

# Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et la Sécurité des Soins

## Prévention et prise en charge initiale des hémorragies du post-partum immédiat

Résultats nationaux de la campagne 2013

Données 2012

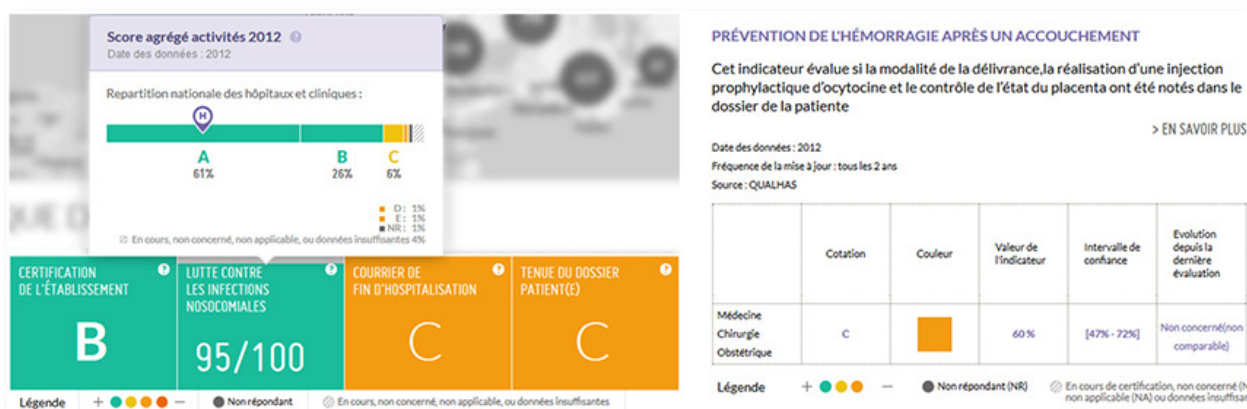
Ce document présente les résultats issus de la campagne 2013 des indicateurs du thème « Prévention et la prise en charge initiale des hémorragies du post-partum immédiat » réalisé par toutes les maternités de France sous la coordination de la Haute Autorité de Santé.

Ces indicateurs donnent une image du niveau de qualité de la prise en charge au sein de chacun des établissements concernés. Ils sont aussi, au niveau national et sous forme agrégée, un observatoire de la qualité des soins dans les établissements de santé français.

## Où retrouver les résultats de votre structure ?

Les résultats complets individuels et comparatifs de chaque structure ainsi que l'analyse complémentaire sont accessibles sur la plateforme QualHAS. Pour y accéder, contacter le service DIM de votre établissement.

Les résultats des indicateurs diffusés publiquement par établissement sont disponibles sur le site Scope Santé ([www.scopesante.fr](http://www.scopesante.fr)), site d'information sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé à destination des usagers mis en place par la HAS en partenariat avec le ministère chargé de la santé.



## Pour en savoir plus

Le descriptif des indicateurs est disponible sur le site internet :

[www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_970481/ipaqss-recueils-des-indicateurs](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_970481/ipaqss-recueils-des-indicateurs)

## Pour nous contacter

Pour toutes questions relatives aux indicateurs, le service IPAQSS (Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins) vous répondra par e-mail : [ipaqss@has-sante.fr](mailto:ipaqss@has-sante.fr)

Ce rapport a été rédigé par Sandrine Morin (chef de projet) et Benjamin Robillard (statisticien), avec l'aide de Corinne Camier (assistante), sous la responsabilité de Catherine Grenier chef du service « Indicateur Pour l'Amélioration de la Qualité et la Sécurité des Soins » (SIPAQSS).

Rapport validé par le collège de la HAS le 17 juillet 2014.

# Sommaire

Synthèse des résultats des indicateurs nationaux.....	5
Contexte.....	6
Descriptif de la campagne nationale .....	8
1 <sup>re</sup> Partie : Prévention de l'HPP lors de l'accouchement .....	9
Indicateur « Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement – niveau 1 ».....	10
Indicateur « Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement – niveau 2 ».....	12
Indicateur « Surveillance clinique minimale en salle de naissance ».....	14
2 <sup>e</sup> Partie : Prise en charge initiale de l'HPP .....	17
Indicateur « Diagnostic d'HPPI ».....	18
Indicateur « Réalisation d'un geste endo-utérin ».....	20
3 <sup>e</sup> Partie : Questionnaire organisationnel .....	23
Bilan et perspectives .....	24
Table des illustrations.....	25
Annexes.....	26
Annexe I. Méthodes de recueil et d'analyse .....	26
Annexe II. Tableaux des moyennes régionales par indicateur .....	29



# Synthèse des résultats des indicateurs nationaux

## Indicateurs généralisés

L'hémorragie du post-partum est l'une des complications obstétricales les plus redoutées. Elle est définie par une perte de sang supérieure à 500 ml dans les 24h suivant l'accouchement.

Le thème « Prévention et Prise en charge de l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI) » est composé de 4 indicateurs répartis en 2 groupes : deux évaluent la qualité de la prévention de l'HPP lors de l'accouchement et deux autres la prise en charge initiale de l'HPPI :

### ► Prévention de l'HPP lors de l'accouchement

1. Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance (2 niveaux d'exigence) ;
2. Surveillance clinique minimale en salle de naissance.

### ► Prise en charge initiale de l'HPPI

3. Diagnostic d'HPPI ;
4. Réalisation d'un geste endo-utérin.

Ces indicateurs ont pour finalité de contribuer à l'amélioration de la sécurité de la femme, réduire les inégalités de prise en charge et d'informer les femmes sur la qualité des maternités. Les 529 maternités de France étaient concernées par la campagne de recueil conduite de mars à mai 2013.

## Résultats

Pour chaque maternité, ces indicateurs ont été calculés à partir d'un échantillon aléatoire de dossiers de femmes ayant accouché au cours de l'année 2012 :

- l'analyse de 60 dossiers tirés au sort parmi les dossiers d'accouchements de 2012, qu'il y ait eu ou non une HPPI, a permis de calculer les 2 indicateurs suivant, dont un a 2 niveaux d'exigence croissante (*Tableau 1*) ;
- l'analyse de 60 dossiers tirés au sort parmi les dossiers d'accouchements de 2012 avec une survenue une HPPI a permis de calculer les 2 indicateurs suivants (*Tableau 2*).

**Tableau 1. Résultats nationaux des indicateurs sur la prévention de l'HPP lors de l'accouchement – Campagne 2013**

Indicateur sur la prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement (1 <sup>er</sup> niveau d'exigence)	80 %
Indicateur sur la prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement (2 <sup>e</sup> niveau d'exigence)	37 %
Indicateur sur la Surveillance clinique minimale en salle de naissance après un accouchement	53 %

**Tableau 2. Résultats nationaux des indicateurs sur la prise en charge initiale de l'HPPI – Campagne 2013**

Diagnostic d'HPPI	71 %
Réalisation d'un geste endo-utérin	90 %

Au niveau national, 30 656 dossiers d'accouchements et 15 016 dossiers d'HPPI ont été analysés.

## Participation des maternités

514 maternités ont recueilli les indicateurs et 15 ne l'ont pas fait. Les professionnels médicaux (obstétriciens, sages-femmes) ont participé au recueil dans 97 % des établissements.

## Diffusion publique des résultats

Les résultats des indicateurs sur la prévention de l'HPP lors de l'accouchement sont diffusés publiquement par maternité sur le site [www.scopesante.fr](http://www.scopesante.fr) depuis novembre 2013.

# Contexte

## Politique nationale des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

Depuis 2006 la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et la Haute Autorité de Santé (HAS) ont engagé des travaux pour mettre en œuvre un recueil national d'indicateurs afin de disposer, pour l'ensemble des établissements de santé, de tableaux de bord de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins. Ceci s'inscrit dans le cadre de l'approche globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé (ES), via le suivi d'indicateurs.

