echantillon

Le recueil des 13 indicateurs porte sur un même échantillon aléatoire de 60 séjours.

Fiche descriptive de l'indicateur : Accès à la transplantation rénale	
Définition	Proportion de patients ayant une évaluation de l'accès à la transplantation datant de moins d'un an.
Numérateur	Nombre de patients pour lesquels le dossier comporte la trace de l'évaluation de l'accès à la transplantation datant de moins d'un an.
Dénominateur	Nombre de patients dialysés n'ayant pas de contre-indication définitive à la transplantation.
Critères d'inclusion	<p>Pour chaque patient, 2 séances d'hémodialyse réalisées à 6 mois d'intervalle sont sélectionnées à partir des codes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ GHM 28Z04Z ; ▪ D09 (hémodialyse en centre) ; ▪ D11 (hémodialyse en unité de dialyse médicalisée) ; ▪ D12 (autodialyse simple) ; ▪ D13 (autodialyse assistée) ; ▪ D14 (hémodialyse à domicile).
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patients âgés de moins de 18 ans ; ▪ Patients décédés.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Recommandations^{25,26}	<p>« All patients with end-stage renal disease (ESRD) should be considered for renal transplantation unless they have absolute contra-indications, because renal transplantation offers a better life expectancy and quality of life than dialysis (Evidence level A) [...]</p> <p>Due to possible rapid change in the waiting recipient's medical condition, an update at regular intervals is recommended to avoid unexpected risks at the time of an offer of transplantation (Evidence level C) [...]</p> <p>Assessment may be performed every 6-12 months depending on the age and condition of the recipient (Evidence level C) »</p> <p>« All CKD 5 patients and CKD 4 patients with progressive disease should have their suitability for transplantation assessed annually and appropriate patients should be referred to a transplant centre. When transplantation is considered inappropriate the reason(s) should be documented. Patients should be placed on, or removed from the waiting list only after discussion and agreement with the nephrologist, transplant surgeon and the patient themselves according to local practice. »</p>
Analyse des recommandations	La transplantation rénale est le meilleur traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale, tout patient dialysé doit être évalué pour la transplantation rénale au moins annuellement à l'exception des patients présentant une contre-indication définitive.

²⁵ ERA, *EBPG Guidelines for Renal Transplantation (Part 1)*, T.E.R.A.-E.D.a.T. Association, Editor. 2000, Nephrol Dial Transplant. 15 (suppl 7): 1-85.

²⁶ UK-RA, *Clinical Practice Guidelines: assessment for renal transplantation. 4th edition. Final version*, U.R. Association, Editor. 2008.

- **Suivi des patients hémodialysés**

Fiche descriptive de l'indicateur : Surveillance du statut martial du patient traité par ASE	
Définition	Proportion de patients ASE+ pour lesquels, dans les 3 derniers mois, ont été réalisés : <ul style="list-style-type: none"> • un dosage de la ferritine (à distance de la dernière supplémentation en fer i.v) ET <ul style="list-style-type: none"> • une mesure du coefficient de saturation de la transferrine OU une mesure du pourcentage d'hématies hypochromes OU une mesure de la concentration en hémoglobine des réticulocytes.
Numérateur	Nombre de patients ASE+ pour lesquels, dans les 3 derniers mois, ont été réalisés : <ul style="list-style-type: none"> • un dosage de la ferritine au moins 6 jours après la dernière supplémentation en fer i.v. ET <ul style="list-style-type: none"> • une deuxième mesure permettant d'évaluer le statut martial du patient.
Dénominateur	Nombre de patients ASE+ inclus.
Critères d'inclusion	Pour chaque patient, 2 séances d'hémodialyse réalisées à 6 mois d'intervalle sont sélectionnées à partir des codes : <ul style="list-style-type: none"> ▪ GHM 28Z04Z ; ▪ D09 (hémodialyse en centre) ; ▪ D11 (hémodialyse en unité de dialyse médicalisée) ; ▪ D12 (autodialyse simple) ; ▪ D13 (autodialyse assistée) ; ▪ D14 (hémodialyse à domicile).
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patients âgés de moins de 18 ans ; ▪ Patients décédés.
Type d'indicateur	Indicateurs de processus. Ajustement sur le risque : non.
Recommandations²⁷	<p>« Tous les patients dialysés ayant une anémie traitée par un ASE doivent recevoir une supplémentation en fer pour maintenir ou atteindre les cibles d'hémoglobinémie (Grade B).</p> <p>La voie intraveineuse est la voie optimale pour l'administration du fer chez les patients en hémodialyse (Grade A)</p> <p>La dose d'ASE doit être ajustée suivant l'évolution de l'hémoglobinémie sous traitement.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pendant la phase de correction initiale, l'hémoglobinémie doit être surveillée toutes les deux à quatre semaines. [...] - Pendant la phase d'entretien, l'hémoglobinémie une fois stabilisée sera surveillée tous les un à deux mois [...] <p>Les réserves en fer doivent être régulièrement évaluées par le dosage de la ferritinémie. Les mesures devront être réalisées au moins une semaine après l'arrêt de toute administration intraveineuse de fer (Grade B). Pour rechercher un déficit fonctionnel en fer, le pourcentage de globules rouges</p>

²⁷ AFSSAPS, *Traitement de l'anémie au cours de l'Insuffisance Rénale Chronique de l'adulte*, A.F.d.S.S.d.P.d. Santé, Editor. 2005, AFSSAPS: Saint-Denis.

	hypochromes est le marqueur le plus sensible. Si cette mesure n'est pas disponible, la saturation de la transferrine peut être utilisée. La concentration corpusculaire moyenne en hémoglobine des réticulocytes est une autre option pour rechercher un déficit fonctionnel en fer (Grade B). »
Analyse des recommandations	La réserve en fer des patients ASE+ en traitement d'entretien doit être régulièrement évaluée.

Fiche descriptive de l'indicateur : Surveillance du bilan phosphocalcique	
Définition	Proportion de patients pour lesquels, ont été réalisées : <ul style="list-style-type: none"> • une mesure de la phosphorémie et de la calcémie totale au cours du dernier mois et avant le début de la séance de dialyse ET • une mesure de la PTH au cours des 3 derniers mois.
Numérateur	Nombre de patients pour lesquels sont retrouvées : <ul style="list-style-type: none"> • une mesure de la phosphorémie et de la calcémie réalisées au cours du dernier mois et avant le début de la séance ET • une mesure de la PTH réalisée au cours des 3 derniers mois.
Dénominateur	Nombre de patients inclus.
Critères d'inclusion	Pour chaque patient, 2 séances d'hémodialyse réalisées à 6 mois d'intervalle sont sélectionnées à partir des codes : <ul style="list-style-type: none"> ▪ GHM 28Z04Z ; ▪ D09 (hémodialyse en centre) ; ▪ D11 (hémodialyse en unité de dialyse médicalisée) ; ▪ D12 (autodialyse simple) ; ▪ D13 (autodialyse assistée) ; ▪ D14 (hémodialyse à domicile).
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patients âgés de moins de 18 ans ; ▪ Patients décédés.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Recommandations ^{28,29,30,31}	<p>« Serum calcium and phosphate should be measured in routine intervals and obtained immediately before the haemodialysis session starts. (Evidence level: C) The target range of serum phosphorus in dialysis patients should be 0.8–1.8 mmol/l (2.5–5.5 mg/dl) aiming for a normal Ca3P ion product (-55 mg2/dl2). (Evidence level: B) »</p> <p>« In CKD patients with kidney failure (Stage 5) and those treated with hemodialysis or peritoneal dialysis, the serum levels of phosphorus should be maintained between 3.5 and 5.5 mg/dL (1.13 and 1.78 mmol/L). (EVIDENCE)</p> <p>In CKD Patients With Kidney Failure (Stage 5): Serum levels of corrected total calcium should be maintained within the normal range for the laboratory used, preferably toward the lower end (8.4 to 9.5 mg/dL [2.10 to 2.37 mmol/L]). (OPINION) »</p> <p>« Pre-dialysis serum phosphate should be between 1.1 and 1.8mmol/l. [...] Pre-dialysis serum calcium, adjusted for serum albumin, should be within the normal range, preferably below 2.5 mmol/l. »</p> <p>La HAS recommande au stade de dialyse une surveillance biologique contenant la calcémie et la phosphorémie toutes les 2 à 4 semaines ainsi</p>

²⁸ ERA, *European Best Practice Guidelines for Haemodialysis (Part 1)*, T.E.R.A.-E.D.a.T. Association, Editor. 2002, Nephrol Dial Transplant 17 (suppl 7): 7-15.

²⁹ NKF, *K/DOQI Clinical practice guidelines on hypertension and antihypertensive agents in chronic kidney disease*, N.K. Foundation, Editor. 2004, Am J Kidney Dis 43(suppl 1): S1-290.

³⁰ UK-RA, *Clinical Practice Guidelines for Haemodialysis. 4th edition. Final version*, U.R. Association, Editor. 2007.

³¹ HAS, *Guide affection de longue durée : Néphropathie chronique grave*, H.A.d. Santé, Editor. 2007, HAS: Paris.

	que la PTH tous les 3 mois.
Analyse des recommandations	Les patients en dialyse doivent avoir une surveillance de leur calcémie et de leur phosphorémie tous les mois. Les professionnels du groupe de travail se sont accordés pour qu'une surveillance de la PTH soit réalisée tous les 3 mois.

Fiche descriptive de l'indicateur : Surveillance sérologique des hépatites	
Définition	Proportion de patients non-porteurs du virus HB et HC pour lesquels un bilan sérologique de l'hépatite B et C datant de moins de 6 mois est retrouvé.
Numérateur	Nombre de patients pour lesquels est retrouvée une surveillance du statut sérologique de l'hépatite B et C datant de moins de 6 mois.
Dénominateur	Nombre de patients VHC ⁻ /VHB ⁻ inclus.
Critères d'inclusion	Pour chaque patient, 2 séances d'hémodialyse réalisées à 6 mois d'intervalle sont sélectionnées à partir des codes : <ul style="list-style-type: none"> ▪ GHM 28Z04Z ; ▪ D09 (hémodialyse en centre) ; ▪ D11 (hémodialyse en unité de dialyse médicalisée) ; ▪ D12 (autodialyse simple) ; ▪ D13 (autodialyse assistée) ; ▪ D14 (hémodialyse à domicile).
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patients âgés de moins de 18 ans ; ▪ Patients décédés.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Recommandations³²	« En routine, le groupe de travail recommande de pratiquer : [...] - les sérologies VHB et VHC deux fois par an (ou PCR pour le VHC). »
Analyse des recommandations	Il est recommandé de pratiquer des sérologies VHB et VHC deux fois par an chez le patient dialysé.

³² SFHH, *Bonnes pratiques d'hygiène en hémodialyse - Recommandations de la Société Française d'Hygiène Hospitalière*, S.F.d.H. Hospitalière, Editor. 2005, Hygiènes 13 :79-156.

