



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Indicateurs de qualité du dossier du patient généralisés en MCO

Campagne 2010

**Analyse descriptive des résultats
agrégés 2010 et analyse des facteurs
associés à la variabilité des résultats**

Novembre 2011

Pourquoi ce document ?

Ce document présente les résultats issus des recueils des indicateurs généralisés par la HAS depuis 2008 dans le secteur MCO sur le thème « dossier du patient », et portant sur la qualité du dossier patient, l'envoi du courrier de fin d'hospitalisation et l'évaluation de la douleur, des troubles nutritionnels et du risque d'escarre.

Ces indicateurs donnent une image du niveau de qualité 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.

Pour en savoir plus

Les résultats individuels des établissements sont disponibles sur :

<http://www.platines.sante.gouv.fr>

La comparaison nominative des établissements de santé est disponible sur le site de la HAS à l'adresse suivante :

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1097781/
comparaison-des-etablissements-de-sante](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1097781/comparaison-des-etablissements-de-sante)

La synthèse du rapport « Résultats agrégés 2010 et évolution sur 3 ans » se trouve sur le site internet de la HAS au lien suivant :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1098019/ipaqss-les-rapports-2010

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 mail : ipaqss@has-sante.fr

SOMMAIRE

Introduction	5
Méthodes d'analyses	
Recueil des données	6
Méthodes de comparaison	7
Méthodes de présentation	7
Méthode d'analyse des facteurs associés	9
Thème « Dossier du patient » (DPA)	10
Indicateur « Tenue du dossier patient »	13
Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation »	23
Indicateur « Évaluation de la douleur »	34
Indicateurs « Dépistage des troubles nutritionnels »	42
Indicateur « Mesure du poids »	42
Indicateur « Dépistage complet des troubles nutritionnels »	50
Indicateur « Évaluation du risque d'escarre »	52
Conclusion	57

INTRODUCTION

La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et la Haute Autorité de Santé (HAS) ont décidé dès 2006 de mettre en œuvre un recueil généralisé d'indicateurs afin de disposer pour l'ensemble des établissements de santé (ES) de tableaux de bord de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins. Les tableaux de bord portant sur le suivi d'indicateurs sont alimentés par des données comparatives utilisées à des fins de management interne, de pilotage institutionnel, d'évaluation externe, et de diffusion publique.

À la fin de l'année 2010, la HAS a coordonné la troisième campagne de généralisation des 4 indicateurs du dossier patient¹ impliquant les établissements ayant une activité de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO).

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.

Depuis l'arrêté DGOS du 30 décembre 2009 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, les patients ont accès aux résultats de l'établissement dans lequel ils sont pris en charge. Il définit également un objectif de performance : les établissements devront en 2011 avoir au moins 80 % de leurs dossiers répondants aux critères qualité définis.

Tous les établissements ayant participé au recueil de ces indicateurs ont accès, par le biais de la plate-forme QUALHAS, à leurs résultats individuels, et aux résultats comparatifs dans l'espace et dans le temps. Ces résultats sont également intégrés dans des tableaux de bord pour la certification et les ARS.

Conformément à l'arrêté du 28 décembre 2010, les résultats des indicateurs du dossier patient de chacun des établissements de santé sont diffusés publiquement sur le site PLATINES du Ministère en septembre 2011. Ils doivent être mis à la disposition des patients par chacun des établissements dans les 2 mois qui suivent cette publication.

Ce rapport présente les principaux constats et faits marquants issus de l'analyse des résultats de la campagne 2010. Il permet notamment d'analyser l'évolution des résultats sur 3 années consécutives.

1. Les indicateurs : qualité de la tenue du dossier patient, délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, l'évaluation de la douleur, dépistage des troubles nutritionnels. Un cinquième indicateur a été proposé à titre optionnel : évaluation du risque d'escarre à l'entrée.

MÉTHODES D'ANALYSES

Recueil des données

► Outils de recueil

Les outils informatiques développés par l'ATIH, permettant à la fois le recueil des données et la restitution en temps réel de résultats pour chaque indicateur recueilli par l'établissement, se composent :

- d'un logiciel de tirage au sort des séjours (Lotus) qui sont analysés et qui servent au calcul des indicateurs ;
- d'une plate-forme Internet sécurisée (QUALHAS) 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 et des résultats comparatifs standardisés, pour chaque indicateur, comportant des références nationale, régionale, par catégorie d'établissements, et par rapport à l'objectif de performance national, lorsqu'il a été fixé par le Ministère, ainsi que des données d'évolution.

Toutes les données agrégées, présentées dans ce document, sont issues de la plate-forme de recueil QUALHAS. Elles concernent l'ensemble des ES impliqués dans la campagne de généralisation des indicateurs du champ MCO.

► Conditions de recueil

Séjours analysés	Recueil facultatif ²
80 séjours tirés au sort sur le 1 ^{er} semestre 2010	ES réalisant moins de 500 séjours MCO hors séance sur l'année 2009 (approche du seuil d'activité pour des établissements ayant moins de 10 lits et/ou places installées)

Le recueil des indicateurs concernant la qualité du dossier du patient dans le secteur MCO consiste en une enquête rétrospective portant sur un échantillon aléatoire de séjours réalisés au cours du premier semestre 2010. Quarante-sept séjours doivent être analysés dans chaque ES.

2. La liste des ES avec recueil facultatif est arrêtée par l'ATIH.

Le nombre de dossiers évalués est identique quelles que soient la taille et la catégorie des établissements de santé participant à la généralisation. En effet, ce nombre de dossiers, relativement faible, est statistiquement suffisant pour permettre une estimation de la qualité des dossiers évalués, et avoir une charge de travail acceptable, tout type de structure confondu. Un intervalle de confiance à 95 % est présenté avec le résultat de chaque indicateur. Cet intervalle de confiance est calculé sur l'échantillon et ne tient pas compte de l'activité de l'ES.

Un seuil minimum de 30 dossiers évalués par établissement a été retenu pour que l'établissement entre dans les comparatifs : il est alors possible d'assumer que la distribution est normale et de calculer des intervalles de confiance. Pour les ES MCO, ce seuil de dossiers qui exclut les ES du comparatif concerne peu d'ES (moins de 1%).

Méthodes de comparaison

Sur la plate-forme QUALHAS, chaque ES peut se comparer à quatre groupes de références :

- une « référence nationale » ;
- une « référence régionale » - les ES ont accès aux résultats de leur région respective ;
- une « référence par catégorie d'ES » - les catégories retenues étant les catégories « e-PMSI » : centres hospitaliers (CH), centres hospitaliers universitaires (CHU), établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), établissements privés et la catégorie « autres publics » regroupant principalement les syndicats inter hospitaliers ;
- une « valeur seuil de 80 % » utilisée pour éclairer et justifier la réponse apportée à différents critères du manuel de certification (cf. manuel de certification 2010).

Ils peuvent aussi suivre leur évolution par rapport aux années précédentes.

Méthodes de présentation




Dans ce rapport sont reprises les deux méthodes de présentation utilisées sur Qualhas. Les ES sont comparés selon :

- une première méthode déclinée en pictogrammes de couleur vert, jaune et orange pour la comparaison par rapport à un groupe de référence national ;
- une seconde méthode déclinée en classes « A », « B » et « C » pour la comparaison par rapport à l'objectif national de performance de 80 % ; la classe « D » correspond aux établissements « non répondants ».