Le suivi d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins produisant des données comparatives, mis en place et coordonné par la DGOS et la HAS, est utilisé à des fins de management interne, d'évaluation externe, de pilotage institutionnel, et de diffusion publique<sup>1</sup>. Ce programme de généralisation des indicateurs, la nature des indicateurs à développer et les modalités de leur utilisation et de leur diffusion sont discutés par un comité de pilotage, co-animé par la DGOS et la HAS, et regroupant l'ensemble des parties prenantes dont les fédérations d'établissements de santé, les représentants des directeurs et des présidents de CME, les directeurs généraux des agences régionales de santé, la CNAM-TS et des représentants des usagers.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires renforce l'utilisation des indicateurs de qualité et de sécurité des soins au sein des établissements de santé et constitue un progrès pour le droit à l'information collective de l'utilisateur en rendant obligatoire la publication, par chaque établissement de santé, d'indicateurs sur la qualité des soins. La liste des indicateurs mis à la disposition du public est fixée annuellement par arrêté ministériel (arrêté du 5 mars 2013).

La diffusion publique sur le site Scope Santé ([www.scope-sante.fr](http://www.scope-sante.fr)) concerne certains indicateurs obligatoires,

imputables aux ES, ayant fait l'objet de plus d'une campagne nationale. Les résultats de ces indicateurs sont présentés par établissement avec un code couleur, selon qu'ils sont supérieurs (vert), égaux (jaune) ou inférieurs (orange) à l'objectif national de performance, correspondants aux classes A, B, C. Le code couleur gris correspond aux non répondants, le gris hachuré aux indicateurs pour lesquels l'ES n'est pas concerné (parce qu'il n'a pas d'activité correspondante, ou que la comparaison n'est pas possible). Les indicateurs sont sélectionnés et les objectifs nationaux de performance sont définis en concertation avec le comité de pilotage des indicateurs de qualité et de sécurité des soins en établissements de santé (COPIL) et les structures professionnelles concernées par le thème.

**Légende** + ● ● ● ● - ● Non répondant  
⊗ En cours, non concerné, non applicable, ou données insuffisantes

Du fait de l'opposabilité croissante des indicateurs (utilisation dans des tableaux de bord de pilotage, contrat de performance, d'objectifs et de moyens (CPOM), dispositifs d'incitation financière à la qualité, etc.), un contrôle qualité de leur recueil s'avère nécessaire. Depuis 2013, une orientation nationale de contrôle IGAS coordonnée par la DGOS et la HAS s'applique à l'ensemble des indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins. Le principe du contrôle qualité du recueil des indicateurs nationaux est d'assurer la fiabilité de l'autoévaluation réalisée lors des campagnes nationales de mesure en mettant en place une procédure de contrôle aléatoire. Le champ de cette inspection pour l'année 2013 visait 10% des établissements de santé concernés par région : la moitié des établissements est tirée au sort par l'ATIH et l'autre au choix de l'ARS.

Tous les établissements de santé participant au recueil ont accès, par le biais de la plate-forme QualHAS, à une information structurée et comparative qui leur permet de se positionner par rapport aux autres établissements et à

1. La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires renforce l'utilisation des indicateurs de qualité au sein des établissements de santé et constitue un progrès pour le droit à l'information collective de l'utilisateur en rendant obligatoire la publication, par chaque établissement de santé d'indicateurs sur la qualité des soins.

leur politique qualité conduite ou à engager. La présentation des résultats individuels permet d'identifier les voies d'amélioration et, grâce à l'évolution dans le temps, les établissements peuvent valoriser le résultat des actions d'amélioration mises en œuvre.

## Prévention et prise en charge initiale des HPP

L'hémorragie du post-partum (HPP), l'une des complications obstétricales les plus redoutées, est définie par une perte de sang supérieure à 500 ml dans les 24 h suivant l'accouchement. Les recommandations de pratiques professionnelles sur l'hémorragie du post-partum immédiat<sup>2</sup> élaborées par le collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) et la HAS ont été publiées en 2004, afin de diminuer les risques de survenue et de préciser la prise en charge de l'HPP.

En France de 2007 à 2009, bien qu'une diminution significative des décès maternels par hémorragies soit mise en évidence par la première fois au cours des dix dernières années de l'enquête confidentielle, les hémorragies obstétricales sont encore responsables de 18 % de la mortalité maternelle, constituant toujours la première cause de décès maternel, dont 84 % de ces décès ont été jugés évitables par les experts<sup>3</sup>.

Depuis 2012, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins sur la thématique « prévention et prise en charge initiale des HPP » validés par l'équipe de recherche COM-PAQ-HPST et les professionnels (le collège national des gynécologues obstétriciens et le collège national des sages-femmes de France), et s'appuyant sur les recommandations de 2004 sont déployés au niveau national à l'ensemble des maternités par la HAS. Ils ont pour finalité de contribuer à l'amélioration de la sécurité de la femme, réduire les inégalités de prise en charge et d'informer les femmes sur la qualité des maternités.

En 2013, la HAS a coordonné la seconde campagne de recueil de ces indicateurs au cours du premier semestre 2013. Une partie d'entre eux est diffusée publiquement depuis novembre 2013 sur le site ScopeSanté. La thématique « prévention et prise en charge initiale des HPP » a fait l'objet d'un contrôle sur la campagne de recueil 2013.

Les indicateurs de cette thématique sont centrés sur deux aspects de la prise en charge : la prévention de l'HPP lors de l'accouchement puisqu'une surveillance attentive et des mesures prophylactiques de l'HPP (cli-

niques et pharmacologiques) permettent une diminution de son incidence ; et la qualité de la prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI) qui permet de diminuer le risque de complications graves secondaires à l'hémorragie.

Ce rapport présente les principaux constats issus de l'analyse des résultats de cette seconde campagne d'évaluation de la qualité de la prévention et de la prise en charge initiale de l'HPPI. Ces résultats sont issus de l'analyse rétrospective de dossiers de patientes ayant accouché en 2012. Une première partie présente les résultats des indicateurs sur la prévention de l'HPP lors de l'accouchement, la deuxième ceux des indicateurs sur la prise en charge initiale de l'HPPI. Un questionnaire organisationnel a également été rempli par les maternités dont les résultats sont présentés en 3<sup>e</sup> partie.

Les annexes présentent la méthode de recueil et d'analyse ainsi que les résultats par région pour chaque indicateur.

2. HAS - Recommandations pour la pratique clinique « Hémorragies du post-partum immédiat » – Novembre 2004 – Disponible sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).

3. Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles 2007-2009 – Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM) oct. 2013 – Disponible sur : [www.inserm.fr](http://www.inserm.fr).

# Descriptif de la campagne nationale

## Participation des maternités

L'ensemble des 529 maternités françaises était concerné par les indicateurs de cette thématique quel que soit leur niveau de soins (46% de niveau 1, 42% de niveau 2, 12% de niveau 3<sup>4</sup>).

Le recueil s'est déroulé de mi-février à mi-mai 2013. Chaque maternité devait recueillir l'ensemble des indicateurs. En effet, les 2 groupes d'indicateurs bien qu'indépendants permettent d'avoir une lecture complète du processus de prévention et de prise en charge des HPPI.

Parmi les 529 maternités qui devaient recueillir les indicateurs, 15 n'ont pas rempli leur obligation, (sans caractéristique particulière retrouvée) : aucun résultat chiffré n'est donc disponible pour ces 15 établissements.

D'après les informations déclarées sur la plate-forme QUALHAS, les professionnels médicaux (obstétriciens, sages-femmes) ont participé au recueil dans 97% des établissements.

## Dossiers analysés

Pour l'ensemble des 514 maternités ayant participé au recueil :

- 31 630 dossiers d'accouchements ont été tirés au sort et 30 656 ont été analysés. Parmi ces dossiers, 24 573 dossiers étaient des dossiers d'accouchements par voie basse et 6 083 des dossiers de césariennes ;
- 16 959 dossiers d'HPPI ont été tirés au sort et 15 560 ont été analysés. Parmi ces dossiers d'HPPI, 13 353 dossiers étaient des dossiers d'accouchements par voie basse et 2 207 des dossiers de césariennes.