Fiche descriptive de l'indicateur : Surveillance nutritionnelle – Statut nutritionnel	
Définition	Proportion de patients pour lesquels, a été réalisée, une surveillance nutritionnelle datant de moins de 6 mois et comprenant l'évaluation de 3 critères parmi les 4 suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Indice de Masse Corporelle (IMC), • dosage de l'albumine (g/l), • calcul du nPCR, • pourcentage de la variation du poids sec dans les 6 derniers mois.
Numérateur	Nombre de patients pour lesquels 3 des 4 critères suivants sont retrouvés dans les 6 derniers mois : IMC, albuminémie, nPCR et/ou pourcentage de la variation du poids sec en 6 mois.
Dénominateur	Nombre de patients inclus.
Critères d'inclusion	Pour chaque patient, 2 séances d'hémodialyse réalisées à 6 mois d'intervalle sont sélectionnées à partir des codes : <ul style="list-style-type: none"> ▪ GHM 28Z04Z ; ▪ D09 (hémodialyse en centre) ; ▪ D11 (hémodialyse en unité de dialyse médicalisée) ; ▪ D12 (autodialyse simple) ; ▪ D13 (autodialyse assistée) ; ▪ D14 (hémodialyse à domicile).
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patients âgés de moins de 18 ans ; ▪ Patients décédés.
Type d'indicateur	Indicateurs de processus. Ajustement sur le risque : non.
Recommandations³³	<p>« In patients >50 years of age, and patients undergoing maintenance dialysis for more than 5 years, nutritional status should be monitored every 3 months (Opinion). [...]</p> <p>Malnutrition should be diagnosed by a number of assessment tools including (Opinion):</p> <ul style="list-style-type: none"> - (A) Dietary assessment; - (B) Body mass index [...] ; - (E) nPNA; - (F) Serum albumin [...] <p>Haemodialysis patients should maintain a BMI >23.0 (Evidence level III) [...]</p> <p>(F) Serum albumin and serum prealbumin [...]</p> <ul style="list-style-type: none"> - Serum albumin should be above 40 g/l by bromocresol green method (Evidence level III). - For other albumin assessment methods the target values should be adapted to the above (Opinion).
Analyse des recommandations	Les professionnels du groupe de travail se sont accordés sur le fait que les patients dialysés devraient être suivis tous les 6 mois sur le plan nutritionnel. Le dépistage de la dénutrition peut se faire par plusieurs outils dont l'IMC, le dosage de l'albumine sérique, le nPCR et la variation du poids sec en 6 mois.

³³ ERA, *EBPG Guideline on Nutrition*, T.E.R.A.-E.D.a.T. Association, Editor. 2007, Nephrol Dial Transplant. 22 (suppl 2): 45-87.

▪ **Appréciation de la qualité de la dialyse**

Fiche descriptive de l'indicateur : Appréciation de l'épuration – prescription de 3 séances et 12 heures hebdomadaires	
Définition	Proportion de patients ayant une prescription d'au moins 3 séances de dialyse d'une durée totale d'au moins 12 heures par semaine, au cours de la semaine analysée.
Numérateur	Nombre de patients pour lesquels une prescription d'au moins 3 séances de dialyse d'une durée totale d'au moins 12 heures est retrouvée pour la semaine analysée.
Dénominateur	Nombre de patients inclus.
Critères d'inclusion	Pour chaque patient, 2 séances d'hémodialyse réalisées à 6 mois d'intervalle sont sélectionnées à partir des codes : <ul style="list-style-type: none"> ▪ GHM 28Z04Z ; ▪ D09 (hémodialyse en centre) ; ▪ D11 (hémodialyse en unité de dialyse médicalisée) ; ▪ D12 (autodialyse simple) ; ▪ D13 (autodialyse assistée) ; ▪ D14 (hémodialyse à domicile).
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patients âgés de moins de 18 ans ; ▪ Patients décédés.
Critères d'exclusion secondaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patients atypiques <p>Les patients atypiques sont exclus du calcul du résultat de l'indicateur, les résultats de cette population sont rendus à l'établissement à titre individuel.</p>
Type d'indicateur	Indicateurs de processus. Ajustement sur le risque : non.
Recommandations ^{34,35,36}	<p>« Dialysis should be delivered at least 3 times per week and the total duration should be at least 12 h per week, unless supported by significant renal function [...] (Evidence level III)</p> <p>« Guideline 1.1: Dialysis should be delivered at least 3 times per week and the total duration should be at least 12 h per week, unless supported by significant renal function. See also Guideline 4.1. (Evidence level III)</p> <p>Guideline 1.2 : An increase in treatment time and/or frequency should be considered in patients with haemodynamic or cardiovascular instability. (Evidence level II)</p> <p>Guideline 1.3: Dialysis treatment time and/or frequency should be increased in patients who remain hypertensive despite maximum possible fluid removal. (Evidence level III)</p> <p>Guideline 1.4 : An increase of treatment time and/or frequency should be considered in patients with impaired phosphate control. (Evidence level III)</p> <p>Guideline 1.5 : An increase of dialysis time and/or frequency should be considered in malnourished patients. (Opinion) »</p>

³⁴ ERA, *EBPG guideline on dialysis strategies*, T.E.R.A.-E.D.a.T. Association, Editor. 2007, Nephrol Dial Transplant. 22 (suppl 2): 5-21.

³⁵ NKF, *K/DOQI Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations for 2006 Updates: Hemodialysis Adequacy*, N.K. Foundation, Editor. 2006, Am J Kidney Dis 48 (suppl 1): S1-S322.

³⁶ Nephrol Dial Transplant (2007) 22 [Suppl 2]: ii5-ii21 doi:10.1093/ndt/gfm022

Analyse des recommandations	<p>Les patients anuriques doivent être dialysés au moins 3 fois par semaine et au moins 12 heures. Le groupe d'experts a pris la décision d'élargir l'indicateur à l'ensemble de la population hémodialysée.</p> <p>Le nombre des séances et la durée hebdomadaire de dialyse sont à définir pour chaque patient en tenant compte de ses comorbidités et de sa tolérance. Certains patients sont ainsi dialysés plus de 12h hebdomadaires en 3 séances ou plus.</p> <p>L'indicateur permettra de mesurer le nombre de patients ayant bénéficié de ces modalités.</p>
------------------------------------	--

Fiche descriptive de l'indicateur : Appréciation de l'épuration – Mesure de la dose de dialyse	
Définition	Proportion de patients pour lesquels une mesure de la dose de dialyse (Kt/V, KT, coefficient d'extraction de l'urée, taux de réduction de l'urée, taux de l'épuration de l'urée ou dialysance ionique) datant de moins d'un mois est retrouvée.
Numérateur	Nombre de patients pour lesquels une mesure de la dose de dialyse datant de moins d'un mois est retrouvée.
Dénominateur	Nombre de patients inclus.
Critères d'inclusion	Pour chaque patient, 2 séances d'hémodialyse réalisées à 6 mois d'intervalle sont sélectionnées à partir des codes : <ul style="list-style-type: none"> ▪ GHM 28Z04Z ; ▪ D09 (hémodialyse en centre) ; ▪ D11 (hémodialyse en unité de dialyse médicalisée) ; ▪ D12 (autodialyse simple) ; ▪ D13 (autodialyse assistée) ; ▪ D14 (hémodialyse à domicile).
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patients âgés de moins de 18 ans ; ▪ Patients décédés.
Type d'indicateur	Indicateurs de processus. Ajustement sur le risque : non.
Recommandations ^{37,38}	<p>Delivered dialysis dose should be measured at least monthly. (Opinion)</p> <p>Dialysis dose should be measured using a validated method comparable with the reference method. The reference method is formal urea kinetic modelling using pre- and post-dialysis blood samples and taking ultrafiltration, urea generation and the post-dialysis rebound into account. (Opinion) [...]</p> <p>For three times weekly dialysis, dose should be quoted as eKt/V. For schedules other than three times weekly, dose should take frequency into account and be quoted as weekly standard Kt/V (stdKt/V), solute removal index (SRI) or equivalent renal clearance (EKR). (Opinion) [...]</p> <p>In anuric patients, treated by three times per week dialysis, the prescribed target eKt/V should be at least 1.2. Higher doses, up to 1.4 should be considered in females and those patients with high comorbidity. (Evidence level III) »</p> <p>« The delivered dose of HD should be measured at regular intervals no less than monthly. (A)</p> <p>The dose of HD should be expressed as (Kurea × Td)/Vurea (abbreviated as Kt/V), where Kurea is the effective (delivered) dialyzer urea clearance in milliliters per minute integrated over the entire dialysis, Td is the time in minutes measured from beginning to end of dialysis, and Vurea is the patient's volume of urea distribution in milliliters. (B)</p> <p>The preferred method for measurement of the delivered dose is formal urea kinetic modeling. Other methods may be used provided they give similar results and do not significantly overestimate the modeled dose. (A)</p>

³⁷ ERA, *EBPG guideline on dialysis strategies*, T.E.R.A.-E.D.a.T. Association, Editor. 2007, Nephrol Dial Transplant. 22 (suppl 2): 5-21.

³⁸ NKF, *K/DOQI Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations for 2006 Updates: Hemodialysis Adequacy*, N.K. Foundation, Editor. 2006, Am J Kidney Dis 48 (suppl 1): S1-S322.

	<p>[...]</p> <p>The target dose for HD given 3 times per week with Kr less than 2 mL/min/1.73 m² should be an spKt/V of 1.4 per dialysis not including RKF, or URR of 70%. (A) »</p>
Analyse des recommandations	<p>La dose de dialyse est évaluée avec la cinétique de l'urée et doit être évaluée au moins une fois par mois.</p>

Sept indicateurs transversaux déjà recueillis en 2014, à partir des données 2013

- Thème - Qualité du dossier du patient

Fiche descriptive de l'indicateur : Tenue du dossier patient (TDP) en MCO	
Définition	<p>Cet indicateur évalue la tenue du dossier des patients hospitalisés. Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score est proche de 100.</p> <p>L'indicateur est calculé à partir de 10 critères au maximum :</p> <p>Éléments communs à tous les dossiers :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Présence d'un document médical relatif à l'admission (Critère 1) 2. Examen médical d'entrée renseigné (Critère 2) 3. Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (<i>si applicable</i>) (Critère 3) 4. Courrier de fin d'hospitalisation ou compte rendu d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval (Critère 9) 5. Rédaction d'un traitement de sortie (<i>si applicable</i>) (Critère 8) 6. Dossier organisé et classé (Critère 10) <p>Éléments dépendants de la prise en charge :</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Présence d'un (ou des) compte(s) rendu(s) opératoire(s) (<i>si applicable</i>) (Critère 4) 8. Présence d'un compte rendu d'accouchement (<i>si applicable</i>) (Critère 5) 9. Dossier anesthésique renseigné (<i>si applicable</i>) (Critère 6) 10. Dossier transfusionnel renseigné (<i>si applicable</i>) (Critère 7)
Score individuel	Un score individuel est calculé pour chaque dossier. Il correspond à la somme des critères satisfaits divisée par la somme des critères applicables.
Score global	Le score global est calculé pour l'ensemble des dossiers. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x100).
Echantillon	Le score global est calculé sur un échantillon aléatoire de 80 dossiers.
Critère d'inclusion	Séjours hors séances d'au moins un jour stratifiés selon l'activité MCO.
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ; ▪ Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ; ▪ Séjours des nouveau-nés dits « non hospitalisés » ; ▪ Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissement, que ce soit en établissement « demandeur » ou en établissement « prestataire » ; ▪ Séjours avec un GHM erreur ; ▪ Séjours avec un GHM 23K02Z (explorations nocturnes et apparentées) ; ▪ Séjours en UHCD non suivis d'un séjour en MCO.
Type d'indicateur	Indicateur de processus.

	Score composite. Ajustement sur le risque : non.
Importance du thème	<p>La bonne tenue du dossier du patient est un élément important de la qualité et de la coordination des soins dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Le contenu du dossier médical est défini réglementairement dans le code de santé publique (article R 1112-1)³⁹.</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^{40,41,42,43,44,45,46,47,48,49}. Il en est attendu un impact fort sur la qualité de la prise en charge des patients.</p> <p>Depuis 2008, le recueil de l'indicateur TDP est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité MCO dans le cadre de la procédure de certification V2010 (chapitre 2, référence 14, critère 14.a)⁵⁰.</p> <p>Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs⁵¹.</p>

MODE D'EVALUATION DES CRITERES

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

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

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

Eléments communs à tous les dossiers

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

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

2. Examen médical d'entrée renseigné (Critère 2)

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

- (1). les motifs d'hospitalisation,
- (2). les antécédents et facteurs de risque,
- (3). le traitement habituel,

³⁹ Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, reprise et complétée dans la loi du 22 Avril 2005.