Seuls les ES ayant analysé plus de 30 dossiers font l'objet d'une analyse comparative.

► Positionnement par rapport à la moyenne nationale

Les trois catégories ont été définies en comparant l'IC à 95 % du taux de l'ES à la moyenne nationale.

	ES dont la borne basse de l'IC à 95 % est supérieure à la moyenne du groupe de référence : la position de l'ES est dite « significativement supérieure à la moyenne du groupe de référence ».
	ES dont l'IC à 95 % coupe la moyenne du groupe de référence : la position de l'ES est dite « non significativement différente de la moyenne du groupe de référence ».
	ES dont la borne haute de l'IC à 95 % est inférieure à la moyenne du groupe de référence : la position de l'ES est dite « significativement inférieure à la moyenne du groupe de référence ».

L'évolution des scores ou taux a été calculée pour tous les ES ayant participé aux recueils de l'année précédente (2009), en comparant l'intervalle de confiance (IC) à 95 % du score de l'ES de l'année N à celui de l'année N-1 pour l'indicateur analysé.

► Positionnement par rapport à l'objectif de performance de 80 %

Trois classes ont été définies en comparant l'IC à 95 % du taux de l'ES à l'objectif de performance de 80 %. Une quatrième classe (classe D) a été créée pour les ES « Non répondants ».

Classe A	ES dont la borne basse de l'IC à 95 % est supérieure à 80 % : la position de l'ES est dite « significativement supérieure à l'objectif de performance ».
Classe B	ES dont l'IC à 95 % coupe les 80 % : la position de l'ES est dite « non significativement différente de l'objectif de performance ».
Classe C	ES dont la borne haute de l'IC à 95 % est inférieure à 80 % : la position de l'ES est dite « significativement inférieure à l'objectif de performance ».
Classe D	ES n'ayant pas rempli leur obligation de recueil.

Méthode d'analyse des facteurs associés

La variabilité des résultats des indicateurs a été analysée en regard de cinq variables :

- âge des patients ;
- informatisation des dossiers ;
- type de prise en charge (médecine, chirurgie, obstétrique) ;
- durée de séjour des patients ;
- catégorie d'établissement.

Les variables ont été analysées pour chaque indicateur, mais les résultats ne sont présentés que lorsqu'une association est mise en évidence avec la variabilité observée. Ils sont présentés au cours de ce rapport.

THÈME « DOSSIER DU PATIENT » (DPA)

Contexte

La troisième itération du recueil des indicateurs sur la qualité du dossier du patient en secteur MCO s'est déroulée d'octobre 2010 à mars 2011. 1 241 ES ont participé à la démarche, parmi lesquels 1 177 étaient en recueil obligatoire.

Quatre indicateurs obligatoires recueillis depuis 2008, et un nouvel indicateur optionnel ont ainsi été évalués à partir du même tirage au sort de dossiers :

- Tenue du dossier patient (TDP)
- Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC)
- Évaluation de la douleur (TRD)
- Dépistage des troubles nutritionnels (DTN)
- Évaluation du risque d'escarre (TRE) - *indicateur optionnel*

L'analyse consolidée des résultats présente les données descriptives agrégées au niveau national, régional, et par catégorie d'établissements ainsi que les facteurs associés à la variabilité des résultats.

La comparaison dans le temps (2008, 2009, 2010) est présentée pour 3 indicateurs : le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, l'évaluation de la douleur et le dépistage des troubles nutritionnels.

Pour l'indicateur « Tenue du dossier du patient », l'analyse comparative des résultats ne peut pas être réalisée sur 2009 - 2010. En effet, l'élément qui évalue la recherche du traitement habituel lors de l'examen médical d'entrée, et l'élément donnant la précision de la voie d'administration pour les prescriptions (pendant l'hospitalisation et à la sortie), ont été intégrés en 2010 dans le calcul de l'indicateur, suite à l'accord des professionnels du groupe de suivi.

Description de la base nationale

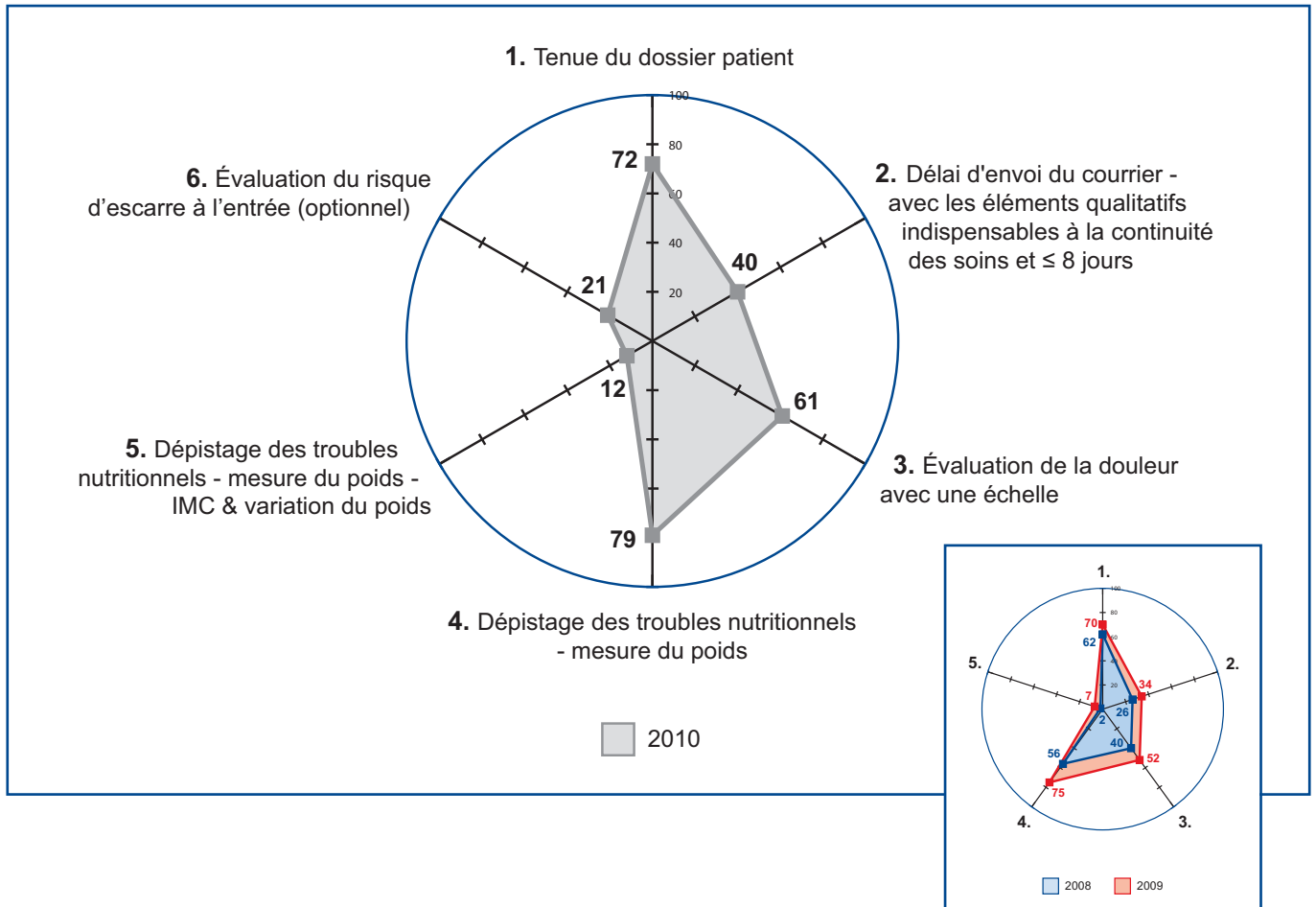
► Résultats nationaux

Sur les 1 177 ES concernés par un recueil obligatoire, 27 ES n'ont pas pu répondre à l'obligation de recueil. Les données chiffrées présentées dans ce rapport proviennent donc de 1 150 ES obligatoires et de 64 ES facultatifs.