Le nombre élevé d'accouchements dans les maternités permet aisément d'obtenir 60 dossiers à analyser, alors que la faible fréquence des HPPI rend plus difficile l'atteinte d'un nombre minimum de 10 dossiers permettant

la comparaison sur le plan statistique. Par conséquent, parmi les 514 maternités, 404 avaient plus de 10 dossiers d'HPPI analysables.

## Calcul et présentation des indicateurs

Le recueil de ces indicateurs est fondé sur l'analyse d'un échantillon aléatoire de 60 dossiers (nombre maximum de dossiers). Cet échantillon permet le calcul des indicateurs. Pour chaque indicateur est recherché l'ensemble des éléments demandés dans le dossier. Quand l'ensemble des éléments sont présents, le dossier est considéré conforme. Le résultat de l'indicateur est le pourcentage de dossiers conformes par rapport aux dossiers inclus.

Pour chaque indicateur, dans la partie « Analyse nationale », un tableau présente :

- le nombre de maternités permettant le calcul de l'indicateur, le nombre de dossiers inclus ;
- le résultat national avec la moyenne pondérée accompagnée du résultat minimal et maximal obtenu par les maternités.

Les résultats nationaux sont calculés à partir des établissements ayant inclus plus de 10 dossiers dans le recueil.

Pour chaque indicateur diffusé publiquement un tableau présente le nombre d'établissements ayant atteint l'objectif national de performance (=), le nombre de ceux qui sont en dessous (-) et ceux qui sont au-dessus (+) (cf. [annexe 1](#)). Cet objectif national de performance a été fixé à 80% pour cette thématique.

Pour les indicateurs non diffusés publiquement, un tableau présente la répartition des maternités par rapport à la moyenne pondérée nationale de l'indicateur.

4. Données déclarées sur la plateforme QUALHAS.

# 1<sup>re</sup> Partie : Prévention de l'HPP lors de l'accouchement

## Description

Cette première partie concerne la prévention de l'HPP lors de l'accouchement puisqu'une surveillance attentive et des mesures prophylactiques de l'HPP (cliniques et pharmacologiques) permettent une diminution de son incidence. Deux indicateurs sont recueillis :

- un premier, sous la forme d'un taux, concerne la prévention de l'hémorragie lors de la **délivrance** qui évalue, au travers de sa traçabilité, la réalisation d'une injection prophylactique d'ocytociques et le contrôle de l'état du placenta. Il est composé de 2 niveaux d'exigence croissante : le niveau 1 évalue le suivi des recommandations, le niveau 2 évalue en plus la traçabilité de l'injection<sup>5</sup> de l'ocytocine ;
- un second, sous la forme d'un taux, concerne la **surveillance clinique minimale en salle** de naissance, qui évalue, au travers de sa traçabilité, la surveillance clinique minimale\* dans les 2 heures qui suivent l'accouchement et l'examen clinique actant la sortie de la salle de naissance.

\* mesure du pouls, de la tension artérielle, évaluations de la qualité du globe utérin et des pertes sanguines effectuées au moins à 2 reprises dans les deux heures suivant l'accouchement.

## Mode d'évaluation

Le calcul des indicateurs concernant la délivrance et la surveillance clinique minimale est fondé sur l'analyse d'un échantillon aléatoire de 60 dossiers d'accouchement de l'année 2012 par maternité (nombre maximum de dossiers).

Les séjours (résumés de sorties standardisés) présentant un code Z37 (code diagnostic de la Classification Internationale des Maladies 10<sup>e</sup> version) en diagnostic associé significatif sont tirés au sort dans la base PMSI<sup>6</sup> de la maternité.

5. Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.

6. Programme de médicalisation des systèmes d'information.

# Indicateur « Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement – niveau 1\* »

## Description

Fiche descriptive de l'indicateur : PRÉVENTION DE L'HÉMORRAGIE LORS DE LA DÉLIVRANCE APRÈS UN ACCOUCHEMENT – NIVEAU 1	
<b>Libellé</b>	<b>Niveau 1</b> : Proportion de dossiers d'accouchement comportant la modalité de la délivrance, la mention d'une injection prophylactique d'ocytocine et une conclusion, en cas de voie basse, de l'examen du placenta.
<b>Définition</b>	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue, par la traçabilité dans le dossier, la modalité de la délivrance, la réalisation d'une injection prophylactique d'ocytocine et le contrôle de l'état du placenta. Il est composé de deux niveaux d'exigence croissante : le niveau 1 évalue le suivi des recommandations. Le niveau 2 évalue en plus la traçabilité de l'injection <sup>7</sup> de l'ocytocine.
<b>Numérateur</b>	<b>Niveau 1</b> : Nombre de dossiers d'accouchement comportant la modalité de la délivrance, la trace d'une injection prophylactique d'ocytocine et, en cas de voie basse, une conclusion de l'examen du placenta.
<b>Dénominateur</b>	Nombre total de dossiers d'accouchements.
<b>Critères d'exclusion</b>	-
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
<b>Recommandation</b>	Les recommandations indiquent que : « Il est recommandé de réaliser systématiquement : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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) ;</li> <li>• un examen du placenta afin de vérifier s'il est complet. La rétention de cotylédons ou de membranes indique une révision utérine (accord professionnel) ».</li> </ul>
<b>Comparaison à l'objectif national de performance</b>	Oui pour le niveau 1, objectif fixé à 80 % soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées. Diffusion publique des résultats par établissement.

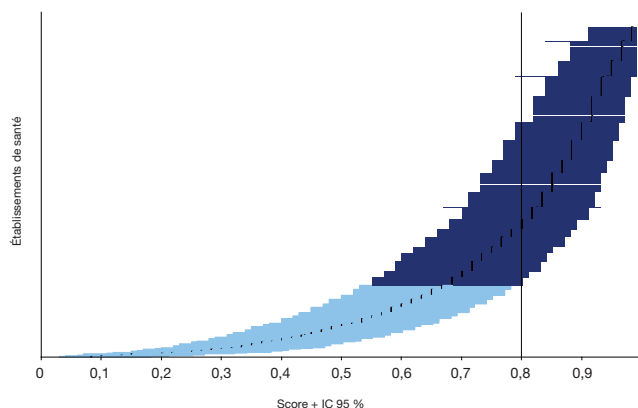
\* Le niveau 1 constitue le niveau d'exigence minimal : suivi des recommandations.

7. Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.

## Analyse nationale

**Tableau 3 et Graphique 1. Indicateur « Délivrance Niveau 1 » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013<sup>8</sup>**

Campagne 2013	
Nombre de maternités	514
Nombre total de dossiers	30 656
Moyenne nationale pondérée <sup>9</sup>	80
Min	8
Max	100



Les moyennes par région de cet indicateur sont disponibles en [annexe 2](#).

Plusieurs éléments composent l'indicateur et sont sources de non-conformité. Les causes de non conformités sont réparties de la manière suivante (% de dossiers) :

- modalité de délivrance non tracée : 1 % ;
- conclusion sur examen du placenta non tracée : 8 % ;
- prophylaxie par l'ocytocine non réalisée : 15 %.

L'absence de prophylaxie par ocytocine correspond à la situation suivante : il n'est retrouvé dans le dossier de la parturiente ni la mention de la délivrance dirigée ni la trace explicite de l'injection d'ocytocine (que ce soit au moment du dégagement de l'épaule antérieure de l'enfant ou quelques minutes après la délivrance). Près de 5 % (25) des maternités ont plus de 50% de leurs dossiers sans aucune trace de prophylaxie.

**Tableau 4. Indicateur « Délivrance Niveau 1 » – Positionnement des établissements par rapport à l'objectif national de performance - 80 % (Cf. [annexe 1](#))**

Objectif national de performance fixé à 80 %	(+)	(=)	(-)
Délivrance Niveau 1	32 % (163)	47 % (244)	21 % (107)

8. Chaque barre horizontale représente le score d'un ES et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale pondérée.