⁴⁰ Ausset S, Bouaziz H, Brosseau M, Kinirons B, Benhamou D. Improvement of information gained from the pre-anaesthetic visit through a quality-assurance programme. Br J Anaesth 2002; 88: 280-3.

⁴¹ Brami J, Doumenc M. Improving general practitioner records in France by a two-round medical audit. J Eval Clin Pract 2002; 8: 175-81.

⁴² Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine. Dossier patient: évolution de la conformité des dossiers patients entre 1997 et 2000 dans 12 établissements d'Aquitaine (rapport interne). Bordeaux: CCECQA; 2001.

⁴³ Damais-Cepitelli A, Martin P, Devos AM, Le Gueult LC. [Qualitative assessment of labile blood product prescription in Le Havre Hospital]. Transfus Clin Biol 2001; 8: 77-84.

⁴⁴ Thiru K, Hassey A, Sullivan F. Systematic review of scope and quality of electronic patient record data in primary care. Bmj 2003; 326: 1070.

⁴⁵ Boulay F, Chevallier T, Gendreike Y, Mailland V, Joliot Y, Sambuc R. [A method for auditing medical records quality: audit of 467 medical records within the framework of the medical information systems project quality control]. Sante Publique 1998; 10: 5-15.

⁴⁶ Francois P, Chirpaz E, Bontemps H, Labarere J, Bosson JL, Calop J. Evaluation of prescription-writing quality in a French university hospital. Clin Perform Qual Health Care 1997; 5: 111-5.

⁴⁷ Michel P, Bonarek M, Capdenat E, Groupe des médecins des DIM d'Aquitaine. Conformité à la réglementation des dossiers de soins dans 15 établissements publics de santé en Aquitaine. Presse Med 1998; 27: 1884-9.

⁴⁸ Perret du Cray MH, Remi C, Colin C, Mornex F, Gerard JP. [Quality of medical records in oncology: results of an audit of the Lyon Civil Hospices]. Cancer Radiother 2000; 4: 455-61.

⁴⁹ Williams JG, Kingham M, Morgan JM, Davies AB. Retrospective review of hospital patient records. Br Med J 1990; 300: 991-3

⁵⁰ Manuel de certification des établissements de santé, V2010, juin 2009.

⁵¹ <http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/>

(4). les conclusions de l'examen clinique initial.

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

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

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

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

4. Courrier de fin d'hospitalisation ou compte rendu d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval (Critère 9)

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

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

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

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

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

6. Dossier organisé et classé (Critère 10)

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

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

Eléments dépendants de la prise en charge

7. Présence d'un (ou des) compte(s) rendu(s) opératoire(s) (si applicable) (Critère 4)

Le critère est satisfait si un (ou des) compte(s) rendu(s) opératoire(s) est (sont) retrouvé(s) pour chaque intervention entraînant un passage au bloc opératoire ou en salle d'intervention pour la chirurgie obstétricale, ainsi que pour les endoscopies et les actes invasifs (techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale).

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

Le critère est satisfait si un compte rendu d'accouchement est retrouvé quel que soit le mode d'accouchement (par voie basse ou césarienne). Ce compte rendu doit renseigner à

minima sur l'identité du nouveau-né, son sexe, son poids, sa taille et son Apgar.

9. Dossier anesthésique renseigné (*si applicable*) (Critère 6)

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

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

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

10. Dossier transfusionnel renseigné (*si applicable*) (Critère 7)

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

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

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

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

Définition	<p>Cet indicateur évalue la tenue du dossier des patients hospitalisés. Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score est proche de 100.</p> <p>L'indicateur est calculé à partir de 13 critères au maximum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Présence des coordonnées du médecin désigné par le patient (si applicable) 2. Présence des documents médicaux relatifs à l'admission 3. Examen médical d'entrée renseigné 4. Evaluation de l'autonomie renseignée 5. Evaluation sociale renseignée 6. Evaluation psychologique renseignée 7. Projet thérapeutique renseigné 8. Participation ou accord du patient à son projet thérapeutique mentionné (si applicable) 9. Au moins une réunion pluri-professionnelle tracée 10. Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (si applicable) 11. Rédaction d'un traitement de sortie (si applicable) 12. Courrier de fin d'hospitalisation ou compte rendu d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval 13. Dossier organisé et classé
Score individuel	<p>Un score individuel est calculé pour chaque dossier. Il correspond à la somme des critères satisfaits divisée par la somme des critères applicables.</p>
Score global	<p>Le score global est calculé pour l'ensemble des dossiers. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x100).</p>
Echantillon	<p>Le score global est calculé sur un échantillon aléatoire de 80 dossiers.</p>
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours uniques d'au moins 8 jours (un séjour est unique lorsqu'un seul séjour est retrouvé pour un patient sur le semestre analysé) ▪ Séjours dont la date de sortie est comprise entre les semaines calendaires S1 et 24 ▪ Séjours en hospitalisation complète
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours dont la date d'entrée est comprise entre les semaines calendaires S1 et 2 ▪ Séjours dont la date d'entrée est antérieure au 1^{er} juillet de l'année N-1 ▪ Prises en charge qui comportent au moins une interruption de plus de 48 heures et qui sont, de ce fait, découpées en séjours successifs ▪ Prises en charge avec passage d'hospitalisation complète en hospitalisation partielle ▪ Séjours avec un GMD erreur
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus. Score composite. Ajustement sur le risque : non.</p>

<p>Importance du thème</p>	<p>La bonne tenue du dossier du patient est un élément important de la qualité et de la coordination des soins dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Le contenu du dossier médical est défini réglementairement dans le code de santé publique (article R 1112-1)⁵².</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^{53,54,55,56,57,58,59,60,61,62}. Il en est attendu un impact fort sur la qualité de la prise en charge des patients.</p> <p>Depuis 2009, le recueil de l'indicateur TDP est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité SSR dans le cadre de la procédure de certification V2010 (chapitre 2, référence 14, critère 14.a)⁶³.</p> <p>Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs⁶⁴.</p>
-----------------------------------	---

MODE D'EVALUATION DES CRITERES

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

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

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

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

Le critère est satisfait si les coordonnées du médecin désigné par le patient sont retrouvées dans le dossier du patient (au minimum nom et 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 :

⁵² Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, reprise et complétée dans la loi du 22 Avril 2005.

⁵³ Ausset S, Bouaziz H, Brosseau M, Kinirons B, Benhamou D. Improvement of information gained from the pre-anaesthetic visit through a quality-assurance programme. Br J Anaesth 2002; 88: 280-3.

⁵⁴ Brami J, Doumenc M. Improving general practitioner records in France by a two-round medical audit. J Eval Clin Pract 2002; 8: 175-81.

⁵⁵ Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine. Dossier patient: évolution de la conformité des dossiers patients entre 1997 et 2000 dans 12 établissements d'Aquitaine (rapport interne). Bordeaux: CCECQA; 2001.

⁵⁶ Damais-Cepitelli A, Martin P, Devos AM, Le Gueult LC. [Qualitative assessment of labile blood product prescription in Le Havre Hospital]. Transfus Clin Biol 2001; 8: 77-84.

⁵⁷ Thiru K, Hassey A, Sullivan F. Systematic review of scope and quality of electronic patient record data in primary care. Bmj 2003; 326: 1070.

⁵⁸ Boulay F, Chevallier T, Gendreike Y, Mailland V, Joliot Y, Sambuc R. [A method for auditing medical records quality: audit of 467 medical records within the framework of the medical information systems project quality control]. Sante Publique 1998; 10: 5-15.

⁵⁹ Francois P, Chirpaz E, Bontemps H, Labarere J, Bosson JL, Calop J. Evaluation of prescription-writing quality in a French university hospital. Clin Perform Qual Health Care 1997; 5: 111-5.

⁶⁰ Michel P, Bonarek M, Capdenat E, Groupe des médecins des DIM d'Aquitaine. Conformité à la réglementation des dossiers de soins dans 15 établissements publics de santé en Aquitaine. Presse Med 1998; 27: 1884-9.

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

⁶² Williams JG, Kingham M, Morgan JM, Davies AB. Retrospective review of hospital patient records. Br Med J 1990; 300: 991-3

⁶³ Manuel de certification des établissements de santé, V2010, juin 2009.

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

- (1). Antécédents
- (2). Anamnèse
- (3). Traitement habituel
- (4). Examen clinique initial
- (5). Conclusions de l'examen clinique initial

4. 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.

5. 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.

6. 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.

7. Projet thérapeutique renseigné

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

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

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

9. Au moins une réunion 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.

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

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

- (1). Nom et prénom du patient
- (2). Date de prescription
- (3). Signature du prescripteur
- (4). Nom du prescripteur
- (5). Dénomination des médicaments
- (6). Posologie
- (7). Voie d'administration

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

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

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

- (1). Nom et prénom du patient
- (2). Date de prescription
- (3). Nom du médecin
- (4). Dénomination des médicaments
- (5). Posologie
- (6). Voie d'administration
- (7). Durée du traitement

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

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

éléments suivants :

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

13. Dossier organisé et classé

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

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

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

Définition	<p>Cet indicateur évalue la tenue du dossier des patients hospitalisés. Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score est proche de 100.</p> <p>L'indicateur est calculé à partir de 12 critères au maximum :</p> <p>Eléments communs à tous les dossiers de prise en charge en HAD:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Document médical justifiant l'admission en HAD (Critère 1) 2. Eléments relatifs à la pré-admission renseignés (Critère 2) 3. Accord du médecin traitant pour la prise en charge du patient en HAD (Critère 3) <i>(si applicable)</i> 4. Accord du patient ou de son entourage pour sa prise en charge en HAD (Critère 4) 5. Protocole de soins renseigné et daté (Critère 5) 6. Trace des prescriptions médicamenteuses nécessaires au démarrage de la prise en charge (Critère 6) 7. Trace d'une organisation du traitement médicamenteux à l'admission (Critère 7) <i>(si applicable)</i> 8. Evaluation de la dépendance par une échelle détaillée (Critère 8) 9. Trace d'une réunion de synthèse pluri-professionnelle au cours du séjour (Critère 9) 10. Trace de la transmission des informations assurant la continuité des soins à la sortie <i>(si applicable)</i> (Critère 10) 11. Courrier de fin d'hospitalisation ou compte-rendu d'hospitalisation comportant les éléments nécessaires à la coordination en aval (Critère 11) 12. Dossier organisé et classé (Critère 12)
Score individuel	Un score individuel est calculé pour chaque dossier. Il correspond à la somme des critères satisfaits divisée par la somme des critères applicables.
Score global	Le score global est calculé pour l'ensemble des dossiers. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x100).
Echantillon	Le score global est calculé sur un échantillon aléatoire de 60 dossiers.
Critère d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours d'au moins 8 jours non précédés par un autre séjour dans le mois précédent, ni suivi par un autre séjour dans le mois qui suit.
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours inférieurs ou égal à 7 jours ; ▪ Séjours des patients ayant moins de 18 ans au moment du séjour ; ▪ Séjours précédés et/ou suivis par un autre séjour sur une période d'un mois ; ▪ Séjours avec un GHPC erreur.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Score composite. Ajustement sur le risque : non.
Importance du thème	La bonne tenue du dossier du patient est un élément important de la qualité et de la coordination des soins dans le cadre d'une prise en

	<p>charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Le contenu du dossier médical est défini réglementairement dans le code de santé publique (article R 1112-1)⁶⁵.</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^{66,67,68,69,70,71,72,73,74,75}. Il en est attendu un impact fort sur la qualité de la prise en charge des patients.</p> <p>Le recueil de l'indicateur TDP est obligatoire depuis 2008 pour les établissements de santé ayant une activité MCO, et depuis 2009 pour les établissements ayant une activité SSR dans le cadre de la procédure de certification V2010 (chapitre 2, référence 14, critère 14.a)⁷⁶. Depuis 2010, le recueil de l'indicateur TDP concerne également les établissements ayant une activité HAD dans le cadre de la procédure de certification V2010.</p> <p>Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs⁷⁷. Il est adapté à la prise en charge en HAD.</p>
--	--

MODE D'EVALUATION DES CRITERES

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

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

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

Eléments communs à tous les dossiers de prise en charge en HAD

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

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

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

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

2. Eléments relatifs à la pré-admission renseignés (Critère 2)

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

⁶⁵ Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, reprise et complétée dans la loi du 22 Avril 2005.

