

# Indicateurs **Qualité et Sécurité des soins** au CHI Annemasse-Bonneville

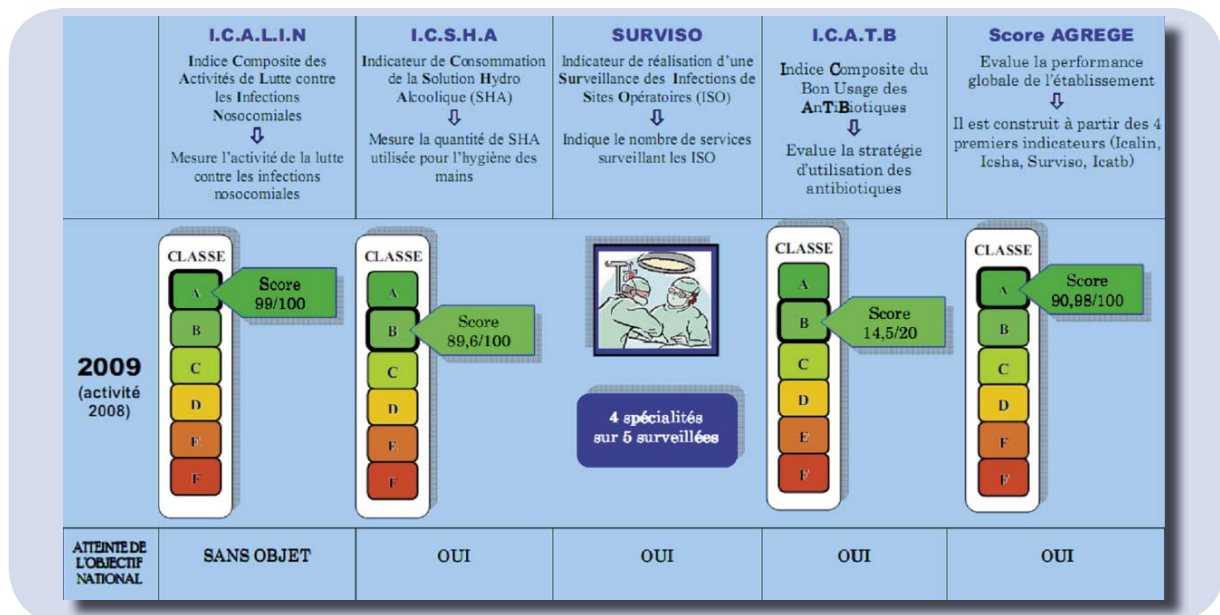
## Certification (Situation au 30/06/2010)



Version de certification	V1 - V2/V2007
Date de certification	11/07/2006 - 17/03/2009
Niveau de décision	Certification sans recommandations

L'établissement est **certifié sans recommandations** par la Haute Autorité de Santé, de plus des points forts ont été soulignés et concernent les orientations stratégiques avec la perspective du nouvel hôpital, la qualité des évaluations de pratiques professionnelles menées, la logistique et la gestion des ressources humaines.

## Lutte contre les infections nosocomiales (Maj au 1<sup>er</sup> juillet 2010)



## Qualité de la prise en charge (Maj au 1<sup>er</sup> juillet 2010)

Année 2009	Résultat de l'établissement (valeur fourchette) 2009	Moyenne Nationale 2009	Résultat de l'établissement 2008	Evolution 2008 / 2009	Positionnement 2009 de l'établissement par rapport à la moyenne nationale
Tenue du Dossier Patient (TDP) (score sur 100)	62 +/- 3	70 %	59%	+ 3%	☹️
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC) (pourcentage de dossiers conformes)	57% +/- 11%	34 %	51%	+ 6%	☹️
Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD) (pourcentage de dossiers conformes)	20% +/- 9%	52 %	8%	+ 12%	☹️
Dépistage des troubles nutritionnels (DTN) (pourcentage de dossiers conformes)	55% +/- 11%	75 %	35%	+ 20%	☹️
Tenue du dossier d'anesthésie (DAN) (score sur 100)	72% +/- 3%	75 %	75%	- 3%	☹️

Pour chacun de ces indicateurs un objectif national a été fixé à 80%. L'établissement ne répond pas encore à cet objectif. Au regard des modalités de calcul précisées dans l'instruction ministérielle DGOS/PF/192/2010 du 9 juin 2010, l'évolution 2009/2008 est stable ( ➡ )

L'établissement s'engage à améliorer ses pratiques en réalisant des évaluations régulières, avec les professionnels tout au long de l'année.