9. Moyenne pondérée par le nombre de séjours éligibles par établissement – Cf. [Annexe 1](#) (estimation des références).

# Indicateur « Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement – niveau 2\* »

## Description

Fiche descriptive de l'indicateur : PRÉVENTION DE L'HÉMORRAGIE LORS DE LA DÉLIVRANCE APRÈS UN ACCOUCHEMENT – NIVEAU 2	
<b>Libellé</b>	<b>Niveau 2 :</b> Proportion 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.
<b>Définition</b>	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue, par la traçabilité dans le dossier, la modalité de la délivrance, la réalisation d'une injection prophylactique d'ocytocine et le contrôle de l'état du placenta. Il est composé de deux niveaux d'exigence croissante : le niveau 1 évalue le suivi des recommandations. Le niveau 2 évalue en plus la traçabilité de l'injection de l'ocytocine.
<b>Numérateur</b>	<b>Niveau 2 :</b> 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.
<b>Dénominateur</b>	Nombre total de dossiers d'accouchements.
<b>Critères d'exclusion</b>	-
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
<b>Recommandation</b>	Les recommandations indiquent que : « <i>Il est recommandé de réaliser systématiquement :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>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) ;</i></li> <li>• <i>un examen du placenta afin de vérifier s'il est complet. La rétention de cotylédons ou de membranes indique une révision utérine (accord professionnel) ».</i></li> </ul> Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicale et aux médicaments dans les établissements de santé.
<b>Comparaison à l'objectif national de performance</b>	Non pour le niveau 2, seul le niveau 1 de l'indicateur est diffusé.

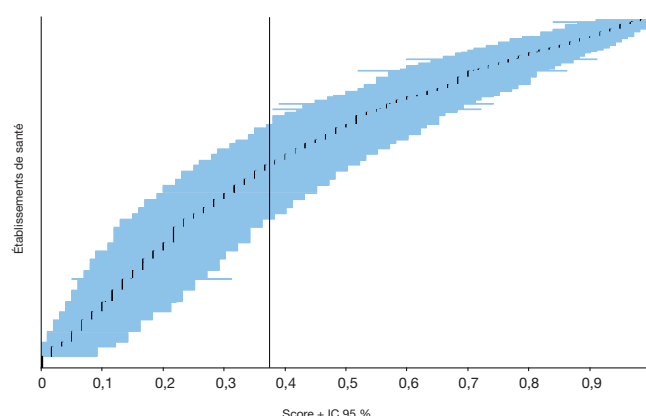
\* Le niveau 2 constitue le second niveau d'exigence associant le suivi des recommandations et la traçabilité de l'injection de l'ocytocine.

10. Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicale et aux médicaments dans les établissements de santé.

## Analyse nationale

**Tableau 5 et Graphique 2. Indicateur « Délivrance Niveau 2 » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013**

Campagne 2013	
Nombre de maternités	514
Nombre total de dossiers	30 656
Moyenne nationale pondérée <sup>11</sup>	37
Min	0
Max	100



Les moyennes par région de cet indicateur sont disponibles en [annexe 2](#).

Plusieurs éléments composent l'indicateur et sont sources de non-conformité. Aux causes de non conformités précédentes il faut ajouter (% de dossiers) :




- mention de la délivrance dirigée mais enregistrement de l'injection absent : 22 % ;
- injection tracée mais enregistrement incomplet : 34 %.

L'enregistrement complet d'une injection comprend l'heure, la dose et la voie d'administration. Les éléments manquants lors de l'enregistrement sont (% de dossiers) :

- l'heure d'injection (17 %) ;
- la dose (4 %) ;
- la voie d'administration (24 %).

Ce niveau de l'indicateur n'est pas diffusé publiquement, il n'y a donc pas d'objectif national de performance fixé. Dans le tableau ci-dessous, les établissements sont répartis pour information par rapport à la moyenne nationale pondérée.

**Tableau 6. Indicateur « Délivrance Niveau 2 » – Répartition des établissements par rapport à la moyenne nationale pondérée (Cf. [annexe 1](#))**

Positionnement par rapport à la moyenne nationale pondérée			
Délivrance Niveau 2	31 % (157)	27 % (139)	42 % (218)

11. Moyenne pondérée par le nombre de séjours éligibles par établissement – Cf. [Annexe 1](#) (estimation des références).

# Indicateur « Surveillance clinique minimale en salle de naissance »

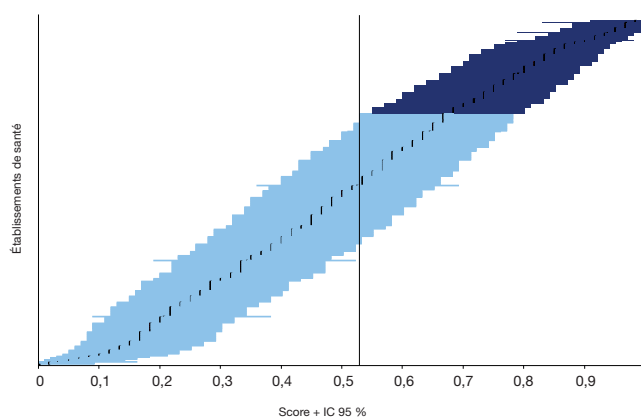
## Description

Fiche descriptive de l'indicateur : SURVEILLANCE CLINIQUE MINIMALE EN SALLE DE NAISSANCE APRÈS L'ACCOUCHEMENT	
<b>Libellé</b>	Proportion de dossiers d'accouchement dans lesquels la surveillance clinique minimale dans les deux heures suivant l'accouchement et l'examen autorisant la sortie de la patiente de la salle de naissance sont tracés.
<b>Définition</b>	<p>Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue, par la traçabilité, la surveillance clinique minimale* dans les 2 heures qui suivent l'accouchement et l'examen autorisant la sortie de la patiente de la salle de naissance.</p> <p>* La surveillance clinique minimale demandée est composée de 4 paramètres : mesure du pouls, de la tension artérielle, évaluations de la qualité du globe utérin et des pertes sanguines effectuées au moins à 2 reprises dans les deux heures suivant l'accouchement.</p>
<b>Numérateur</b>	<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>* mesure du pouls, de la tension artérielle, évaluations de la qualité du globe utérin et des pertes sanguines effectuées au moins à 2 reprises dans les deux heures suivant l'accouchement.</p>
<b>Dénominateur</b>	Nombre total de dossiers d'accouchements
<b>Critères d'exclusion</b>	-
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
<b>Recommandation</b>	Les recommandations indiquent que : « <i>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).</i> »
<b>Comparaison à l'objectif national de performance</b>	Oui-objectif fixé à 80 % soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées. Diffusion publique des résultats par établissement

## Analyse nationale

**Tableau 7 et Graphique 3. Indicateur « Surveillance clinique minimale » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013**

Campagne 2013	
Nombre de maternités	514
Nombre total de dossiers	30 656
Moyenne nationale pondérée <sup>12</sup>	53
Min	0
Max	100



Les moyennes par région de cet indicateur sont disponibles en annexe.

Plusieurs éléments composent l'indicateur et sont sources de non-conformité. Les causes de non conformités sont réparties de la manière suivante (% de dossiers) :

- les éléments non tracés 2 fois dans les 2 heures :
  - pouls : 30 %,
  - tension artérielle : 20 %,
  - qualité du globe utérin : 20 %,
  - évaluation quantitative ou qualitative des pertes sanguines : 20%.
- l'examen médical autorisant la sortie de la salle de naissance manquant : 21%.

**Tableau 8. Indicateur « Surveillance clinique minimale » – Positionnement des établissements par rapport à l'objectif national de performance - 80 % (Cf. [annexe 1](#))**

Objectif national de performance fixé à 80 %	(+)	(=)	(-)
Surveillance clinique minimale	7 % (36)	21 % (109)	72 % (369)

12. Moyenne pondérée par le nombre de séjours éligibles par établissement – Cf. [Annexe 1](#) (estimation des références).