⁶⁶ Ausset S, Bouaziz H, Brosseau M, Kinirons B, Benhamou D. Improvement of information gained from the pre-anaesthetic visit through a quality-assurance programme. Br J Anaesth 2002; 88: 280-3.

⁶⁷ Brami J, Doumenc M. Improving general practitioner records in France by a two-round medical audit. J Eval Clin Pract 2002; 8: 175-81.

⁶⁸ Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine. Dossier patient: évolution de la conformité des dossiers patients entre 1997 et 2000 dans 12 établissements d'Aquitaine (rapport interne). Bordeaux: CCECQA; 2001.

⁶⁹ Damais-Cepitelli A, Martin P, Devos AM, Le Gueult LC. [Qualitative assessment of labile blood product prescription in Le Havre Hospital]. Transfus Clin Biol 2001; 8: 77-84.

⁷⁰ Thiru K, Hassey A, Sullivan F. Systematic review of scope and quality of electronic patient record data in primary care. Bmj 2003; 326: 1070.

⁷¹ Boulay F, Chevallier T, Gendreike Y, Mailland V, Joliot Y, Sambuc R. [A method for auditing medical records quality: audit of 467 medical records within the framework of the medical information systems project quality control]. Sante Publique 1998; 10: 5-15.

⁷² Francois P, Chirpaz E, Bontemps H, Labarere J, Bosson JL, Calop J. Evaluation of prescription-writing quality in a French university hospital. Clin Perform Qual Health Care 1997; 5: 111-5.

⁷³ Michel P, Bonarek M, Capdenat E, Groupe des médecins des DIM d'Aquitaine. Conformité à la réglementation des dossiers de soins dans 15 établissements publics de santé en Aquitaine. Presse Med 1998; 27: 1884-9.

⁷⁴ Perret du Cray MH, Remi C, Colin C, Mornex F, Gerard JP. [Quality of medical records in oncology: results of an audit of the Lyon Civil Hospices]. Cancer Radiother 2000; 4: 455-61.

⁷⁵ Williams JG, Kingham M, Morgan JM, Davies AB. Retrospective review of hospital patient records. Br Med J 1990; 300: 991-3

⁷⁶ Manuel de certification des établissements de santé, V2010, révisé avril 2011.

⁷⁷ <http://www.compaqh.fr>

suivants :

- (1). les antécédents,
- (2). la pathologie à l'origine de la prise en charge,
- (3). le motif de la prise en charge,
- (4). une évaluation de la dépendance
 - réalisation à l'aide d'une échelle : type AVQ, AGGIR, Virginia Henderson, etc... ;
 - OU utilisation d'un questionnaire propre à l'établissement complété.
- (5). une évaluation sociale formalisée : facilement identifiable, spécifiée sous forme de rubrique, feuille à part, tête de chapitre... (*si applicable*)

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

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

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

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

Le critère est satisfait s'il est notifié dans le dossier que le patient (ou son entourage) accepte ou non sa prise en charge en HAD ; ou s'il est notifié dans le dossier que le patient n'est pas en état de recevoir d'informations et qu'il n'a pas d'entourage.

5. Protocole de soins renseigné et daté (Critère 5)

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

- (1). **Protocole de soins daté au plus tard dans les 7 jours suivant l'admission :** entre la pré-admission et les 7 jours suivant l'admission ;
- (2). **Identification des intervenants (HAD ou libéral) qui interviendront au domicile du patient (*au moins un intervenant*) :** IDE, kiné, cabinet libéral, etc... ;
- (3). **Pour chaque intervenant identifié (HAD ou libéral), il est précisé :**
 - (3a) **le(s) type(s) d'intervention(s) :** type de soins qui sera fourni par le professionnel (pansements escarre, nursing, rééducation kiné, bilan psychologique, etc...) ;
 - (3b) **la fréquence/rythme** (ex : 3 fois/semaine, tous les jours, etc.), et/ou **le nombre d'interventions** (2 séances, passage hebdomadaire, etc.).

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

Le critère est satisfait

- si les prescriptions médicamenteuses ou l'ordonnance nécessaires au démarrage de la prise en charge sont retrouvées et datées au plus tard dans les 48 heures suivant l'admission. Elles peuvent être antérieures à l'admission.
- OU s'il est noté dans le dossier que le patient n'a pas de traitement à l'admission ;

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

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

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

- (1). Nom/fonction ou entité du responsable de la préparation des médicaments ;
- (2). Nom/fonction ou entité du responsable de l'administration des médicaments.

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

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

8. Evaluation de la dépendance par une échelle détaillée (Critère 8)

Le critère est satisfait :

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

ET

- si le détail de cette évaluation apparaît.

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

9. Trace d'une réunion de synthèse pluri-professionnelle au cours du séjour (Critère 9)

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

10. Trace de la transmission des informations assurant la continuité des soins à la sortie (Critère 10) (si applicable)

Le critère est satisfait uniquement si on retrouve une trace des informations assurant la continuité des soins à la sortie (*cas de mutation ou de transfert*) :

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

Ce critère s'applique uniquement aux patients transférés ou mutés à la fin du séjour.

11. Courrier de fin d'hospitalisation ou compte-rendu d'hospitalisation comportant les éléments nécessaires à la coordination en aval (Critère 11)

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

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

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

12. Dossier organisé et classé (Critère 12)

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

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

**Fiche descriptive de l'indicateur :
Tenue du dossier patient (TDP) en santé mentale (PSY)**

Définition	<p>Cet indicateur évalue la tenue du dossier des patients hospitalisés. Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score est proche de 100.</p> <p>L'indicateur est calculé à partir de 9 critères au maximum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Document d'un médecin relatif à l'admission 2. Mention de la protection judiciaire et des personnes désignées 3. Trace de la modalité d'hospitalisation à l'admission et de l'information donnée au patient sur cette modalité (si établissement habilité à recevoir des patients en admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état ou à la demande d'un tiers) 4. Présence d'un examen psychiatrique fait par un médecin dans les 24 heures après l'admission avec au minimum : <ul style="list-style-type: none"> ○ Mention des traitements médicamenteux en cours (ou de l'absence de traitements) ○ Mention des antécédents somatiques (ou de l'absence d'antécédents) ○ Mention des antécédents psychiatriques (ou de l'absence d'antécédents) 5. Présence d'un suivi médical hebdomadaire psychiatrique du patient au cours du séjour 6. Conformité de la rédaction des prescriptions médicamenteuses établies au cours de l'hospitalisation (si applicable) 7. Conformité de la rédaction du traitement de sortie (si applicable) 8. Conformité du courrier de fin d'hospitalisation ou du compte rendu d'hospitalisation 9. Dossier organisé et classé
Score individuel	<p>Un score individuel est calculé pour chaque dossier. Il correspond à la somme des critères satisfaits divisée par la somme des critères applicables.</p>
Score global	<p>Le score global est calculé pour l'ensemble des dossiers. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x100).</p>
Échantillon	<p>Le score global est calculé sur un échantillon aléatoire de 80 dossiers.</p>
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours uniques d'au moins 8 jours (un séjour est unique lorsqu'un seul séjour est retrouvé pour un patient sur la période de tirage au sort analysée) ▪ Séjours en hospitalisation à temps plein ▪ Séjours de patients adultes
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours hors psychiatrie ▪ Patients de moins de 18 ans ▪ Séjours ne correspondant pas à une hospitalisation à temps plein ▪ Séjours inférieurs ou égaux à 7 jours ▪ Séjours itératifs ▪ Patients ré-hospitalisés après une sortie à l'essai

Type d'indicateur	Indicateur de processus. Score composite. Ajustement sur le risque : non.
Importance du thème	<p>La bonne tenue du dossier du patient est un élément important de la qualité et de la coordination des soins dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Le contenu du dossier médical est défini réglementairement dans le code de santé publique (article R 1112-1)⁷⁸.</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^{79,80,81,82,83,84,85,86,87,88}. Il en est attendu un impact fort sur la qualité de la prise en charge des patients.</p> <p>Le recueil de l'indicateur TDP est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité en santé mentale dans le cadre de la procédure de certification V2010 (chapitre 2, référence 14, critère 14.a)⁸⁹.</p> <p>Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs⁹⁰.</p>

MODE D'EVALUATION DES CRITERES

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

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

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

1. Document d'un médecin relatif à l'admission

Le critère est satisfait si le document d'un médecin relatif à l'admission du patient est retrouvé dans le dossier du patient.

2. Mention de la protection judiciaire et des personnes désignées

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

- Mention de la mesure de protection judiciaire
- Mention de la recherche de la personne de confiance
- Mention de l'identité de la personne à prévenir

⁷⁸ Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, reprise et complétée dans la loi du 22 Avril 2005.

⁷⁹ Ausset S, Bouaziz H, Brosseau M, Kinirons B, Benhamou D. Improvement of information gained from the pre-anaesthetic visit through a quality-assurance programme. Br J Anaesth 2002; 88: 280-3.

⁸⁰ Brami J, Doumenc M. Improving general practitioner records in France by a two-round medical audit. J Eval Clin Pract 2002; 8: 175-81.

⁸¹ Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine. Dossier patient: évolution de la conformité des dossiers patients entre 1997 et 2000 dans 12 établissements d'Aquitaine (rapport interne). Bordeaux: CCECQA; 2001.

⁸² Damais-Cepitelli A, Martin P, Devos AM, Le Gueult LC. [Qualitative assessment of labile blood product prescription in Le Havre Hospital]. Transfus Clin Biol 2001; 8: 77-84.

⁸³ Thiru K, Hassey A, Sullivan F. Systematic review of scope and quality of electronic patient record data in primary care. Bmj 2003; 326: 1070.

⁸⁴ Boulay F, Chevallier T, Gendreike Y, Mailland V, Joliot Y, Sambuc R. [A method for auditing medical records quality: audit of 467 medical records within the framework of the medical information systems project quality control]. Sante Publique 1998; 10: 5-15.

⁸⁵ Francois P, Chirpaz E, Bontemps H, Labarere J, Bosson JL, Calop J. Evaluation of prescription-writing quality in a French university hospital. Clin Perform Qual Health Care 1997; 5: 111-5.

⁸⁶ Michel P, Bonarek M, Capdenat E, Groupe des médecins des DIM d'Aquitaine. Conformité à la réglementation des dossiers de soins dans 15 établissements publics de santé en Aquitaine. Presse Med 1998; 27: 1884-9.

⁸⁷ Perret du Cray MH, Remi C, Colin C, Mornex F, Gerard JP. [Quality of medical records in oncology: results of an audit of the Lyon Civil Hospices]. Cancer Radiother 2000; 4: 455-61.

⁸⁸ Williams JG, Kingham M, Morgan JM, Davies AB. Retrospective review of hospital patient records. Br Med J 1990; 300: 991-3

⁸⁹ Manuel de certification des établissements de santé, V2010, révisé avril 2011.