Ces derniers constituent la base de données nationale de 1 214 ES.

Pour le thème DPA MCO, 138 953 dossiers du premier semestre 2010 ont été tirés au sort sur ces 1 214 ES, et 1,5 % de ces dossiers n'ont pas été retrouvés.

Graphique 1 – Résultats des indicateurs du thème « Dossier du patient »



Les résultats montrent une amélioration continue des résultats, suite aux trois campagnes. Il reste cependant un potentiel d'amélioration important, notamment pour les indicateurs évaluant le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, et le dépistage complet des troubles nutritionnels.

Le recueil de l'indicateur portant sur l'évaluation du risque d'escarre a été proposé pour la première fois lors de cette campagne 2010. Les résultats de chaque indicateur sont détaillés dans les chapitres suivants.

► Description des facteurs analysés

Les variables ayant servi à l'analyse des facteurs associés sont décrites quantitativement dans les tableaux ci-dessous, pour les années 2009 et 2010. Suivant les indicateurs, la variabilité des résultats est analysée en fonction des classes d'âges, du type d'activité, et de l'informatisation.

Tableau 1 – Répartition des dossiers en fonction des classes d'âge (2009-2010)

	% de dossiers 2009	% de dossiers 2010
< 18 ans	6	6
18 - 75 ans	64	60
Plus de 75 ans	29	34
Total	100	100

Tableau 2 – Répartition des dossiers en fonction du type d'activité (2009-2010)

	% de dossiers 2009	% de dossiers 2010
Médecine	51	53
Chirurgie	40	39
Obstétrique	9	8
Total	100	100

Tableau 3 – Répartition des dossiers en fonction du niveau d'informatisation (2009-2010)

	% de dossiers 2009	% de dossiers 2010
Informatisation totale	3	4
Aucune informatisation	43	36
Informatisation partielle	54	59
Total	100	100

Il est à noter que la montée en charge de l'informatisation des dossiers est très lente.

Ceci se traduit de la manière suivante :

- les dossiers déclarés partiellement informatisés ont augmenté de 5 % ;
- les dossiers sous format papier ont baissé de 7 %.

Il reste cependant plus d'un tiers des dossiers sous format papier en 2010.

INDICATEUR « TENUE DU DOSSIER PATIENT »

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 du patient est un élément important de la qualité et de la coordination des soins dans le cadre d'une prise en charge hospitalière pluri-professionnelle et pluridisciplinaire.

Le dossier patient étant le socle du partage de l'information entre les différents professionnels de santé, la qualité de la tenue du dossier patient est un préalable à une prise en charge de qualité pour le suivi et le partage d'informations concernant le patient.

Description et mode d'évaluation

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

L'indicateur est présenté sous la forme d'un score de qualité, calculé à partir de 10 critères au maximum. La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score est proche de 100.

Les 10 critères évalués sont :

Critères communs à tous les dossiers

1. Présence d'un document médical relatif à l'admission.
2. Contenu de l'examen médical d'entrée.
3. Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (si applicable).
4. Courrier de fin d'hospitalisation ou compte rendu d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval.
5. Rédaction d'un traitement de sortie (si applicable).
6. Dossier organisé et classé.

Les critères soulignés sont composés de sous-questions dont le contenu a été enrichi pour la campagne 2010. Ainsi, le traitement habituel du patient doit être mentionné lors de l'examen médical d'entrée du patient, et les deux critères relatifs à la qualité des prescriptions médicamenteuses (pendant l'hospitalisation et à la sortie du patient) sont complétés par la mention de la voie d'administration. Pour ces raisons, il existe une rupture dans le suivi de l'indicateur (mise à jour dans le calcul du score) : il n'est ainsi pas possible de comparer la moyenne de l'année 2010 à celles des années précédentes (2008 et 2009), ni de présenter des données d'évolution.

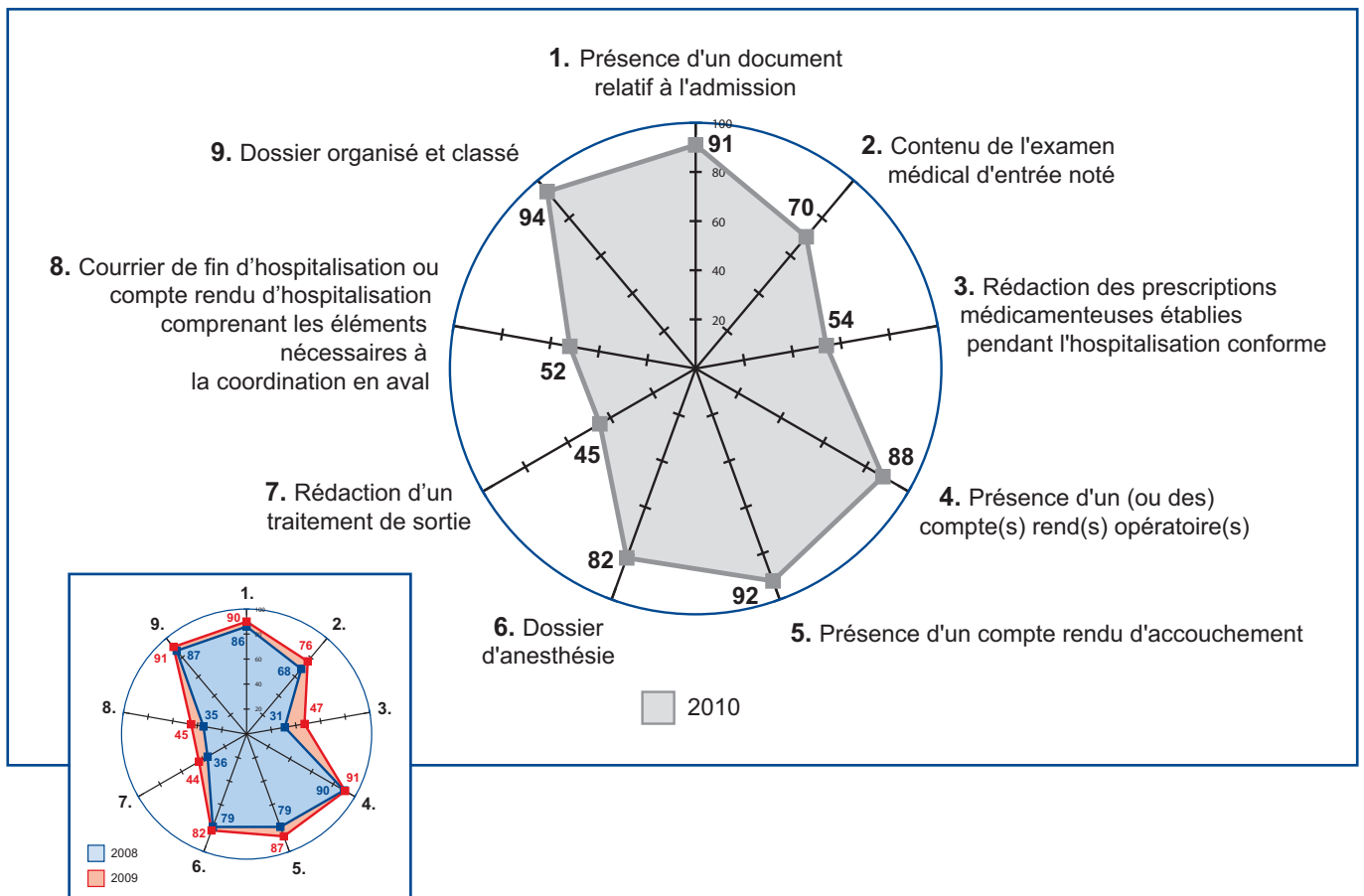
Critères dépendants de la prise en charge