## Constats principaux sur les résultats des indicateurs sur la prévention de l'HPP au cours de l'accouchement

- L'indicateur sur la délivrance porte sur les éléments entourant la délivrance et permettant de diminuer le risque de survenue d'une HPP. Sa moyenne nationale est de 80 % ce qui signifie que la traçabilité est correcte pour 8 dossiers sur 10. L'absence totale de trace d'une prophylaxie par ocytocine est constatée dans 15 % des dossiers, bien que cette molécule soit reconnue comme un élément majeur de la prévention de la survenue d'HPP.
- La moyenne nationale de l'indicateur sur la traçabilité de la surveillance minimale après l'accouchement est de 53 %. Cette surveillance permet de dépister notamment la survenue d'une HPP : il est à souligner que 20 % des dossiers ont une traçabilité de l'évaluation du globe utérin insuffisante et que 20 % des dossiers montrent une traçabilité de l'évaluation des pertes sanguines également insuffisante. Pour près d'un dossier sur 5, l'examen de sortie de la salle de naissance n'est pas tracé.
- 43 % des dossiers répondent à l'ensemble des critères demandés<sup>13</sup> portant sur la prévention de l'HPP.

13. La modalité de la délivrance ; la mention d'une injection prophylactique d'ocytocine ; pour les accouchements par voie basse la trace d'une conclusion de l'examen du placenta ; la trace de la surveillance clinique minimale (pouls, tension artérielle, évaluation de la qualité du globe utérin et évaluation des pertes sanguines effectués à au moins 2 reprises dans les deux heures suivant l'accouchement) ; ainsi que la trace de l'examen médical autorisant la sortie de la salle de naissance.

# 2<sup>e</sup> Partie : Prise en charge initiale de l'HPP

## Description

Cette deuxième partie concerne la qualité de la prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum immédiat qui permet de diminuer le risque de complications graves secondaires à l'hémorragie. Deux indicateurs sont recueillis :

- le premier concerne le diagnostic de l'hémorragie en évaluant la traçabilité de l'heure de diagnostic et la quantification en millilitres du saignement au moment du diagnostic, le facteur temps étant primordial dans la prise en charge de l'HPP ;
- le second concerne la réalisation systématique d'un geste endo-utérin à la suite d'un diagnostic d'HPPI. L'indicateur est restreint aux HPPI secondaires à un accouchement par voie basse et non d'origine cervico-vaginale.

## Mode d'évaluation

Le calcul des indicateurs concernant le diagnostic d'HPPI et la réalisation d'un geste endo-utérin est fondé sur l'analyse d'un échantillon aléatoire de 60 dossiers, de séjours hospitaliers de l'année 2012 pour accouchements suivis d'une HPPI, par maternité (nombre maximum de dossiers).

Sont tirés au sort dans la base PMSI de l'année 2012 de la maternité, les séjours avec :

- un code Z37 en diagnostic associé significatif (DAS) ;
- associé à un code O72.0 (hémorragie de la délivrance) ou O72.1 (hémorragie immédiate du post-partum) en diagnostic principal (DP), relié (DR) ou DAS.

Les indicateurs comportent des exclusions secondaires, entraînant une exclusion de certains dossiers du calcul des indicateurs. Le nombre de dossiers audités peut ainsi descendre sous le seuil des 10 dossiers nécessaires à la comparaison : le nombre de maternités entrant dans les comparatifs est décroissant.

# Indicateur « Diagnostic d'HPPI »

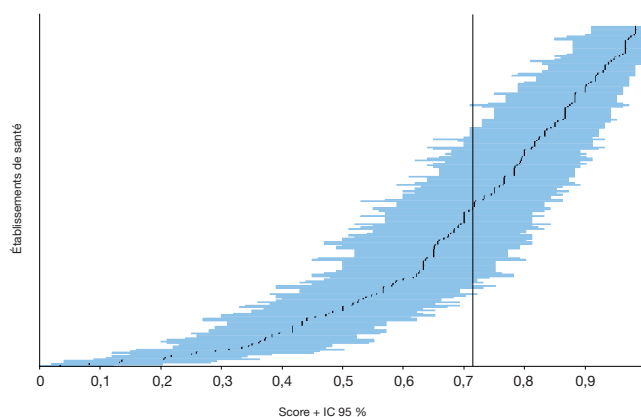
## Description

Fiche descriptive de l'indicateur : DIAGNOSTIC D'HPPI	
<b>Libellé</b>	Proportion de dossiers d'HPP comportant l'heure du diagnostic d'HPP et la quantification du saignement exprimée en millilitres.
<b>Définition</b>	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue 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. Il concerne uniquement les accouchements au cours desquels est survenue une HPPI.
<b>Numérateur</b>	Nombre de dossiers d'HPPI comportant l'heure du diagnostic d'HPP et la quantification du saignement exprimée en millilitre.
<b>Dénominateur</b>	Nombre de dossiers inclus d'HPPI.
<b>Critères d'exclusion</b>	-
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
<b>Recommandation</b>	Les recommandations indiquent que : « <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> »
<b>Comparaison à l'objectif national de performance</b>	Non. Pas de diffusion publique des résultats par établissement

## Analyse nationale

**Tableau 9 et Graphique 4. Indicateur « Diagnostic d'HPPI » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013**

Campagne 2013	
Nombre de maternités	416
Nombre total de dossiers	15 016
Moyenne nationale pondérée <sup>14</sup>	71
Min	0
Max	100



Seules les maternités avec plus de 10 dossiers inclus sont prises en compte pour calculer la moyenne nationale pondérée.




Les moyennes par région de cet indicateur sont disponibles en [annexe 2](#).

Plusieurs éléments composent l'indicateur et sont sources de non-conformité. Les causes de non conformités sont réparties de la manière suivante (% de dossiers) :

- l'heure de diagnostic absente : 14 %
- la quantification en ml du saignement au moment du diagnostic absente : 24 %.

Cet indicateur n'est pas diffusé publiquement, il n'y a donc pas d'objectif national de performance fixé. Les établissements sont répartis, ci-dessous, pour information par rapport à la moyenne nationale pondérée.

**Tableau 10. Indicateur « Diagnostic d'HPPI » – Répartition des établissements par rapport à la moyenne nationale pondérée (Cf. [annexe 1](#))**

Positionnement par rapport à la moyenne nationale pondérée			
Diagnostic d'HPPI	21% (89)	57 % (235)	22 % (92)

14. Moyenne pondérée par le nombre de séjours éligibles par établissement – Cf. [Annexe 1](#) (estimation des références).

# Indicateur « Réalisation d'un geste endo-utérin »

## Description

Fiche descriptive de l'indicateur : RÉALISATION D'UN GESTE ENDO-UTÉRIN	
<b>Libellé</b>	Proportion de dossiers d'HPPI comportant la trace de la réalisation d'un geste endo-utérin réalisé au décours du diagnostic d'HPPI en cas d'accouchement par voie basse.
<b>Définition</b>	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la réalisation systématique d'un geste endo-utérin à la suite d'un diagnostic d'HPPI. Il ne concerne que les accouchements par voie basse au cours desquels est survenue une HPPI dont l'origine n'est pas exclusivement cervico-vaginale.
<b>Numérateur</b>	Nombre de dossiers d'HPPI comportant la trace de la réalisation d'un geste endo-utérin (soit une délivrance artificielle soit une révision utérine) au décours du diagnostic d'HPPI.
<b>Dénominateur</b>	Nombre d'accouchements par voie basse dont l'hémorragie n'est pas exclusivement d'origine cervico-vaginale.
<b>Critères d'exclusion</b>	Exclusions secondaires : <ul style="list-style-type: none"><li>• Séjours d'accouchement par césarienne ;</li><li>• Saignements d'origine exclusivement cervico-vaginale.</li></ul>
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
<b>Recommandation</b>	Les recommandations indiquent que : « <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> »
<b>Comparaison à l'objectif national de performance</b>	Non. Pas de diffusion publique des résultats par établissement.