⁹⁰ <http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/>

3. Trace de la modalité d'hospitalisation à l'admission et de l'information donnée au patient sur cette modalité (admission en soins psychiatriques sur décision du représentant ou à la demande d'un tiers)

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

- La trace de la modalité d'hospitalisation au moment de l'admission
- La trace d'une information donnée au patient sur sa modalité d'hospitalisation

4. Présence d'un examen psychiatrique fait par un médecin dans les 24 heures après l'admission avec au minimum :

Le critère est satisfait si le dossier comporte la trace d'un examen psychiatrique fait par un médecin (dont l'identité est tracée dans le dossier) dans les 24 heures suivant l'admission du patient et avec un contenu minimum :

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

5. Présence d'un suivi médical hebdomadaire psychiatrique du patient au cours du séjour

Le critère est satisfait si le dossier comporte :

- La trace d'un suivi médical psychiatrique au cours du séjour
- Et si on retrouve au moins un suivi pour chaque semaine du séjour

6. Conformité de la rédaction des prescriptions médicamenteuses établies au cours de l'hospitalisation (si applicable)

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

- (1). Nom et prénom du patient
- (2). Date de prescription
- (3). Signature du prescripteur
- (4). Nom du prescripteur
- (5). Dénomination des médicaments
- (6). Posologie
- (7). Voie d'administration

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

7. Conformité de la rédaction du traitement de sortie (si applicable)

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

- (1). Nom et prénom du patient
- (2). Date de prescription
- (3). Nom du médecin
- (4). Dénomination des médicaments
- (5). Posologie
- (6). Voie d'administration
- (7). Durée du traitement

8. Conformité du courrier de fin d'hospitalisation ou compte rendu d'hospitalisation

Le critère est satisfait si le courrier de fin d'hospitalisation ou le compte rendu d'hospitalisation retrace les 4 éléments suivants :

- (1). Identité du médecin destinataire (nom et adresse) ou du service en cas de mutation ou de transfert
- (2). Référence aux dates du séjour (date d'entrée et date de sortie)
- (3). Trace de l'organisation d'un suivi

(4). Trace écrite d'un traitement de sortie

9. Dossier organisé et classé

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

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

**Fiche descriptive de l'indicateur :
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC) en MCO**

Définition	Cet indicateur, présenté sous forme de taux, évalue la qualité et le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation.
Numérateur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de séjours pour lesquels le courrier de fin d'hospitalisation est envoyé dans un délai inférieur ou égal à huit jours, <p><u>ET</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dont le contenu comprend les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Echantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 80 séjours.
Critère d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours hors séances d'au moins un jour stratifiés selon l'activité MCO.
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ; ▪ Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ; ▪ Séjours des nouveau-nés dits « non hospitalisés » ; ▪ Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissement, que ce soit en établissement « demandeur » ou en établissement « prestataire » ; ▪ Séjours avec un GHM erreur ; ▪ Séjours avec un GHM 23K02Z (explorations nocturnes et apparentées) ; ▪ Séjours en UHCD non suivis d'un séjour en MCO ; ▪ Séjours de patients décédés ; ▪ Séjours de patients mutés.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Importance du thème	<p>Le courrier de fin d'hospitalisation, document signé par un médecin de l'établissement et adressé au médecin de ville ou à la structure de transfert, ou encore remis au patient le jour de sa sortie, est un élément clé de la continuité des soins. Il résume les conclusions de l'hospitalisation et établit des préconisations de prise en charge après la sortie afin d'assurer une bonne coordination « hôpital/ville » ou « hôpital/structure de transfert ». En cas de mutation, les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins doivent être retrouvés dans le dossier.</p> <p>L'envoi du courrier de fin d'hospitalisation doit être effectué réglementairement dans un délai de 8 jours (article R 1112-1 du CSP)⁹¹.</p> <p>Depuis 2008, le recueil de l'indicateur DEC est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité MCO dans le cadre de la procédure de certification V2010 (chapitre 2, référence 24, critère 24.a)⁹².</p> <p>Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs⁹³. Il est identique à celui généralisé dans le secteur SSR.</p>

⁹¹ Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, reprise et complétée dans la loi du 22 Avril 2005.

⁹² Manuel de certification des établissements de santé, V2010, juin 2009.

⁹³ <http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/>

MODE D'ÉVALUATION DE L'INDICATEUR

L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire.

L'indicateur évalue la proportion de séjours pour lesquels le courrier de fin d'hospitalisation, comprenant les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins, est envoyé dans un délai inférieur ou égal à huit jours.

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

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

Le délai d'envoi est calculé si le courrier de fin d'hospitalisation est retrouvé et daté.

Le délai d'envoi est estimé grâce à la différence entre la date inscrite sur le courrier de fin d'hospitalisation et la date de sortie de l'établissement.

Le compte rendu d'hospitalisation est assimilé à un courrier de fin d'hospitalisation lorsqu'il est envoyé au destinataire concerné (date d'envoi retrouvée).

Si le courrier de fin d'hospitalisation n'est pas retrouvé ou s'il n'est pas daté, le dossier est considéré comme non conforme.

Les délais négatifs sont ramenés à 0.

**Fiche descriptive de l'indicateur :
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC) en SSR**

Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la qualité et le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation.
Numérateur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de séjours pour lesquels le courrier de fin d'hospitalisation est envoyé dans un délai inférieur ou égal à huit jours, <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dont le contenu comprend les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Echantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 80 séjours.
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours uniques d'au moins 8 jours (un séjour est unique lorsqu'un seul séjour est retrouvé pour un patient sur le semestre analysé) ▪ Séjours dont la date de sortie est comprise entre les semaines calendaires S1 et 24 ▪ Séjours en hospitalisation complète
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours dont la date d'entrée est comprise entre les semaines calendaires S1 et 2 ▪ Séjours dont la date d'entrée est antérieure au 1^{er} juillet de l'année N-1 ▪ Prises en charge qui comportent au moins une interruption de plus de 48 heures et qui sont, de ce fait, découpées en séjours successifs ▪ Prises en charge avec passage d'hospitalisation complète en hospitalisation partielle ▪ Séjours avec un GMD erreur ▪ Séjours de patients décédés ▪ Séjours de patients mutés
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Importance du thème	<p>Le courrier de fin d'hospitalisation, document signé par un médecin de l'établissement et adressé au médecin de ville ou à la structure de transfert, ou encore remis au patient le jour de sa sortie, est un élément clé de la continuité des soins. Il résume les conclusions de l'hospitalisation et établit des préconisations de prise en charge après la sortie afin d'assurer une bonne coordination « hôpital/ville » ou « hôpital/structure de transfert ». En cas de mutation, les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins doivent être retrouvés dans le dossier.</p> <p>L'envoi du courrier de fin d'hospitalisation doit être effectué réglementairement dans un délai de 8 jours (article R 1112-1 du CSP)⁹⁴.</p> <p>Depuis 2009, le recueil de l'indicateur DEC est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité SSR dans le cadre de la procédure de certification V2010 (chapitre 2, référence 24, critère 24.a)⁹⁵.</p> <p>Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs⁹⁶. Il est identique à celui généralisé dans le secteur MCO.</p>

⁹⁴ Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, reprise et complétée dans la loi du 22 Avril 2005.

⁹⁵ Manuel de certification des établissements de santé, V2010, juin 2009.

⁹⁶ <http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/>

MODE D'EVALUATION DE L'INDICATEUR

L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire.

L'indicateur évalue la proportion de séjours pour lesquels le courrier de fin d'hospitalisation, comprenant les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins, est envoyé dans un délai inférieur ou égal à huit jours.

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

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

Le délai d'envoi est calculé si le courrier de fin d'hospitalisation est retrouvé et daté.

Le délai d'envoi est estimé grâce à la différence entre la date inscrite sur le courrier de fin d'hospitalisation et la date de sortie de l'établissement.

Le compte rendu d'hospitalisation est assimilé à un courrier de fin d'hospitalisation lorsqu'il est envoyé au destinataire concerné (date d'envoi retrouvée).

Si le courrier de fin d'hospitalisation n'est pas retrouvé ou s'il n'est pas daté, le dossier est considéré comme non conforme.

Les délais négatifs sont ramenés à 0.

Fiche descriptive de l'indicateur : Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC) en HAD	
Définition	Cet indicateur évalue la qualité et le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation. Il est composé de deux niveaux donnant lieu au calcul de deux mesures distinctes, présentées sous la forme d'un taux.
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels le courrier de fin d'hospitalisation est envoyé dans un délai inférieur ou égal à huit jours, ET <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dont le contenu comprend les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Echantillon	Chaque niveau de l'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 60 séjours.
Critère d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours d'au moins 8 jours non précédés par un autre séjour dans le mois précédent, ni suivi par un autre séjour dans le mois qui suit.
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours inférieurs ou égal à 7 jours ; ▪ Séjours des patients ayant moins de 18 ans au moment du séjour ; ▪ Séjours précédés et/ou suivis par un autre séjour sur une période d'un mois ; ▪ Séjours avec un GHPC erreur ; ▪ Séjours de patients décédés ; ▪ Séjours de patients mutés.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Importance du thème	<p>Le courrier de fin d'hospitalisation, document signé par un médecin de l'établissement et adressé au médecin de ville ou à la structure de transfert, ou encore remis au patient le jour de sa sortie, est un élément clé de la continuité des soins. Il résume les conclusions de l'hospitalisation et établit des préconisations de prise en charge après la sortie afin d'assurer une bonne coordination « hôpital/ville » ou « hôpital/structure de transfert ». En cas de mutation, les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins doivent être retrouvés dans le dossier.</p> <p>L'envoi du courrier de fin d'hospitalisation doit être effectué réglementairement dans un délai de 8 jours (article R 1112-1 du CSP)⁹⁷.</p> <p>Le recueil de l'indicateur DEC est obligatoire depuis 2008 pour les établissements de santé ayant une activité MCO, et depuis 2009 pour les établissements de santé ayant une activité SSR dans le cadre de la procédure de certification V2010 (chapitre 2, référence 24, critère 24.a)⁹⁸. Depuis 2010, le recueil de l'indicateur DEC concerne également les établissements ayant une activité HAD dans le cadre de la procédure de certification V2010.</p>

⁹⁷ Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, reprise et complétée dans la loi du 22 Avril 2005.

⁹⁸ Manuel de certification des établissements de santé, V2010, révisé avril 2011.

Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs⁹⁹. Sa construction est similaire à celui généralisé dans les secteurs MCO et SSR.

MODE D'EVALUATION DE L'INDICATEUR

L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire.

L'indicateur évalue la proportion de séjours pour lesquels le courrier de fin d'hospitalisation, comprenant les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins, est envoyé dans un délai inférieur ou égal à huit jours.

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

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

Le délai d'envoi est calculé si le courrier de fin d'hospitalisation est retrouvé et daté.

Le délai d'envoi est estimé grâce à la différence entre la date inscrite sur le courrier de fin d'hospitalisation et la date de sortie de l'établissement.

Le compte rendu d'hospitalisation est assimilé à un courrier de fin d'hospitalisation lorsqu'il est envoyé au destinataire concerné (date d'envoi retrouvée).

Si le courrier de fin d'hospitalisation n'est pas retrouvé ou s'il n'est pas daté, le dossier est considéré comme non conforme.

Les délais négatifs sont ramenés à 0.