L'informatisation des prescriptions en cours est aussi un facteur important de progrès. Ainsi, chaque jour, nous améliorons la qualité de vos soins.

**Plus d'informations sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)**

## Certification des établissements

La certification mise en œuvre par la HAS est une procédure d'évaluation externe sur la base d'un référentiel élaboré par la HAS. Elle est obligatoire et intervient périodiquement tous les 4 ans.

Les résultats présentent de manière synthétique le dernier résultat disponible :

- **version de certification** (depuis 1999, la HAS a mis en œuvre 3 procédures successives, la Version 1, la Version 2 / Version 2007, la Version V2010) ;
- **date de certification** (date de la dernière décision) ;
- **niveau de décision** (voir tableau) et suivi (le résultat est définitif, ou une mesure de suivi est en cours sous forme d'un rapport ou d'une visite).

L'intégralité des résultats est disponible pour chaque établissement de santé sur le site HAS ([www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr))

## Lutte contre les infections nosocomiales

### Le score AGREGE

Pour les usagers ce score agrégé offre par catégorie d'établissements un **affichage simplifié des quatre indicateurs** sous forme d'une note sur 100 et d'une classe de A à E.

Le score agrégé est sur 100. Le poids relatif de chaque indicateur dans ce score agrégé est fixé ainsi : ICALIN 40%, ICSHA 30%, ICATB 20%, SURVISO 10%, ce qui revient à dire que ICALIN vaut au maximum 40 points, ICSHA 30 points, ICATB 20 points et SURVISO 10 points.

En fonction du résultat du score agrégé, l'établissement se positionne à l'intérieur d'une classe (5 classes, de A à E) comparativement aux établissements de sa catégorie.

### ICALIN

La survenue d'une infection nosocomiale résulte de nombreux facteurs, dont la fragilité du patient liée à sa maladie ou à son âge, la lourdeur et la complexité des soins dont il a besoin, le respect des règles de bonne pratique par les professionnels de santé, l'attention spécifiquement portée à la prévention de ce type d'infections.

De ce fait, un score ICALIN parfait (100 points) ne signifie pas qu'il n'existe pas de risque infectieux dans l'établissement. **Il indique simplement que cet établissement a mis en place un dispositif maximum pour limiter ce risque.** De même, l'appartenance à la classe E (la moins bonne) ne signifie pas qu'aucune mesure de précaution ne soit prise, mais que la structure affiche un retard dans l'organisation de la prévention par rapport aux autres établissements de même nature en France.

### ICSHA

Il signale l'investissement de l'établissement dans la **promotion de l'hygiène des mains par les produits hydro-alcooliques (PHA)**. Le pourcentage indique la consommation réalisée par rapport aux objectifs que se donne l'établissement. La classe A correspond aux établissements qui ont atteint plus de 90% de leur objectif.

En effet, certains établissements sont en avance et utilisent les PHA depuis plusieurs années. Ces établissements ont donc recours de façon très majoritaire aux PHA plutôt qu'au lavage des mains. La classe E correspond aux établissements qui ont atteint moins de 10 % de leur objectif. Ceci peut s'expliquer par une implantation des PHA relativement récente en France. Le changement des habitudes professionnelles peut prendre du temps. Les résultats faibles de certains établissements ne signifient pas pour autant une absence d'hygiène des mains mais une utilisation encore majoritaire du lavage des mains à l'eau et au savon.