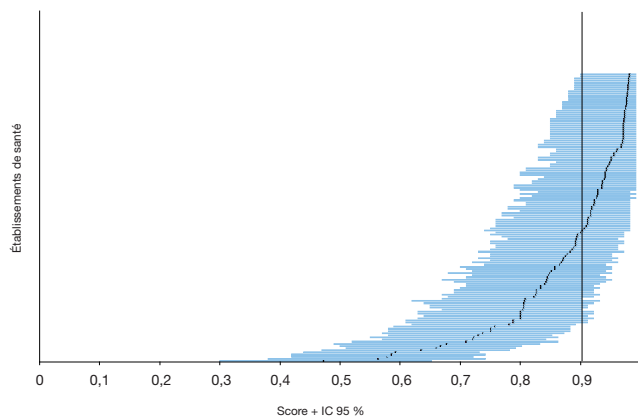
## Analyse nationale

15 560 dossiers d'HPPI ont été audités au départ. Les dossiers exclus secondairement sont répartis de la manière suivante :

- exclusion pour césarienne N=2 207 (14 %) ;
- exclusion pour HPPI d'origine uniquement cervico-vaginale N=2 293 (15 %).

**Tableau 11 et Graphique 5. Indicateur « Réalisation d'un geste endo-utérin » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013**

Campagne 2013	
Nombre de maternités	361
Nombre total de dossiers	10 385
Moyenne nationale pondérée <sup>15</sup>	90
Min	45
Max	100






Seules les maternités avec plus de 10 dossiers inclus sont prises en compte pour calculer la moyenne nationale.

Les moyennes par région de cet indicateur sont disponibles en [annexe 2](#).

Cet indicateur n'est pas diffusé publiquement, il n'y a donc pas d'objectif national de performance fixé. Les établissements sont répartis, ci-dessous, pour information par rapport à la moyenne nationale pondérée.

**Tableau 12. Indicateur « Réalisation d'un geste endo-utérin » – Répartition des établissements par rapport à la moyenne nationale pondérée (Cf. [annexe 1](#))**

Positionnement par rapport à la moyenne nationale pondérée			
Réalisation d'un geste endo-utérin	22% (78)	69% (249)	9% (34)

15. Moyenne pondérée par le nombre de séjours éligibles par établissement – Cf. [Annexe 1](#) (estimation des références).

### Constats principaux sur les résultats des indicateurs sur la prise en charge initiale de l'HPPI

- La moyenne nationale de l'indicateur concernant le diagnostic est de 71 % ce qui signifie que la traçabilité de l'heure du diagnostic de l'HPPI associée au volume des pertes sanguines est correcte dans plus de 7 dossiers sur 10. La quantification en ml est absente dans près d'un dossier sur 4.
- La moyenne nationale de l'indicateur concernant la réalisation systématique d'un geste endo-utérin en cas de survenue d'une HPPI est de 90 % ce qui signifie que le traitement de l'HPPI par un geste endo-utérin, comme recommandé, est tracé dans 9 dossiers sur 10. Cependant la variabilité inter-établissements est tout de même importante avec un minimum à 45 %, c'est-à-dire que moins de la moitié des dossiers d'un établissement rapporte un geste endo-utérin alors qu'il est indiqué.
- 65 % des dossiers répondent à l'ensemble des critères demandés<sup>16</sup> portant sur la prise en charge initiale de l'HPPI.

16. La trace de l'heure du diagnostic d'HPP et la quantification du saignement exprimée en millilitre et en cas d'accouchement par voie basse la trace d'un geste endo-utérin réalisé au décours du diagnostic d'HPP.

# 3<sup>e</sup> Partie : Questionnaire organisationnel

En parallèle de l'analyse des dossiers, les maternités ont répondu à un questionnaire portant sur des éléments d'organisation autour de la prévention et de la prise en charge de l'hémorragie du post-partum. Les résultats sont les suivants.

Concernant l'organisation, en 2012, sur les 514 maternités répondantes, les maternités disposaient en secteur de naissance :

- d'un protocole formalisé de prise en charge de l'HPPI dans 98% des cas ;
- d'un protocole de transfusion dans 93% des cas.

79% des maternités avaient mis en place en 2012 une fiche de surveillance rapprochée d'HPPI dans les dossiers.

92% des maternités utilisaient systématiquement, en 2012, un sac de recueil sous-fessier, gradué dans 98% des cas. Ce sac est un moyen rapide de diagnostiquer avec précision les hémorragies de la délivrance en salle d'accouchement.

Concernant l'amélioration des pratiques, en 2012, sur les 514 maternités :

- 65% avaient mis en œuvre une ou plusieurs démarches d'évaluation des pratiques professionnelles sur le thème de l'HPP, mais seulement 78% d'entre elles avaient un compte-rendu daté précisant la méthode et les étapes réalisées ;
- des revues de morbi-mortalité sur des dossiers d'obstétrique ont été réalisées dans 76% des maternités entre janvier 2011 et mars 2013.

# Bilan et perspectives

Cette seconde campagne de recueil sur la thématique de la prévention et de la prise en charge initiale des hémorragies du post-partum immédiat, pilotée par la HAS, permet à l'ensemble des maternités de disposer d'un état des lieux des pratiques en salle de naissance en 2012.

Les résultats présentés dans ce rapport sont issus de l'analyse d'un échantillon de dossiers d'accouchements de 2012. Les résultats des 2 indicateurs soumis à diffusion publique sont diffusés sur le site Scope Santé pour les établissements dont la diffusion est obligatoire.

Les résultats des indicateurs peuvent être utilisés au sein des établissements de santé pour améliorer la prise en charge des parturientes car ils permettent un suivi des pratiques dans le temps et de se comparer à l'objectif national de performance, aux moyennes nationale et régionale. Il revient à chaque maternité d'engager les actions qui seront utiles.

Le taux de participation des établissements est important. Près de 97 % des maternités ont recueilli les indicateurs. Ainsi, ce sont plus de 40 600 dossiers qui ont été analysés. La pertinence des IQSS est confirmée. La variabilité inter-établissements des résultats reste importante pour chacun des indicateurs et les résultats montrent encore des marges d'amélioration.

Des points majeurs d'amélioration ont été identifiés pour la prévention des hémorragies : l'absence totale de trace d'une prophylaxie par ocytocine est constatée dans 15 % des dossiers, bien que cette molécule soit reconnue comme un élément majeur de la prévention de la survenue d'HPP. La surveillance clinique minimale est également incomplète dans 47 % des dossiers.

Concernant la prise en charge initiale des HPPI où le facteur temps et le suivi des pertes sanguines sont primordiaux dans le choix de la stratégie thérapeutique à mettre en œuvre, les points majeurs d'amélioration portent sur la quantification en ml absente dans près d'un dossier sur 4 ; et sur la variabilité inter-établissements importante concernant la systématisation du geste endo-utérin en cas de survenue d'une HPPI.

L'analyse de la variabilité des résultats des indicateurs en fonction du niveau de maternité, du type d'établissements, et entre régions fait l'objet actuellement d'une analyse approfondie.

Le prochain recueil des indicateurs sur la « Prévention et la prise en charge initiale de l'HPP » sera mis en œuvre par la HAS en 2015. Celui-ci portera sur des dossiers de l'année 2014. Les résultats de ce troisième recueil pour les indicateurs concernés seront diffusés publiquement, conformément à la loi HPST.