- 7. Présence d'un (ou des) compte(s) rendu(s) opératoire(s) (si applicable).
- 8. Présence d'un compte rendu d'accouchement (si applicable).
- 9. Dossier anesthésique (si applicable).
- 10. Dossier transfusionnel (si applicable).

Analyse nationale

► Résultats agrégés au niveau national

Graphique 2 – Critères³ composant le score de la « Tenue du dossier patient »



3. L'analyse statistique du critère « dossier transfusionnel renseigné » n'est pas réalisable car les effectifs sont trop faibles.

En 2009, l'item sur la « voie d'administration » a été ajouté au contenu rédactionnel des prescriptions médicamenteuses (pendant l'hospitalisation et à la sortie), mais n'entrait pas dans le calcul des deux critères respectifs. En 2010, cet item a été inclus dans le calcul des deux critères. Cette introduction progressive dans le score était à visée pédagogique.

Malgré l'ajout de ce nouvel item, l'analyse de conformité par critère montre une amélioration dans le temps de la qualité de rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (augmentation de 23 points entre 2008 et 2010), et de la qualité de rédaction du traitement de sortie (augmentation de 9 points entre 2008 et 2010).

D'autre part, la baisse du résultat du critère lié à l'examen médical d'entrée entre 2009 et 2010 (passage de 76 % à 70 %) est probablement liée à l'introduction du nouvel item concernant le recueil du traitement habituel à l'admission.

Il existe donc encore des marges d'amélioration pour ces trois critères.

Le critère sur le courrier de fin d'hospitalisation est également un critère à améliorer par les établissements.

**Tableau 4 – Indicateur « Tenue du dossier patient »
Effectifs de l'année 2010**

Population totale	Nb d'ES n'entrant pas dans la base de référence nationale		Base de référence nationale	
	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec effectif N ≤ 30	Nb d'ES N > 30	Moyenne du score « Tenue du dossier patient »
1 241	27	2	1 212	72 %

En 2010, le score moyen de la tenue du dossier patient est de 72 %.




**Tableau 5 – Indicateur « Tenue du dossier patient »
Statistiques descriptives nationales de l'année 2010**

	Nb d'ES	Nb de dossiers	Moyenne nationale	Médiane	Min.	Max.	Ecart type
Base de référence nationale	1 212	96 765	72	72	20	100	12

La variabilité inter-établissements persiste : 10 % des ES ont moins de 57 % de leurs dossiers bien tenus (P10), alors que 10 % des ES ont plus de 88 % de leurs dossiers bien tenus (P90).

► Comparaison des ES

Tableau 6 – Indicateur « Tenue du dossier patient »
Distribution par rapport à la moyenne nationale

Moyenne nationale				
72	Nombre d'ES	456	297	459
	% d'ES	38	24	38

Basée sur les 1 212 établissements, la distribution des ES par rapport à la moyenne nationale est répartie de façon homogène sur l'année 2010.

Tableau 7 – Indicateur « Tenue du dossier patient »
Distribution des ES en recueil obligatoire par rapport à l'objectif de performance en 2010

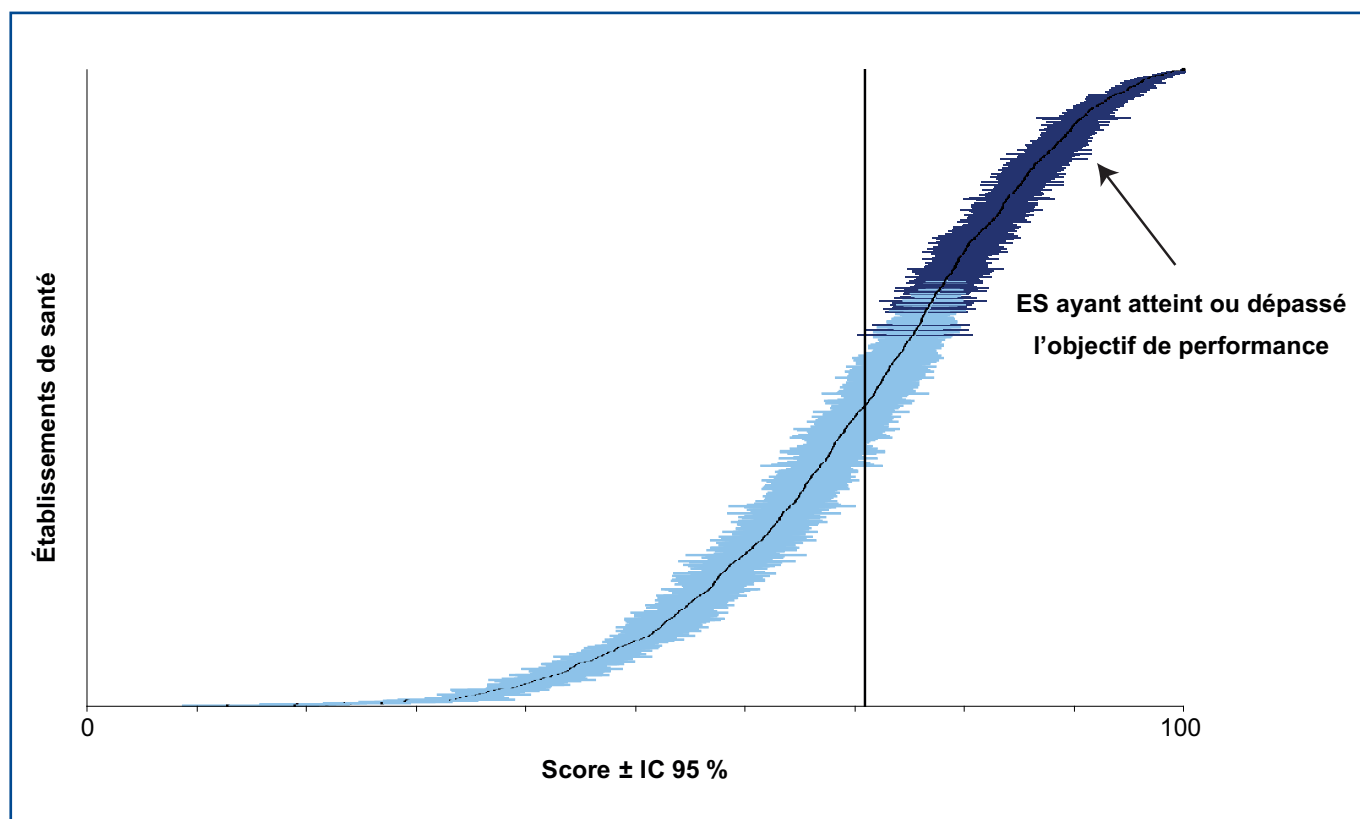
	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Total
Nombre d'ES	195	200	755	27	1 177
% d'ES	17	17	64	2	100