⁹⁹ <http://www.compagh.fr>

**Fiche descriptive de l'indicateur :
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC) en santé mentale (PSY)**

Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la qualité et le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation.
Numérateur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de séjours pour lesquels le courrier de fin d'hospitalisation ou le compte-rendu d'hospitalisation est envoyé dans un délai inférieur ou égal à huit jours, <p><u>ET</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dont le contenu comprend les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Echantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 80 séjours.
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours uniques d'au moins 8 jours (un séjour est unique lorsqu'un seul séjour est retrouvé pour un patient sur la période de tirage au sort analysée) ▪ Séjours en hospitalisation à temps plein ▪ Séjours de patients adultes
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours hors psychiatrie ▪ Patients de moins de 18 ans ▪ Séjours ne correspondant pas à une hospitalisation à temps plein ▪ Séjours inférieurs ou égaux à 7 jours ▪ Séjours itératifs ▪ Patients ayant une sortie à l'essai au cours du séjour évalué ▪ Séjours de patients décédés à la sortie ▪ Séjours de patients mutés à la sortie
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Importance du thème	<p>Le courrier de fin d'hospitalisation, document signé par un médecin de l'établissement et adressé au médecin de ville ou à la structure de transfert, ou encore remis au patient le jour de sa sortie, est un élément clé de la continuité des soins. Il résume les conclusions de l'hospitalisation et établit des préconisations de prise en charge après la sortie afin d'assurer une bonne coordination « hôpital/ville » ou « hôpital/structure de transfert ». En cas de mutation, les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins doivent être retrouvés dans le dossier.</p> <p>L'envoi du courrier de fin d'hospitalisation doit être effectué réglementairement dans un délai de 8 jours (article R 1112-1 du CSP)¹⁰⁰.</p> <p>Le recueil de l'indicateur DEC est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité en santé mentale dans le cadre de la procédure de certification V2010 (chapitre 2, référence 24, critère 24.a)¹⁰¹.</p>

¹⁰⁰ Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, reprise et complétée dans la loi du 22 Avril 2005.

¹⁰¹ Manuel de certification des établissements de santé, V2010, révisé avril 2011.

	Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs ¹⁰² . Il est identique à celui généralisé dans le secteur MCO, SSR et HAD.
--	--

MODE D'EVALUATION DE L'INDICATEUR

L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire.

L'indicateur évalue la proportion de séjours pour lesquels le courrier de fin d'hospitalisation, comprenant les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins, est envoyé dans un délai inférieur ou égal à huit jours.

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

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

Le délai d'envoi est calculé si le courrier de fin d'hospitalisation est retrouvé et daté.

Le délai d'envoi est estimé grâce à la différence entre la date inscrite sur le courrier de fin d'hospitalisation et la date de sortie de l'établissement.

Le compte rendu d'hospitalisation est assimilé à un courrier de fin d'hospitalisation lorsqu'il est envoyé au destinataire concerné (date d'envoi retrouvée).

Si le courrier de fin d'hospitalisation n'est pas retrouvé ou s'il n'est pas daté, le dossier est considéré comme non conforme.

Les délais négatifs sont ramenés à 0.

¹⁰² <http://ifr69.vjf.inserm.fr/compagh/>

Fiche descriptive de l'indicateur :
Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD) en MCO

Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la traçabilité dans le dossier du patient de l'évaluation de la douleur avec une échelle.
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels il existe : <ul style="list-style-type: none"> ▪ au moins <u>un résultat</u> de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du <u>patient non algique</u> ; OU ▪ au moins <u>deux résultats</u> de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du <u>patient algique</u>.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Echantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 80 séjours.
Critère d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours hors séances d'au moins un jour stratifiés selon l'activité MCO.
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ; ▪ Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ; ▪ Séjours des nouveau-nés dits « non hospitalisés » ; ▪ Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissement, que ce soit en établissement « demandeur » ou en établissement « prestataire » ; ▪ Séjours avec un GHM erreur ; ▪ Séjours avec un GHM 23K02Z (explorations nocturnes et apparentées) ; ▪ Séjours en UHCD non suivis d'un séjour en MCO.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Importance du thème	<p>La prise en charge de la douleur est une priorité de santé publique (Plan douleur 2006-2010)¹⁰³. 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)¹⁰⁴.</p> <p>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>Depuis 2008, le recueil de l'indicateur TRD est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité MCO dans le cadre de la procédure de certification V2010 (chapitre 2, référence 12, critère 12.a)¹⁰⁵. A partir de 2010, le recueil de l'indicateur TRD concerne les établissements ayant une activité HAD dans le cadre de la procédure de certification V2010.</p> <p>Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs¹⁰⁶. Il est identique à celui généralisé dans le secteur SSR.</p>

¹⁰³ Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010, Ministère de la Santé

¹⁰⁴ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et repris dans la loi n°2005-370 du 22 Avril 2005.

¹⁰⁵ Manuel de certification des établissements de santé, V2010, juin 2009.

¹⁰⁶ <http://ifr69.vjf.inserm.fr/compagh/>

MODE D'EVALUATION DE L'INDICATEUR

L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire.

L'évaluation de la douleur est recherchée dans tous les éléments du dossier du patient relevant du séjour analysé.

Chaque mesure de la douleur doit être réalisée avec une échelle. La première mesure (ou « mesure diagnostique ») réalisée avec une échelle diagnostique la présence ou l'absence de douleur chez le patient et la deuxième mesure (ou « mesure de suivi ») réalisée avec une échelle succède à la mesure diagnostique de la douleur chez le patient algique.

**Fiche descriptive de l'indicateur :
Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD) en SSR**

Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la traçabilité dans le dossier du patient de l'évaluation de la douleur avec une échelle.
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels il existe : <ul style="list-style-type: none"> ▪ au moins <u>un résultat</u> de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du <u>patient non algique</u> ; <p align="center"><u>OU</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ au moins <u>deux résultats</u> de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du <u>patient algique</u>.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Echantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 80 séjours.
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours uniques d'au moins 8 jours (un séjour est unique lorsqu'un seul séjour est retrouvé pour un patient sur le semestre analysé) ▪ Séjours dont la date de sortie est comprise entre les semaines calendaires S1 et 24 ▪ Séjours en hospitalisation complète
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours dont la date d'entrée est comprise entre les semaines calendaires S1 et 2 ▪ Séjours dont la date d'entrée est antérieure au 1^{er} juillet de l'année N-1 ▪ Prises en charge qui comportent au moins une interruption de plus de 48 heures et qui sont, de ce fait, découpées en séjours successifs ▪ Prises en charge avec passage d'hospitalisation complète en hospitalisation partielle ▪ Séjours avec un GMD erreur
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Importance du thème	<p>La prise en charge de la douleur est une priorité de santé publique (Plan douleur 2006-2010)¹⁰⁷. 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)¹⁰⁸.</p> <p>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>Depuis 2009, le recueil de l'indicateur TRD est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité SSR dans le cadre de la procédure de certification V2010 (chapitre 2, référence 12, critère 12.a)¹⁰⁹.</p> <p>Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH.</p>

¹⁰⁷ Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010, Ministère de la Santé

¹⁰⁸ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et repris dans la loi n°2005-370 du 22 Avril 2005.

¹⁰⁹ Manuel de certification des établissements de santé, V2010, juin 2009.

	Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs ¹¹⁰ . Il est identique à celui généralisé dans le secteur MCO.
--	--

MODE D'EVALUATION DE L'INDICATEUR

L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire.

L'évaluation de la douleur est recherchée dans tous les éléments du dossier du patient relevant du séjour analysé.

Chaque mesure de la douleur doit être réalisée avec une échelle. La première mesure (ou « mesure diagnostique ») réalisée avec une échelle diagnostique la présence ou l'absence de douleur chez le patient et la deuxième mesure (ou « mesure de suivi ») réalisée avec une échelle succède à la mesure diagnostique de la douleur chez le patient algique.

¹¹⁰ <http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/>

**Fiche descriptive de l'indicateur :
Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD) en HAD**

Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux de conformité, évalue la traçabilité dans le dossier du patient de l'évaluation de la douleur avec une échelle.
Numérateur	<p>Nombre de séjours pour lesquels il existe :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ au moins <u>un résultat</u> de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du <u>patient non algique</u> ; <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ au moins <u>deux résultats</u> de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du <u>patient algique</u>.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Echantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 60 séjours.
Critère d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours d'au moins 8 jours non précédés par un autre séjour dans le mois précédent, ni suivi par un autre séjour dans le mois qui suit.
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours inférieurs ou égal à 7 jours ; ▪ Séjours de patients ayant moins de 18 ans au moment du séjour ; ▪ Séjours précédés et/ou suivi par un autre séjour sur une période d'un mois ; ▪ Séjours avec un GHPC erreur.
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus.</p> <p>Ajustement sur le risque : non.</p>
Importance du thème	<p>La prise en charge de la douleur est une priorité de santé publique (Plan douleur 2006-2010)¹¹¹. 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)¹¹².</p> <p>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>Le recueil de l'indicateur TRD est obligatoire depuis 2008 pour les établissements de santé ayant une activité MCO, et depuis 2009 pour les établissements de santé ayant une activité SSR, dans le cadre de la procédure de certification V2010 (chapitre 2, référence 12, critère 12.a)¹¹³. Depuis 2010, le recueil de l'indicateur TRD concerne également les établissements ayant une activité HAD dans le cadre de la procédure de certification V2010.</p> <p>Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs¹¹⁴. Il est identique à celui généralisé dans les secteurs MCO et SSR.</p>

¹¹¹ Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010, Ministère de la Santé

¹¹² Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et repris dans la loi n°2005-370 du 22 Avril 2005.

¹¹³ Manuel de certification des établissements de santé, V2010, révisé avril 2011.

¹¹⁴ <http://www.compaqh.fr>

MODE D'EVALUATION DE L'INDICATEUR

L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire.

L'évaluation de la douleur est recherchée dans tous les éléments du dossier du patient relevant du séjour analysé.

Chaque mesure de la douleur doit être réalisée avec une échelle. La première mesure (ou «mesure diagnostique»), réalisée avec une échelle, diagnostique la présence ou l'absence de douleur chez le patient. La deuxième mesure (ou «mesure de suivi»), réalisée avec une échelle, succède à la mesure diagnostique de la douleur chez le patient algique.

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

Définition	Cet indicateur évalue le dépistage des troubles nutritionnels au cours des 2 premiers jours du séjour chez le patient adulte. Il est composé de trois niveaux donnant lieu au calcul de trois mesures distinctes, présentées sous la forme d'un taux.
Numérateur	<p>Nombre de séjours de patients adultes pour lesquels au cours des 2 premiers jours du séjour :</p> <p>Niveau 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une mesure du poids a été effectuée et notée dans le dossier ; <p>Niveau 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une mesure du poids ET un calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) ont été effectués et notés dans le dossier ; <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une mesure du poids ET une évolution du poids avant l'admission ont été effectuées et notées dans le dossier. <p>Niveau 3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une mesure du poids ET un calcul de l'IMC ET une évolution du poids avant l'admission ont été effectués et notés dans le dossier.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Echantillon	Chaque niveau d'indicateur est calculé sur un même échantillon aléatoire de 80 séjours.
Critère d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours hors séances d'au moins un jour stratifiés selon l'activité MCO.
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ; ▪ Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ; ▪ Séjours de nouveau-nés dits « non hospitalisés » ; ▪ Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissement, que ce soit en établissement « demandeur » ou en établissement « prestataire » ; ▪ Séjours avec un GHM erreur ; ▪ Séjours avec un GHM 23K02Z (explorations nocturnes et apparentées) ; ▪ Séjours en UHCD non suivis d'un séjour en MCO ; ▪ Séjours de patients âgés de moins de 18 ans ; ▪ Séjours de patients hospitalisés moins de 2 jours ; ▪ Séjours de patients pris en charge au cours des 2 premiers jours du séjour en réanimation, soins intensifs, surveillance continue, maternité, zone de surveillance de très courte durée, ou en soins palliatifs.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Diffusion publique	L'indicateur dépistage des troubles nutritionnels comporte 3 niveaux, seul le niveau 1 fait l'objet d'une diffusion publique. Pour cet indicateur un objectif de performance à atteindre est fixé à 80%, soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées.