# Table des illustrations

Tableau 1. Résultats nationaux des indicateurs sur la prévention de l'HPP lors de l'accouchement – Campagne 2013 .....	5
Tableau 2. Résultats nationaux des indicateurs sur la prise en charge initiale de l'HPPI – Campagne 2013.....	5
Tableau 3 et Graphique 1. Indicateur « Délivrance Niveau 1 » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013 .....	11
Tableau 4. Indicateur « Délivrance Niveau 1 » – Positionnement des établissements par rapport à l'objectif national de performance - 80 % .....	11
Tableau 5 et Graphique 2. Indicateur « Délivrance Niveau 2 » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013 .....	13
Tableau 6. Indicateur « Délivrance Niveau 2 » – Répartition des établissements par rapport à la moyenne nationale pondérée .....	13
Tableau 7 et Graphique 3. Indicateur « Surveillance clinique minimale » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013 .....	15
Tableau 8. Indicateur « Surveillance clinique minimale » – Positionnement des établissements par rapport à l'objectif national de performance - 80 % .....	15
Tableau 9 et Graphique 4. Indicateur « Diagnostic d'HPPI » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013 .....	19
Tableau 10. Indicateur « Diagnostic d'HPPI » – Répartition des établissements par rapport à la moyenne nationale pondérée .....	19
Tableau 11 et Graphique 5. Indicateur « Réalisation d'un geste endo-utérin » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013 .....	21
Tableau 12. Indicateur « Réalisation d'un geste endo-utérin » – Répartition des établissements par rapport à la moyenne nationale pondérée .....	21
Tableau 13. Indicateur « Délivrance Niveau 1 » – Moyennes régionales pondérées (en %).....	29
Tableau 14. Indicateur « Délivrance Niveau 2 » – Moyennes régionales pondérées (en %).....	30
Tableau 15. Indicateur « Surveillance clinique minimale » – Moyennes régionales pondérées (en %).....	31
Tableau 16. Indicateur « Diagnostic d'HPPI » – Moyennes régionales pondérées (en %) .....	32
Tableau 17. Indicateur « Geste endo-utérins » – Moyennes régionales pondérées (en %).....	33

## Annexe I. Méthodes de recueil et d'analyse

Le « Guide méthodologique de production des résultats comparatifs des indicateurs de qualité et de sécurité des soins sur la plateforme QUALHAS - Campagne nationale IPAQSS 2013 », disponible sur le site de la HAS, précise les méthodes statistiques utilisées pour la production des résultats comparatifs.

### ► Recueil et restitution des données

Chaque année, la HAS organise une campagne nationale de recueil. Pour chaque campagne, plusieurs thèmes sont concernés, avec des thématiques transversales et de pratique clinique, en alternance une année sur deux. Chaque thème est lui-même composé d'un ou de plusieurs indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS).

### Outils

Le recueil des données se fait via l'utilisation d'outils informatiques développés par l'ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation). Ils permettent à la fois le recueil et la restitution en temps réel de résultats pour chaque indicateur recueilli par l'établissement de santé (ES) et se composent de :

- LOTAS : logiciel de tirage au sort des séjours analysés qui servent au calcul des indicateurs - les spécifications du logiciel sont construits à partir des données du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) ;
- QUALHAS : plate-forme Internet sécurisée à laquelle chaque établissement se connecte à l'aide d'un identifiant et d'un mot de passe afin de saisir les informations. Ce système permet de restituer aux ES des résultats individuels dès la fin de la saisie, et des résultats comparatifs.

Plusieurs niveaux de validation sont prévus par le système et permettent un contrôle a priori des données saisies : identification des opérateurs de saisie au sein des ES, étape de « verrouillage » qui donne accès à la lecture des résultats individuels, et enfin étape de « validation » qui rend impossible toute modification ultérieure des données saisies.

Toutes les données agrégées, présentées dans ce document, sont issues de la plate-forme de recueil QUALHAS et ont été saisies par les établissements.

### Modalités de recueil

Le dossier patient est utilisé comme source de données car il contient l'ensemble des informations médicales, soignantes, sociales et administratives qui permettent d'assurer la prise en charge coordonnée d'un patient et la continuité des soins. C'est à partir du dossier que l'on assure la traçabilité de la démarche de prise en charge. Le contenu du dossier patient est défini par le décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du code de la santé publique. Ce dossier contient des informations de différents types : compte-rendu d'hospitalisation, observations médicales, feuilles de soins, prescriptions, résultats des examens, etc.

La sélection des séjours (dossiers) à évaluer est réalisée par tirage au sort à partir des bases nationales de séjours hospitaliers issus du PMSI pour les différents champs d'activité : médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), soins de suite et réadaptation (SSR), santé mentale (PSY) et hospitalisation à domicile (HAD), sur une période donnée et avec des critères de sélection spécifiques pour chaque recueil d'IQSS. Le recueil des IQSS, réalisé par l'ES, consiste en un audit rétrospectif portant sur un échantillon aléatoire de séjours (dossiers) :

- soit sur l'année N-1 de la campagne de recueil pour les indicateurs de spécialités ;
- soit sur une période de l'année N-1 de la campagne de recueil pour les indicateurs transversaux.

Selon les thèmes, 60 ou 80 séjours maximum doivent être analysés par ES.

Le nombre de dossiers évalués est identique quelles que soient la taille et la catégorie des ES participant au recueil national. Ce nombre de dossiers relativement faible est un compromis entre une charge de travail acceptable, tous types de structure confondus, et une précision statistique suffisante de l'indicateur estimé à partir de l'échantillon. Un intervalle de confiance à 95 % calculé sur l'échantillon est présenté avec le résultat de chaque indicateur, et ne tient pas compte de l'activité de l'ES. Pour plus de précision sur le calcul de l'intervalle de confiance, cf. Guide méthodologique.

### ► Mode de présentation des IQSS par ES

Les résultats des indicateurs de qualité par ES se présentent :

- soit sous la forme d'un score de qualité, constitué de plusieurs critères, compris entre 0 et 100, qui correspond à la moyenne des critères calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x 100) [exemple : Tenue du dossier Patient (TDP)] ;
- soit sous la forme de proportions ou pourcentages ou taux pour les variables binaires [exemple : Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD)] ;
- soit sous la forme d'une médiane de durée pour les délais [exemple : Délai médian entre l'arrivée dans l'établissement et la réalisation d'une imagerie cérébrale en heures pour la prise en charge initiale des AVC (IMA)].

### ► Méthodes de comparaison

#### Estimation des références

Deux types de mesure de valeurs centrales sont produites comme référence :

- une moyenne pondérée par le nombre de séjours éligibles par ES (total des séjours comptabilisés dans le PMSI sur la période considérée). Chaque ES se voit ainsi attribuer un poids en fonction de son activité sur la période considérée : plus son activité est importante, plus son poids sera important et il participera donc d'autant plus au calcul de la moyenne.

Pour les indicateurs de type score, un seuil minimum de 31 dossiers à évaluer par ES a été retenu pour que les résultats de celui-ci soient pris en compte dans les résultats comparatifs.

Pour les indicateurs de type proportion, un seuil minimum de 10 dossiers à évaluer par ES a été retenu pour que les résultats de celui-ci soient intégrés dans les comparatifs ;

- une médiane corrigée pour les indicateurs de type délai. Les délais aberrants statistiquement (délais strictement supérieurs à une borne) sont supprimés du calcul de la référence pour l'ensemble des dossiers inclus dans l'analyse.

Pour les indicateurs de type délai, un seuil minimum de 10 dossiers à évaluer a été retenu pour que les résultats de l'ES soient intégrés dans la comparaison inter-ES.

Pour plus de précisions sur l'estimation des références, cf. Guide méthodologique.

#### Types de référence

La plate-forme QUALHAS permet à chaque ES de se comparer à quatre types de références.

- Trois références dans l'espace :
  - une « **référence nationale** » ;
  - une « **référence régionale** » : les ES ont accès au résultat moyen ou médian de leur région ;
  - une « **référence par catégorie d'ES** » : les ES ont accès au résultat moyen ou médian de leur catégorie.
- Un « **objectif national de performance** » a été défini dès 2009 par le Ministère chargé de la santé comme seuil à atteindre par les ES. Chaque année, une instruction DGOS relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public par les ES, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, redéfinit la liste des indicateurs et les objectifs nationaux de performance correspondants.