Sur les 1 212 ES entrant dans le référentiel national, 1 177 étaient concernés par le recueil obligatoire, et comparables⁴ à l'objectif de performance.

Sur les séjours de 2010, un peu plus d'un tiers des ES ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 %, objectif traduisant qu'au moins 8 dossiers sur 10 sont bien tenus.

4. Plus de 30 dossiers inclus pour l'indicateur.

Graphique 3 – Indicateur « Tenue du dossier patient »
Distribution des établissements par rapport à la moyenne nationale



Variabilité régionale

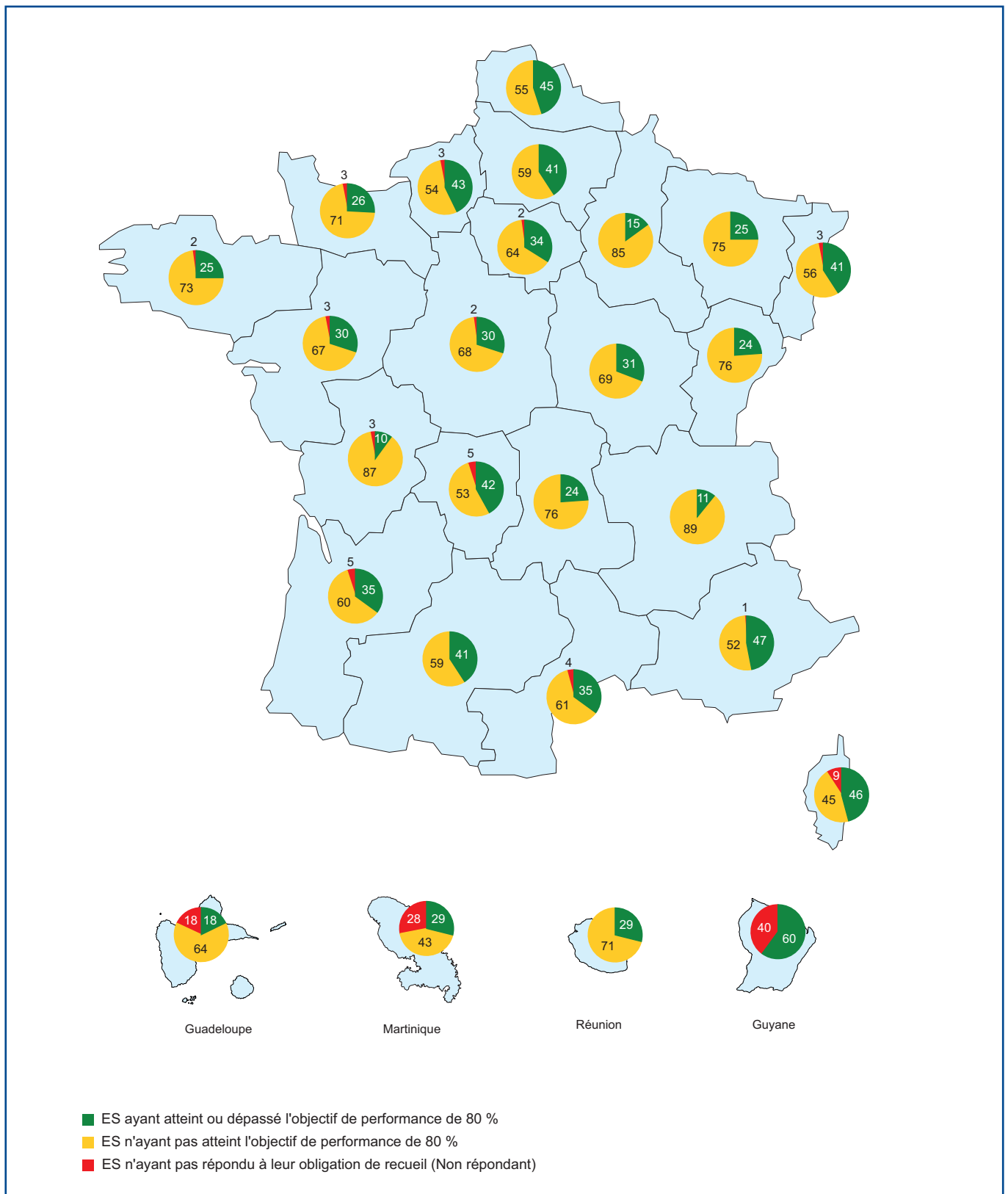
La variabilité régionale se confirme au regard des écarts des moyennes régionales, allant de 61 % (Guyane) à 76 % (Alsace et PACA).

Tableau 8 – Indicateur « Tenue du dossier patient »
Statistiques descriptives régionales

	ES composant la base de référence nationale		Moyenne nationale = 72	ES n'entrant pas dans la base de référence nationale
	Nb d'ES avec effectif N > 30	Nb de dossiers	Moyenne par région	Nb d'ES non répondant
ALSACE	26	2 080	76	1
AQUITAINE	70	5 562	73	4
AUVERGNE	26	2 080	66	0
BASSE-NORMANDIE	32	2 560	70	1
BOURGOGNE	40	3 200	68	0
BRETAGNE	55	4 383	70	1
CENTRE	45	3 600	70	1
CHAMPAGNE-ARDENNE	29	2 319	69	0
CORSE	10	800	74	1
FRANCHE-COMTÉ	18	1 440	69	0
GUADELOUPE	9	720	65	2
GUYANE	3	240	61	2
HAUTE-NORMANDIE	28	2 240	74	1
ILE-DE-FRANCE	200	16 000	73	5
LANGUEDOC-ROUSSILLON	51	4 080	72	2
LIMOUSIN	19	1 520	74	1
LORRAINE	50	4 000	71	0
MARTINIQUE	5	400	63	2
MIDI-PYRÉNÉES	62	4 947	71	0
NORD-PAS-DE-CALAIS	72	5 760	72	0
PAYS DE LA LOIRE	55	4 384	73	1
PICARDIE	37	2 960	70	0
POITOU-CHARENTES	31	2 397	64	1
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	104	8 320	76	1
RÉUNION	9	720	65	0
RHÔNE-ALPES	117	9 333	72	0
Service de santé des armées	9	720	82	0

Cartographie 1 – Indicateur « Tenue du dossier patient »

Distribution des ES en recueil obligatoire par rapport l'objectif de performance de 80 %



Le pourcentage d'établissements par région ayant atteint l'objectif de performance illustre d'une autre manière cette variabilité régionale. La proportion d'ES en classe A et B varie ainsi de 0 % (Guyane) à 47 % (PACA) pour la tenue du dossier patient.