Importance du thème	<p>En France, le dépistage des troubles nutritionnels s'inscrit dans les priorités de santé publique. Il fait partie du Programme National Nutrition Santé (PNNS) et une expertise conduite par le ministère de la santé préconise le calcul de la perte de poids avant l'admission et un calcul de l'IMC¹¹⁵.</p> <p>Depuis 2008, le recueil de l'indicateur DTN est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité MCO dans le cadre de la procédure de certification V2010 (chapitre 2, référence 19, critère 19.b).¹¹⁶</p> <p>La conception de cet indicateur a été réalisée dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les concepteurs¹¹⁷.</p>
----------------------------	--

MODE D'EVALUATION DES NIVEAUX

L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire.

Les éléments requis pour le calcul de chaque niveau sont décrits ci-dessous :

Le niveau 1 est satisfait si une mesure du poids a été effectuée et notée dans le dossier.

Le niveau 2 est satisfait si une mesure du poids et un calcul de l'IMC OU une mesure du poids et une évolution du poids avant l'admission ont été effectués et notés dans le dossier.

Le niveau 3 est satisfait si une mesure du poids ET un calcul de l'IMC ET une évolution du poids avant l'admission ont été effectués et notés dans le dossier.

La notification du poids, de l'évolution du poids avant l'admission et de l'IMC à l'entrée est recherchée dans les supports suivants : examen médical d'entrée, dossier de soins, compte rendu de consultation ou dossier d'anesthésie.

¹¹⁵ Mise en place d'une politique nutritionnelle dans les établissements de santé, Rapport de mission de Monsieur le Pr Ricour, DHOS, Ministère de la santé, Décembre 2002.

¹¹⁶ Manuel de certification des établissements de santé, V2010, juin 2009.

¹¹⁷ <http://ifr69.vjf.inserm.fr/compagh/>

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

Définition	Cet indicateur évalue le dépistage des troubles nutritionnels au cours des 7 premiers jours du séjour chez le patient adulte. Il est composé de trois niveaux donnant lieu au calcul de trois mesures distinctes, présentées sous la forme d'un taux.
Numérateur	<p>Nombre de séjours de patients adultes pour lesquels :</p> <p>Niveau 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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>Niveau 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Niveau 1 + [un calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) est noté dans le dossier à l'admission* OU une mention de la variation du poids avant l'hospitalisation est notée dans le dossier à l'admission*]. <p>Niveau 3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Niveau 1 + un calcul de l'IMC ET une mention de la variation du poids avant l'hospitalisation sont notés dans le dossier à l'admission*. <p>*L'admission correspond aux 7 premiers jours du séjour.</p>
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Echantillon	Chaque niveau de l'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 80 séjours.
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours uniques d'au moins 8 jours (un séjour est unique lorsqu'un seul séjour est retrouvé pour un patient sur le semestre analysé) ▪ Séjours dont la date de sortie est comprise entre les semaines calendaires S1 et 24 ▪ Séjours en hospitalisation complète
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours dont la date d'entrée est comprise entre les semaines calendaires S1 et 2 ▪ Séjours dont la date d'entrée est antérieure au 1^{er} juillet de l'année N-1 ▪ Prises en charge qui comportent au moins une interruption de plus de 48 heures et qui sont, de ce fait, découpées en séjours successifs ▪ Prises en charge avec passage d'hospitalisation complète en hospitalisation partielle ▪ Séjours avec un GMD erreur ▪ Séjours de patients âgés de moins de 18 ans ▪ Séjours de patients pris en charge au cours des 24 premiers jours du séjour en soins palliatifs
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Diffusion publique	L'indicateur dépistage des troubles nutritionnels comporte 3 niveaux, seul le niveau 1 fait l'objet d'une diffusion publique. Pour cet indicateur un objectif de performance à atteindre est fixé à 80%, soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées.

Importance du thème	<p>En France, le dépistage des troubles nutritionnels s'inscrit dans les priorités de santé publique. Il fait partie du Programme National Nutrition Santé (PNNS) et une expertise conduite par le ministère de la santé préconise le calcul de la perte de poids avant l'admission et un calcul de l'IMC¹¹⁸.</p> <p>Depuis 2009, le recueil de l'indicateur DTN est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité SSR dans le cadre de la procédure de certification V2010 (chapitre 2, référence 19, critère 19.b).¹¹⁹</p> <p>La conception de cet indicateur a été réalisée dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les concepteurs¹²⁰.</p>
----------------------------	--

MODE D'EVALUATION DES NIVEAUX

L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire.

Les éléments requis pour le calcul de chaque niveau sont décrits ci-dessous :

Le niveau 1 est satisfait si :

- 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.

Le niveau 2 est satisfait si :

- le niveau 1 est satisfait et un calcul de l'IMC OU une mention de la variation du poids avant l'hospitalisation sont notés dans le dossier du patient à l'admission,
- ou si la justification de l'impossibilité de retrouver ces informations est notée dans le dossier du patient.

Le niveau 3 est satisfait si :

- le niveau 1 est satisfait et un calcul de l'IMC ET une mention de la variation du poids avant l'hospitalisation sont notés dans le dossier du patient à l'admission,
- ou si la justification de l'impossibilité de retrouver ces informations est notée dans le dossier du patient.

¹¹⁸ Mise en place d'une politique nutritionnelle dans les établissements de santé, Rapport de mission de Monsieur le Pr Ricour, DHOS, Ministère de la santé, Décembre 2002.

¹¹⁹ Manuel de certification des établissements de santé, V2010, juin 2009.

¹²⁰ <http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/>

Fiche descriptive de l'indicateur : Suivi du poids (DTN) en HAD	
Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux de conformité, évalue le suivi du poids à partir de la pré-admission chez le patient adulte.
Numérateur	<p>Nombre de séjours de patients adultes pour lesquels sont retrouvés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ une notification du poids, au plus tard dans les 7 jours suivant l'admission, accompagné d'une autre mesure du poids dans les 15 jours suivant la 1ère mesure ; <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ la mention de la recherche de la variation du poids avant l'hospitalisation notée au plus tard dans les 7 jours suivants l'admission.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Echantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 60 séjours.
Critère d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours d'au moins 8 jours non précédés par un autre séjour dans le mois précédent, ni suivis par un autre séjour dans le mois qui suit.
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours inférieurs ou égal à 7 jours ; ▪ Séjours des patients ayant moins de 18 ans au moment du séjour ; ▪ Séjours précédés et/ou suivi par un autre séjour sur une période d'un mois ; ▪ Séjours avec un GHPC erreur ; ▪ Séjours de patientes prises en charge en obstétrique (<i>surveillance de grossesse à risque, retour précoce à domicile, post-partum pathologique</i>) ; ▪ Séjours de patients pris en charge en soins palliatifs au cours des 21 premiers jours du séjour.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Importance du thème	<p>En France, le dépistage des troubles nutritionnels s'inscrit dans les priorités de santé publique. Il fait partie du Programme National Nutrition Santé (PNNS) et une expertise conduite par le ministère de la santé préconise le calcul de la perte de poids avant l'admission et un calcul de l'IMC¹²¹.</p> <p>Le recueil de l'indicateur DTN est obligatoire depuis 2008 pour les établissements de santé ayant une activité MCO, et depuis 2009 pour les établissements de santé ayant une activité SSR, dans le cadre de la procédure de certification V2010 (chapitre 2, référence 19, critère 19.b)¹²². Depuis 2010, le recueil de l'indicateur DTN concerne également les établissements ayant une activité HAD dans le cadre de la procédure de certification V2010.</p> <p>La conception de cet indicateur a été réalisée dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les concepteurs¹²³. Il a été adapté au secteur de l'HAD.</p>

¹²¹ Mise en place d'une politique nutritionnelle dans les établissements de santé, Rapport de mission de Monsieur le Pr Ricour, DHOS, Ministère de la santé, Décembre 2002.

¹²² Manuel de certification des établissements de santé, V2010, révisé avril 2011.

¹²³ <http://www.compaqh.fr>

MODE D'ÉVALUATION DE L'INDICATEUR

L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire.

L'évaluation du suivi du poids à partir de la pré-admission chez le patient adulte est recherchée sur tous les supports datés dans la période entre la pré-admission et les 7 premiers jours suivant l'admission.

Le critère est conforme si :

- Une notification du poids dans la période entre la pré-admission et les 7 premiers jours suivant l'admission **ET** une autre mesure du poids dans les 15 jours suivant la 1ère (*si applicable*) ;

OU

- la mention de la recherche de la variation du poids avant l'hospitalisation entre la pré-admission et les 7 premiers jours suivant l'admission

est retrouvée dans le dossier du patient adulte dans la période.

Fiche descriptive de l'indicateur : Dépistage des troubles nutritionnels (DTN) en santé mentale (PSY)	
Définition	Cet indicateur évalue le dépistage des troubles nutritionnels au cours des 7 premiers jours du séjour. Il est composé de deux niveaux donnant lieu au calcul de deux mesures distinctes, présentées sous la forme d'un taux.
Numérateur	Nombre de séjours de patients pour lesquels : Niveau 1 : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une notification du poids est retrouvée dans le dossier dans les 7 jours suivant l'admission ET une seconde notification du poids est retrouvée pour les séjours supérieurs à 21 jours. Niveau 2 : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Niveau 1 + un calcul de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) est retrouvé dans le dossier dans les 7 jours suivant l'admission.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Echantillon	Chaque niveau de l'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 80 séjours.
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours uniques d'au moins 8 jours (un séjour est unique lorsqu'un seul séjour est retrouvé pour un patient sur la période de tirage au sort analysée) ▪ Séjours en hospitalisation à temps plein ▪ Séjours de patients adultes
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours hors psychiatrie ▪ Patients de moins de 18 ans ▪ Séjours ne correspondant pas à une hospitalisation à temps plein ▪ Séjours inférieurs ou égaux à 7 jours ▪ Séjours itératifs ▪ Patients ayant une sortie à l'essai au cours du séjour évalué
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Diffusion publique	L'indicateur dépistage des troubles nutritionnels comporte 3 niveaux, seul le niveau 1 fait l'objet d'une diffusion publique. Pour cet indicateur un objectif de performance à atteindre est fixé à 80%, soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées.
Importance du thème	En France, le dépistage des troubles nutritionnels s'inscrit dans les priorités de santé publique. Il fait partie du Programme National Nutrition Santé (PNNS) et une expertise conduite par le ministère de la santé préconise le calcul de la perte de poids avant l'admission et un calcul de l'IMC ¹²⁴ . Le recueil de l'indicateur DTN est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité en santé mentale dans le cadre de la procédure de certification V2010 (chapitre 2, référence 19, critère 19.b). ¹²⁵ .

¹²⁴ Mise en place d'une politique nutritionnelle dans les établissements de santé, Rapport de mission de Monsieur le Pr Ricour, DHOS, Ministère de la santé, Décembre 2002.

¹²⁵ Manuel de certification des établissements de santé, V2010, révisé avril 2011.

	La conception de cet indicateur a été réalisée dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les concepteurs ¹²⁶ .
--	--

MODE D'EVALUATION DES NIVEAUX

L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire.

Les éléments requis pour le calcul de chaque niveau sont décrits ci-dessous :

Le niveau 1 est satisfait si :

- une notification du poids dans les 7 jours suivant l'admission est retrouvée dans le dossier du patient,
- ou la justification de l'impossibilité de peser le patient est notée dans le dossier du patient.

ET pour les séjours supérieurs ou égaux à 21 jours :

- une seconde notification du poids est retrouvée dans le dossier du patient ; ou la justification de l'impossibilité de peser une seconde fois le patient est notée dans le dossier du patient.

Le niveau 2 est satisfait si :

- le niveau 1 est satisfait et un calcul de l'IMC est retrouvé dans le dossier dans les 7 jours suivant l'admission,
- ou la justification de l'impossibilité de retrouver ces informations est notée dans le dossier du patient.