### SURVISO

Si en France le risque d'infection du site opératoire (ISO) est peu fréquent (6 cas pour 1 000 interventions chez les patients sans risque spécifique - données ISO-RAISIN 2004), ces infections sont toutefois au 3ème rang des infections nosocomiales recensées lors de la dernière enquête nationale de prévalence.

**Leur surveillance est donc une priorité dans les établissements de santé ayant une activité chirurgicale**, mais elle suppose un système d'information adapté.

SURVISO précise le degré d'implication de l'établissement dans la prise en compte de cette activité à risque

### ICATB

L'indice composite de bon usage des antibiotiques (ICATB) est le quatrième indicateur du tableau de bord des infections nosocomiales. Il a été publié pour la première fois avec les résultats 2006 du tableau de bord. Comme son nom l'indique, **il analyse à travers différents critères les pratiques de l'établissement en matière de prescription d'antibiotiques** : existence et réunion de la commission des antibiotiques, informatisation des prescriptions et existence de protocoles de prescriptions d'antibiotiques. Son calcul est basé sur les réponses des établissements de santé au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales.

## Qualité de la prise en charge

### Tenue du dossier patient (TDP)

**L'indicateur évalue le contenu du dossier médical des patients hospitalisés.**

Le dossier médical contribue au partage de l'information entre les différents professionnels de santé qui prennent en charge le patient. La tenue du dossier patient est un élément important de la qualité et de la coordination des soins dans le cadre d'une prise en charge hospitalière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire.

L'ensemble des critères pris en compte dans cet indicateur contribue au partage de l'information entre les différents intervenants, et à chaque étape de la prise en charge. Ils évaluent les éléments relatifs à l'entrée, le séjour, la sortie du patient, ainsi que la qualité de rédaction des prescriptions médicamenteuses.

### Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC)

**L'indicateur évalue le contenu du courrier ou du compte-rendu de fin d'hospitalisation, et son délai d'envoi. Il permet d'apprécier le lien entre la médecine hospitalière et ambulatoire.**

Le courrier de fin d'hospitalisation est un élément clé de la communication des éléments d'information nécessaires à 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».

Signé par le médecin de l'établissement, il est adressé au médecin de ville, à la structure de transfert, ou est remis au patient le jour de sa sortie.

Réglementairement, ce courrier doit être envoyé dans un délai de 8 jours suivant la sortie du patient.

### Dépistage des troubles nutritionnels (DTN)

**Le dépistage des troubles nutritionnels est recommandé pour tout patient hospitalisé.**

Ce dépistage justifie que le patient soit pesé à son admission, que l'évolution de son poids soit recherchée par l'interrogatoire, et que son IMC soit calculé. Seul le 1<sup>er</sup> niveau, évaluant la mesure du poids, fait l'objet d'une diffusion publique des résultats.

### Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD)

**L'indicateur évalue la traçabilité de l'évaluation de la douleur dans le dossier patient.**

La traçabilité de l'évaluation de la douleur est un préalable nécessaire à une bonne qualité de la prise en charge de la douleur (Plan douleur 2006 - 2010 - Ministère de la Santé). La douleur doit être systématiquement évaluée auprès du patient et « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur ».

Afin de mieux dépister, évaluer et suivre l'évolution de la douleur ressentie, il est nécessaire d'utiliser des échelles validées de l'évaluation de la douleur.

### Tenue du dossier anesthésique (DAN)

**L'indicateur évalue le contenu du dossier anesthésique.**

Le dossier d'anesthésie constitue un élément essentiel de la continuité des soins au cours des différentes phases anesthésiques (phases pré-anesthésique, per-anesthésique, et post-anesthésique). Il contient l'ensemble des informations relatives à ces différentes phases, et contribue au partage de l'information entre les différents médecins intervenant à chaque étape de la prise en charge anesthésique.

L'ensemble des critères pris en compte dans cet indicateur contribue au partage de l'information entre les différents intervenants et à chaque étape de la prise en charge anesthésique. Le dossier d'anesthésie participe ainsi à la maîtrise du risque anesthésique.