11 régions ont au moins le tiers de leurs établissements qui ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 %.

Variabilité par catégorie d'ES

Tableau 9 – Indicateur « Tenue du dossier patient »*
Statistiques descriptives par catégorie d'ES (en %).

	Établissements composant la référence		Moyenne nationale = 72	Établissements n'entrant pas dans la référence
	Nb d'ES avec effectif N > 30	Nb de dossiers	Moyenne par catégorie	Nb d'ES non répondant
CHU	58	4 640	72	0
CH	481	38 337	71	9
Privé	536	42 835	72	11
ESPIC	113	9 033	76	4
CLCC	20	1 600	76	0

* Les résultats ne sont pas présentés pour la catégorie « Autres publics », du fait du faible effectif (N = 4).

Les différentes catégories d'établissements ont un score moyen peu différent de la moyenne nationale, allant de 71 % (CH) à 76 % (ESPIC et CLCC).

Analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats

L'informatisation du dossier est la variable associée aux résultats de la rédaction des prescriptions médicamenteuses.

Tableau 10 – Impact de l'informatisation sur la qualité des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation

	2008		2009		2010	
	Prescriptions non informatisées N = 72 848 (87 %)	Prescriptions informatisées N = 11 325 (13 %)	Prescriptions non informatisées N = 11 325 (13 %)	Prescriptions informatisées N = 18 371 (21 %)	Prescriptions non informatisées N = 62 697 (69 %)	Prescriptions informatisées N = 28 604 (31 %)
Conformité du critère « Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation » (%)						
Prescriptions retrouvées et conformes	25	67	38	78	41	85
Prescriptions médicamenteuses retrouvées	91	96	93	96	95	98
Analyse détaillée par item (% d'éléments tracés)						
Si prescriptions médicamenteuses retrouvées, présence de :						
1. Nom et prénom du patient	97	99	98	99	99	100
2. Date de prescription	89	97	91	98	93	99
3. Signature du prescripteur	53	78	63	87	68	92
4. Nom du prescripteur	48	82	60	90	67	94
5. Dénomination des médicaments	97	98	99	99	99	100
6. Posologie	88	95	92	98	94	99
7. Voie d'administration	-	-	-	-	80	95

L'informatisation du dossier médical est souvent présentée comme une solution pour améliorer la qualité de son contenu, en ce qu'elle favorise la traçabilité et le paramétrage des éléments devant le constituer.

La rédaction des prescriptions médicamenteuses au cours de l'hospitalisation a été comparée en 2008, 2009, et 2010 en fonction de leur informatisation :

- en 2010, les prescriptions médicamenteuses sont informatisées dans 3 dossiers sur 10, contre 2 dossiers sur 10 en 2009, et 1 dossier sur 10 en 2008 ;
- en 2010, les prescriptions médicamenteuses sont deux fois mieux rédigées quand elles sont informatisées (85 % versus 41 %) ;
- l'informatisation de la prescription médicamenteuse améliore la traçabilité de paramètres, comme l'identification du prescripteur et la voie d'administration.

Conclusion

- Le score moyen national de la qualité de la tenue du dossier patient, élément indispensable à la coordination des soins, est de 72 %.
- 38 % des ES ont un score au dessus de la moyenne nationale.
- 1/3 des ES ont atteint l'objectif de performance de 80 % ; mais un ES sur 10 possède encore moins de 60 % de dossiers bien tenus.
- La variabilité se confirme par les écarts de moyennes régionales (61 % à 76 %) et la variation du pourcentage d'ES ayant atteint ou dépassé l'objectif de performance selon la région (0 à 47 %).
- L'informatisation des prescriptions médicamenteuses améliore la qualité de leur rédaction.

INDICATEUR « DÉLAI D'ENVOI DU COURRIER DE FIN D'HOSPITALISATION »

Description et mode d'évaluation

Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la proportion de séjours pour lesquels le courrier de fin d'hospitalisation, qui comprend les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins, est envoyé dans un délai inférieur ou égal à huit jours. Il permet d'apprécier le lien entre la médecine hospitalière et l'ambulatoire (ou la structure de transfert), garantissant la continuité de la prise en charge du patient.

Le courrier de fin d'hospitalisation 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.

Les éléments qualitatifs recherchés rendent compte notamment du suivi médical réalisé pendant le séjour, et du traitement de sortie.

Analyse nationale

► Résultats agrégés au niveau national

**Tableau 11 – Indicateur « Délai d’envoi du courrier de fin d’hospitalisation »
Historique des effectifs**

Campagne	Population totale	ES n’entrant pas dans la base de référence nationale		Base de référence nationale	
		Nb d’ES non répondant	Nb d’ES avec effectif N ≤ 30	Nb d’ES avec effectif N > 30	Taux moyen « Délai d’envoi du courrier »
2008	1 217	99	2	1 116	26 %
2009	1 185	339	5	1 141	34 %
2010	1 241	27	19 ⁵	1 195	40 %

Au niveau national, pour 40 % des séjours analysés, le courrier de fin d’hospitalisation précisant les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins, est adressé dans un délai inférieur ou égal à 8 jours. Ce taux a augmenté de 6 points par rapport à la campagne 2009, et de 14 points en 3 ans.

**Tableau 12 – Indicateur « Délai d’envoi du courrier de fin d’hospitalisation »
Statistiques descriptives au niveau national de l’année 2010 (en %)**




	Nb d’ES	Nb de dossiers	Moyenne nationale	Médiane	Min.	Max.	Ecart type
Base de référence nationale	1 195	94 536	40	40	0	100	24

La variabilité inter-établissements persiste : au niveau national, la proportion de courriers contenant les informations requises, envoyés dans un délai inférieur ou égal à 8 jours, varie de 0 à 100 %. Un ES sur 10 a moins de 8 % de ses courriers répondant aux critères de l’indicateur, alors que pour un ES sur 10, des courriers de qualité sont retrouvés dans 74 % des cas.

5. Ce chiffre est la conséquence des critères d’exclusion de l’indicateur DEC : décès, mutations.

► Comparaison des ES

Tableau 13 – Indicateur « Délai d’envoi du courrier de fin d’hospitalisation »
Distribution par rapport à la moyenne nationale

Campagne	Moyenne nationale				
2008	26 %	Nombre d’ES	313	302	501
		% d’ES	28	27	45
2009	34 %	Nombre d’ES	342	370	429
		% d’ES	30	32	38
2010	40 %	Nombre d’ES	385	360	450
		% d’ES	32	30	37

Malgré une augmentation de la moyenne nationale en 2010, la répartition des ES est équivalente à celle de la campagne 2009.