¹²⁶ <http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/>

**Fiche descriptive de l'indicateur :
Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre (TRE) en HAD**

Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux de conformité, évalue la traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre entre la pré-admission et au plus tard les 7 jours suivant l'admission chez le patient adulte.
Numérateur	<p>Nombre de séjours de patients adultes pour lesquels on retrouve notés dans le dossier du patient dans la période entre la pré-admission et les 7 premiers jours suivant l'admission :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une évaluation du risque d'escarre : une échelle remplie OU un jugement clinique ; <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une conclusion vis-à-vis du risque d'escarre.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Echantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 60 séjours.
Critère d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours d'au moins 8 jours non précédés par un autre séjour dans le mois précédent, ni suivis par un autre séjour dans le mois qui suit.
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours inférieurs ou égal à 7 jours ; ▪ Séjours des patients ayant moins de 18 ans au moment du séjour ; ▪ Séjours précédés et/ou suivi par un autre séjour sur une période d'un mois ; ▪ Séjours avec un GHPC erreur ; ▪ Séjours de patients dont l'indice de Karnofsky est supérieur à 50 à l'admission (1ère semaine).
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus.</p> <p>Indicateur obligatoire pour les établissements HAD.</p> <p>Ajustement sur le risque : non.</p>
Importance du thème	<p>L'escarre, qui altère la qualité de vie, peut provoquer une gêne douloureuse accompagnée d'une souffrance morale et physique et une limitation des capacités fonctionnelles. Néanmoins, l'escarre est une pathologie que l'on peut prévenir dans une grande majorité des cas, avec des mesures de prévention simple. L'ANAES a publié en 1998 un premier guide d'évaluation des pratiques professionnelles sur le thème «Evaluation de la prévention des escarres»¹²⁷.</p> <p>La prévention est primordiale pour réduire l'incidence des escarres. La mise en place de mesures générales de prévention commence dès l'identification des facteurs de risque et concerne l'ensemble des professionnels en contact avec le patient. Celle-ci s'effectue au moyen du jugement clinique associé à l'utilisation d'une échelle validée d'identification des facteurs de risque.</p> <p>Le recueil de l'indicateur TRE est optionnel depuis 2009 pour les établissements de santé ayant une activité MCO, et ceux ayant une activité SSR, dans le cadre de la procédure de certification V2010 (chapitre 2, référence 14, critère 14.a). Depuis 2010, le recueil de l'indicateur TRE est obligatoire pour les établissements ayant une activité HAD dans le cadre de la procédure de certification V2010. La population concernée par l'indicateur est ciblée : patient dont l'indice de Karnofsky de la première semaine est inférieur ou égal à 50. Ce</p>

¹²⁷ ANAES. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Evaluation de la prévention des escarres. Juin 1998.

	paramètre permet de rendre obligatoire le recueil de l'indicateur. Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs ¹²⁸ .
MODE D'EVALUATION DE L'INDICATEUR	
L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. L'évaluation du risque d'escarre et sa conclusion sont recherchées dans le dossier du patient entre la pré-admission et les 7 jours suivant l'admission. L'évaluation s'effectue au moyen du jugement clinique ou d'une échelle d'évaluation du risque d'escarre.	

¹²⁸ <http://www.compaqh.fr>

- Thème - Qualité du dossier d'anesthésie

Fiche descriptive de l'indicateur : Tenue du dossier anesthésique (TDA)	
Définition	<p>Cet indicateur évalue la tenue du dossier anesthésique. Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité de la tenue du dossier anesthésique est d'autant plus grande que le score est proche de 100.</p> <p>L'indicateur est calculé à partir de 13 critères au maximum :</p> <p>Phases pré, per et post-anesthésique</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identification du patient sur toutes les pièces du dossier <p>Phase pré-anesthésique</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la phase pré-anesthésique (CPA et/ou VPA) 3. Trace écrite de la visite pré-anesthésique (VPA) 4. Mention du traitement habituel ou de l'absence de traitement dans le document traçant la CPA (ou la VPA) (<i>si applicable</i>) 5. Mention de l'évaluation du risque anesthésique dans le document traçant la CPA (ou la VPA) 6. Mention du type d'anesthésie proposé au patient dans le document traçant la CPA (ou la VPA) 7. Mention de l'évaluation des conditions d'abord des voies aériennes supérieures en phase pré-anesthésique dans le document traçant la CPA (ou la VPA) <p>Phase per-anesthésique</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la phase per-anesthésique 9. Mention de la technique d'abord des voies aériennes supérieures en phase per-anesthésique (<i>si applicable</i>) <p>Phase post-interventionnelle</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la phase post-interventionnelle (<i>si applicable</i>) 11. Autorisation de sortie du patient de la SSPI validée par un médecin anesthésiste (<i>si applicable</i>) 12. Trace écrite des prescriptions médicamenteuses en phase post-anesthésique (<i>si applicable</i>) <p>Phase péri-anesthésique</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Rubrique renseignée (ou barrée) permettant de relever les incidents ou accidents péri-anesthésiques
Score individuel	Un score individuel est calculé pour chaque dossier anesthésique. Il correspond à la somme des critères satisfaits divisée par la somme des critères applicables.
Score global	Le score global est calculé pour l'ensemble des dossiers anesthésiques. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier anesthésique de l'échantillon (x 100).
Echantillon	Le score global est calculé sur un échantillon aléatoire de 60 dossiers.
Critère d'inclusion	Séjours hors séances pour lesquels l'acte d'anesthésie générale ou locorégionale est identifié par le code activité 4 de la CCAM.
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patients hospitalisés pour une intervention réalisée sous anesthésie

	<p>locale ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la CMD 28, spécifique aux séances ; ▪ Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissement, que ce soit en établissement demandeur ou en établissement prestataire.
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus. Score composite. Ajustement sur le risque : non.</p>
Importance du thème	<p>Le dossier d'anesthésie constitue un élément essentiel de la continuité des soins en période péri-anesthésique et péri-interventionnelle. Il contient l'ensemble des informations concernant les phases pré, per et post-anesthésiques. Il contribue au partage de l'information entre les différents médecins intervenant à chaque étape de la prise en charge anesthésique. Ce support d'information constitue ainsi un élément nécessaire à la coordination des soins et participe de la sorte à la maîtrise du risque anesthésique^{129,130}.</p> <p>Un référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles sur la tenue du dossier d'anesthésie a été élaboré par la HAS avec la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) et le Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs¹³¹.</p> <p>Cet indicateur porte sur la traçabilité de l'information concernant la totalité du processus anesthésique. Il a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs¹³².</p>

MODE D'ÉVALUATION DES CRITÈRES

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

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

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

Phases pré, per et 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)

¹²⁹ Hubert B, Ausset S, Auroy Y, Billiard-Decré C, Tricaud-Vialle S, Djihoud A. Quality indicator survey of anesthesia records in hospitals of Aquitaine. Annales Françaises d'Anesthésie et de réanimation 2008; 27: 216-221.

¹³⁰ Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine. Dossier patient : évolution de la conformité des dossiers patients entre 1997 et 2000 dans 12 établissements d'Aquitaine (rapport interne). Bordeaux: CCECQA; 2001.

¹³¹ Référentiel des Pratiques Professionnelles, Tenue du dossier d'anesthésie, Haute Autorité de Santé, 2005.

¹³² <http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/>

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 (si applicable)

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 :

- (1). le nom et le prénom du patient,

- (2). la date de prescription,
- (3). la signature du médecin anesthésiste,
- (4). le nom du médecin anesthésiste,
- (5). la dénomination des médicaments,
- (6). la posologie (dosage unitaire, rythme et horaire d'administration du médicament),
- (7). la voie d'administration des médicaments.

Phase péri-anesthésique

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

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

- Thème - Qualité de la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie.

Fiche descriptive de l'indicateur : Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie (RCP)	
Définition	Cet indicateur évalue l'exhaustivité et les modalités d'organisation de la RCP lors de la prise en charge initiale d'un patient atteint de cancer. Il est composé de deux niveaux donnant lieu au calcul de deux mesures distinctes, présentées sous la forme d'un taux.
Numérateur	<p>Nombre de séjours pour lesquels est retrouvée lors de la prise en charge initiale d'un primo-diagnostic de cancer :</p> <p>Niveau 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ la trace d'une RCP datée et comportant la proposition de prise en charge. <p>Niveau 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ la trace d'une RCP datée, comportant la proposition de prise en charge et réalisée avec au moins trois professionnels de spécialités différentes.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Echantillon	Echantillon aléatoire de 60 séjours réalisés au cours du deuxième semestre de l'année n-1.
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours ayant en DP un code C00 à C97 (à l'exception des codes C44 et C76 à C80) associés à un acte de chirurgie ou de radiothérapie sur le second semestre ▪ Séjours ayant en DP un code Z51.0x ou Z51.1 (traitement répétitif de radiothérapie ou de chimiothérapie) associés à un code C00 à C97 (à l'exception des codes C44 et C76 à C80) en DR sur le second semestre à l'exception des séjours qui après chaînage avec le premier semestre ont en DP un code Z51.0x ou Z51.1 associés à un code C00 à C97 (à l'exception des codes C44 et C76 à C80) en DR ▪ Premier séjour du patient réalisé au cours du deuxième semestre
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tumeurs malignes de la peau autres que le mélanome C44 (dont les basocellulaires) ▪ Tumeurs in situ D00 à D09 ▪ Tumeurs bénignes D10 à D36 ▪ Tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue D37 à D48 ▪ Tumeurs malignes de sièges mal définis, secondaires et non précisés C76 à C80 (dont les métastases C77, C78 et C79) ▪ Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifiques aux séances ▪ Séjours avec un GHM erreur ▪ Patients atteints de cancer et décédés en réanimation après un acte de chirurgie et sans chimiothérapie réalisée au cours du séjour ▪ Patients atteints de cancer et hospitalisés UNIQUEMENT pour la pose d'un dispositif vasculaire implantable et sans chimiothérapie réalisée au cours du séjour
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.

Diffusion publique	L'indicateur Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie comporte 2 niveaux, seul le niveau 2 fait l'objet d'une diffusion publique. Pour cet indicateur un objectif de performance à atteindre est fixé à 80%, soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées.
Importance du thème	La concertation pluridisciplinaire dans la prise en charge initiale d'un patient atteint d'un cancer est un élément spécifique, garant de la qualité de la prise en charge ultérieure. Cet indicateur répond à l'un des objectifs du plan cancer initié dès 2003 qui était de faire bénéficier 100% des nouveaux patients atteints de cancer d'une concertation pluridisciplinaire autour de leur dossier. Les modalités d'organisation de RCP sont précisées dans le Code de la Santé Publique Article D 6124-131. Dans le cadre du dispositif d'autorisation des établissements de santé pour le traitement des cancers, la concertation pluridisciplinaire est une des conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer ¹³³ . Conformément aux critères d'agrément définis par l'Institut National du Cancer en 2007, la RCP fait partie des critères de qualité transversale exigibles pour recevoir une autorisation pour le traitement du cancer ¹³⁴ . Le plan cancer 2009-2013 met l'accent sur le partage des données médicales entre professionnels de santé (hospitaliers et libéraux).

MODE D'EVALUATION DES NIVEAUX

L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire.

Les éléments requis pour le calcul de chaque niveau sont décrits ci-dessous :

Le niveau 1 est satisfait si la trace d'une RCP datée et comportant la proposition de prise en charge est retrouvée lors de la prise en charge initiale d'un primo-diagnostic de cancer.

Le niveau 2 est satisfait si la trace d'une RCP datée, comportant la proposition de prise en charge et réalisée avec au moins 3 professionnels de spécialités différentes est retrouvée lors de la prise en charge initiale d'un primo-diagnostic de cancer.

¹³³ Décret n° 2007-389 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.

¹³⁴ Critères d'agrément adoptés par le Conseil d'administration de l'INCa le 20 décembre 2007 et publiés sur le site de l'INCa.