## ► Méthodes de présentation des résultats

Deux présentations sont proposées. Les ES sont comparés par rapport :

- à la moyenne pondérée (de tous les ES), via des pictogrammes de couleur vert, jaune et orange ;
- à l'objectif national de performance, via des classes « + », « = » et « - ».

### Positionnement par rapport à la moyenne pondérée

Le positionnement d'un ES par rapport à la moyenne de référence est décliné en pictogrammes de couleur verts, jaunes et orange. Ces 3 couleurs représentent 3 classes ou niveaux de qualité décroissants.

### Indicateurs de type score ou proportion

Les 3 premières classes sont définies en comparant l'intervalle de confiance (IC) à 95 % de la moyenne des scores ou des proportions de l'ES à la moyenne de référence retenue pour l'indicateur analysé.

Une quatrième classe non affichée est créée pour les ES « **Non répondants** ».



ES dont la borne basse de l'IC à 95 % est supérieure à la moyenne de référence : la position de l'ES est dite « **significativement supérieure à la moyenne pondérée de référence** ».



ES dont l'IC à 95 % coupe la référence : la position de l'ES est dite « **non significativement différente de la moyenne pondérée de référence** ».



ES dont la borne haute de l'IC à 95 % est inférieure à la moyenne de référence : la position de l'ES est dite « **significativement inférieure à la moyenne pondérée de référence** ».

### Indicateurs de type délai

La méthode de comparaison dans le cadre d'un indicateur de délai reste à définir.

### Positionnement par rapport à l'objectif de performance

#### Indicateurs de type score ou proportion

Trois classes sont définies en comparant l'intervalle de confiance (IC) à 95 % de la moyenne des scores ou des proportions de l'ES à l'objectif de performance.

Une quatrième classe non affichée est créée pour les ES « **Non répondants** ».

#### Classe « + »

ES dont la borne basse de l'IC à 95 % est supérieure à l'objectif cible national, on dit que la position de l'ES est « **significativement supérieure à l'objectif de performance** ».

#### Classe « = »

ES dont l'IC à 95 % coupe l'objectif cible national, on dit que la position de l'ES est « **non significativement différente de l'objectif de performance** ».

#### Classe « - »

ES dont la borne haute de l'IC à 95 % est inférieure à l'objectif cible national, on dit que la position de l'ES « **est significativement inférieure à l'objectif de performance** ».

### Indicateurs de type délai

Il n'existe pas d'objectif cible national sur les indicateurs de délais.

## Annexe II. Tableaux des moyennes régionales par indicateur

Tableau 13. Indicateur « Délivrance Niveau 1 » – Moyennes régionales pondérées (en %)

	Nbre d'ES avec plus de 9 dossiers inclus	Moyenne régionale pondérée
Alsace	15	84 %
Aquitaine	27	66 %
Auvergne	10	88 %
Basse Normandie	14	89 %
Bourgogne	13	85 %
Bretagne	23	81 %
Centre	21	76 %
Champagne Ardenne	15	71 %
Corse	4	64 %
Franche Comté	9	81 %
Guadeloupe	2	85 %
Guyane	4	89 %
Haute Normandie	12	88 %
Ile de France	88	84 %
Languedoc Roussillon	20	83 %
Limousin	8	69 %
Lorraine	18	79 %
Martinique	2	97 %
Midi Pyrénées	26	77 %
Nord Pas de Calais	33	83 %
Océan Indien	7	60 %
PACA	38	82 %
Pays de la Loire	23	79 %
Picardie	15	55 %
Poitou Charentes	15	73 %
Rhône Alpes	51	85 %
<b>Moyenne nationale pondérée = 80 %</b>		

**Tableau 14. Indicateur « Délivrance Niveau 2 » – Moyennes régionales pondérées (en %)**

	Nbre d'ES avec plus de 9 dossiers inclus	Moyenne régionale pondérée
Alsace	15	34 %
Aquitaine	27	23 %
Auvergne	10	57 %
Basse Normandie	14	36 %
Bourgogne	13	52 %
Bretagne	23	30 %
Centre	21	26 %
Champagne Ardenne	15	32 %
Corse	4	24 %
Franche Comté	9	24 %
Guadeloupe	2	9 %
Guyane	4	19 %
Haute Normandie	12	49 %
Ile de France	88	40 %
Languedoc Roussillon	20	46 %
Limousin	8	48 %
Lorraine	18	51 %
Martinique	2	93 %
Midi Pyrénées	26	41 %
Nord Pas de Calais	33	48 %
Océan Indien	7	9 %
PACA	38	44 %
Pays de la Loire	23	28 %
Picardie	15	36 %
Poitou Charentes	15	43 %
Rhône Alpes	51	31 %
<b>Moyenne nationale pondérée = 37 %</b>		

**Tableau 15. Indicateur « Surveillance clinique minimale » – Moyennes régionales pondérées (en %)**

	Nbre d'ES avec plus de 9 dossiers inclus	Moyenne régionale pondérée
Alsace	15	37 %
Aquitaine	27	37 %
Auvergne	10	67 %
Basse Normandie	14	39 %
Bourgogne	13	62 %
Bretagne	23	52 %
Centre	21	49 %
Champagne Ardenne	15	54 %
Corse	4	54 %
Franche Comté	9	47 %
Guadeloupe	2	47 %
Guyane	4	36 %
Haute Normandie	12	61 %
Ile de France	88	51 %
Languedoc Roussillon	20	58 %
Limousin	8	55 %
Lorraine	18	60 %
Martinique	2	97 %
Midi Pyrénées	26	65 %
Nord Pas de Calais	33	56 %
Océan Indien	7	76 %
PACA	38	62 %
Pays de la Loire	23	50 %
Picardie	15	34 %
Poitou Charentes	15	53 %
Rhône Alpes	51	50 %
<b>Moyenne nationale pondérée = 53 %</b>		

**Tableau 16. Indicateur « Diagnostic d'HPPI » – Moyennes régionales pondérées (en %)**

	Nbre d'ES avec plus de 9 dossiers inclus	Moyenne régionale pondérée
Alsace	13	72 %
Aquitaine	18	60 %
Auvergne	9	89 %
Basse Normandie	13	71 %
Bourgogne	11	61 %
Bretagne	22	78 %
Centre	13	74 %
Champagne Ardenne	10	70 %
Corse	3	39 %
Franche Comté	8	83 %
Guadeloupe	2	67 %
Guyane	3	83 %
Haute Normandie	11	81 %
Ile de France	67	60 %
Languedoc Roussillon	15	56 %
Limousin	5	61 %
Lorraine	17	74 %
Martinique	1	89 %
Midi Pyrénées	16	71 %
Nord Pas de Calais	26	88 %
Océan Indien	7	77 %
PACA	35	64 %
Pays de la Loire	21	83 %
Picardie	14	74 %
Poitou Charentes	12	78 %
Rhône Alpes	43	74 %
<b>Moyenne nationale pondérée = 71 %</b>		

**Tableau 17. Indicateur « Geste endo-utérins » – Moyennes régionales pondérées (en %)**

	Nbre d'ES avec plus de 9 dossiers inclus	Moyenne régionale pondérée
Alsace	10	88 %
Aquitaine	16	93 %
Auvergne	6	90 %
Basse Normandie	12	88 %
Bourgogne	11	93 %
Bretagne	20	87 %
Centre	10	88 %
Champagne Ardenne	6	85 %
Corse	3	91 %
Franche Comté	8	91 %
Guadeloupe	2	81 %
Guyane	3	77 %
Haute Normandie	10	91 %
Ile de France	61	96 %
Languedoc Roussillon	13	91 %
Limousin	3	77 %
Lorraine	13	91 %
Martinique	0	-
Midi Pyrénées	14	91 %
Nord Pas de Calais	22	82 %
Océan Indien	7	88 %
PACA	33	93 %
Pays de la Loire	18	91 %
Picardie	13	78 %
Poitou Charentes	8	91 %
Rhône Alpes	39	90 %
<b>Moyenne nationale pondérée = 90 %</b>		



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

2 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX

Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00