Tableau 14 – Indicateur « Délai d’envoi du courrier de fin d’hospitalisation »
Distribution des ES en recueil obligatoire par rapport à l’objectif de performance (80%)

Campagne		Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Total
2008	Nombre d’ES	13	32	1 062	98	1 205
	% d’ES	1	3	88	8	100
2009	Nombre d’ES	31	56	1 011	33	1 131
	% d’ES	3	5	89	3	100
2010	Nombre d’ES	44	103	996	27	1 170
	% d’ES	4	9	85	2	100

Sur les 1 195 ES entrant dans le référentiel national, 1 170 ES étaient concernés par le recueil obligatoire, et comparables⁶ à l’objectif de performance.

Il est attendu que pour au moins 8 séjours sur 10, un courrier de fin d’hospitalisation contenant les informations requises soit envoyé dans un délai de 8 jours.

En 2010, seulement 13 % des ES a atteint ou dépassé cet objectif (classe A et B).

6. Plus de 30 dossiers inclus pour l’indicateur.

**Tableau 15 – Indicateur « Délai d’envoi du courrier de fin d’hospitalisation »
Évolution de classe pour les ES en recueil obligatoire entre 2009 et 2010**

	ES ayant gagné au moins 1 classe	ES n’ayant pas changé de classe	ES ayant perdu au moins 1 classe	Total
Nombre d’ES	94	937	30	1 061
% d’ES	9	88	3	100

Parmi les 1 170 ES obligatoires comparables à l’objectif de performance en 2010, 1 061 avaient des données en 2009, ce qui a permis de calculer l’évolution des résultats (pour 109 ES, il n’était pas possible de calculer d’évolution⁷).

Parmi les 94 ES (9%) ayant gagné au moins une classe de performance en 2010 :

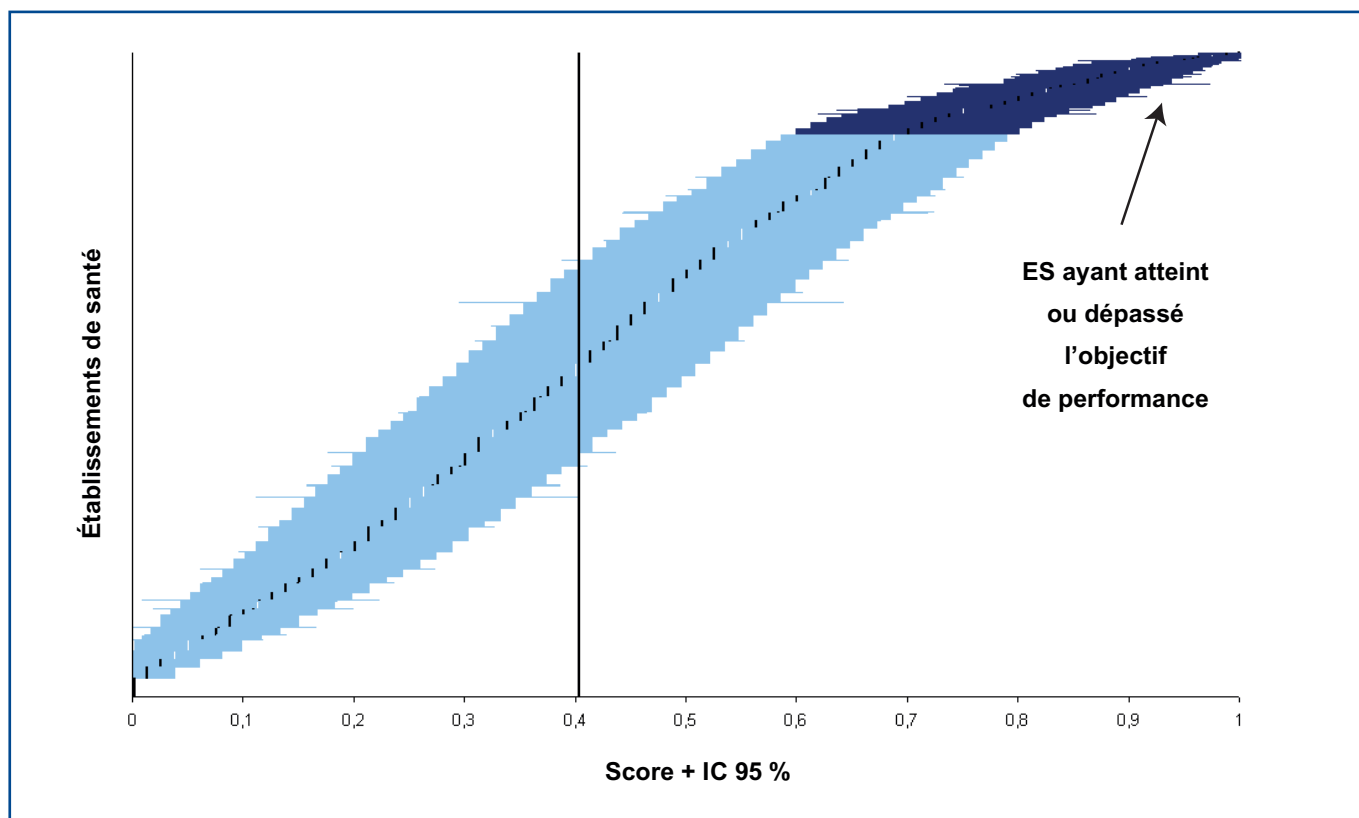
- 66 ES sont passés de la classe C à la classe B ;
- 16 ES sont passés de la classe C à la classe A ;
- et 12 ES de la classe B à la classe A.

Parmi les 937 ES (88 %) n’ayant pas changé de classe de performance entre 2009 et 2010, 155 ES (16,5 %) ont des résultats qui s’améliorent. 12 ES étaient déjà en classe A en 2009.

Concernant les 30 ES (3 %) ayant perdu au moins une classe, 8 ES (27 %) sont passés de la classe A à la classe C. Ces résultats seront intégrés à la cartographie des risques, devant colliger l’ensemble des données disponibles, qui permettront de cibler des actions d’amélioration dans le cadre d’une régulation externe.

7. Établissements ayant moins de 30 dossiers inclus ou sans données l’année précédente.

Graphique 4 – Indicateur « Délai d’envoi du courrier de fin d’hospitalisation »
Distribution des ES par rapport à la moyenne nationale



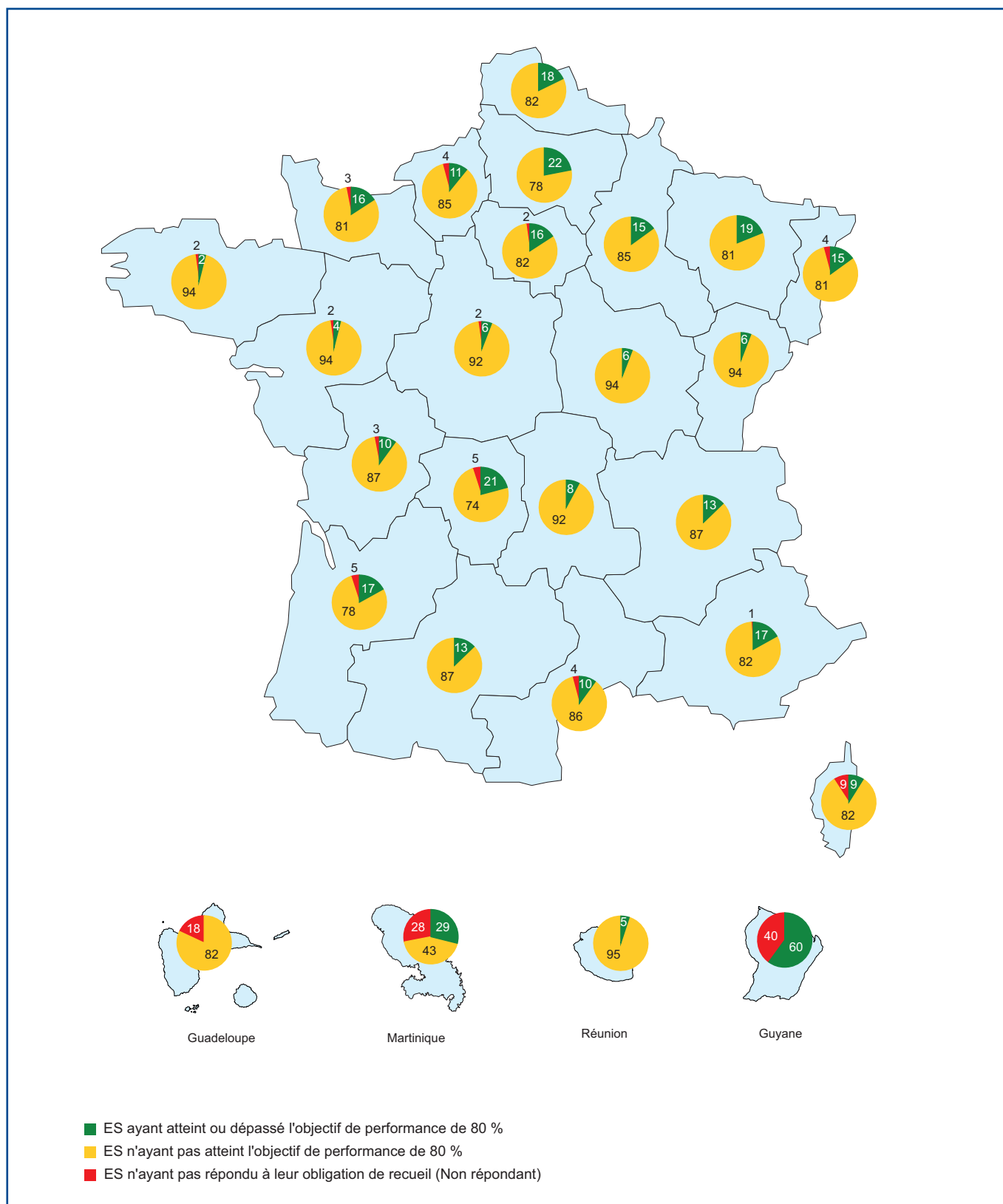
Variabilité régionale

La variabilité des résultats se confirme au regard des écarts des moyennes régionales, allant de 29 % (Guyane) à 49 % (Nord Pas de Calais).

Tableau 16 – Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation »
Statistiques descriptives régionales (en %)

	ES composant la base de référence nationale		Moyenne nationale = 40	ES n'entrant pas dans la base de référence nationale	
	Nb d'ES avec effectif N > 30	Nb de dossiers	Moyenne par région	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec effectif N ≤ 30
ALSACE	26	2 072	48	1	0
AQUITAINE	70	5 531	42	4	1
AUVERGNE	26	2 080	39	0	0
BASSE-NORMANDIE	32	2 549	41	1	0
BOURGOGNE	40	3 142	36	0	0
BRETAGNE	55	4 285	35	1	0
CENTRE	44	3 493	38	1	1
CHAMPAGNE-ARDENNE	29	2 319	31	0	0
CORSE	10	800	35	1	0
FRANCHE-COMTÉ	18	1 395	37	0	0
GUADELOUPE	9	720	32	2	0
GUYANE	3	240	29	2	0
HAUTE-NORMANDIE	27	2 160	48	1	1
ILE-DE-FRANCE	197	15 596	36	5	4
LANGUEDOC-ROUSSILLON	51	4 002	43	2	0
LIMOUSIN	19	1 520	46	1	0
LORRAINE	50	3 922	48	0	0
MARTINIQUE	5	400	43	2	0
MIDI-PYRÉNÉES	62	4 832	47	0	0
NORD-PAS-DE-CALAIS	72	5 738	49	0	0
PAYS DE LA LOIRE	53	4 190	37	1	2
PICARDIE	37	2 912	48	0	0
POITOU-CHARENTES	29	2 320	39	1	2
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	104	8 291	45	1	0
RÉUNION	8	640	34	0	1
RHÔNE-ALPES	110	8 667	30	0	7
Service de santé des armées	9	720	55	0	0

Cartographie 2 – Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation »
Distribution en % des ES en recueil obligatoire par rapport l'objectif de performance de 80%



La variation du pourcentage d'établissements par région ayant atteint ou dépassé l'objectif de performance témoigne également de cette variabilité (cf cartographie). La proportion d'ES en classe A et B varie ainsi de 0 % (Guadeloupe, Guyane) à 29 % (Martinique). Neuf régions ont plus de 15 % de leurs établissements qui ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % (classe A et B).

Analyse par catégorie d'ES

Tableau 17 – Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation »*
Statistiques descriptives par catégorie d'ES (en %)

	ES composant la base de référence nationale		Moyenne nationale = 40	ES n'entrant pas dans la base de référence nationale	
	Nb d'ES avec effectif N > 30	Nb de dossiers	Moyenne par catégorie	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec effectif N ≤ 30
CHU	58	4 575	38	0	0
CH	474	37 406	47	9	8
Privé	532	42 289	33	11	4
ESPIC	107	8 346	46	4	7
CLCC	20	1 600	50	0	0

* Les résultats ne sont pas présentés pour la catégorie « Autres publics », du fait du faible effectif (N = 4).

Les CLCC, les CH, et les ESPIC ont de meilleurs résultats que les CHU et les établissements privés.

Analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats

Trois facteurs sont associés à la variabilité des résultats de cet indicateur : le type de prise en charge, la durée de séjour, et la catégorie d'ES.

► Analyse du lien entre le délai d'envoi d'un courrier de fin d'hospitalisation complet et le type de prise en charge

Tableau 18 – Résultats de l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » en fonction du type de prise en charge

	2008		2009		2010	
	% dossiers	Moyenne (%)	% dossiers	Moyenne (%)	% dossiers	Moyenne (%)
Médecine	51	34	51	37	53	40
Chirurgie	41	16	40	27	39	33
Obstétrique	8	20	9	26	8	34

La proportion de courriers contenant les informations requises, envoyés dans un délai inférieur ou égal à 8 jours est plus importante en médecine qu'en chirurgie et en obstétrique.

Entre 2008 et 2010, la proportion de courriers répondant aux critères de l'indicateur a augmenté de façon moins importante en médecine (+ 6 points) et en chirurgie (+ 7 points), qu'en obstétrique (+ 14 points).

En 2010, le médecin généraliste qui prend en charge une femme après accouchement, reçoit une information hospitalière pour une patiente sur 3.

► Analyse du lien entre le délai d'envoi d'un courrier de fin d'hospitalisation complet et la durée de séjour

Tableau 19 – Résultats de l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » en fonction de la durée de séjour

	2008		2009		2010	
	% dossiers	Moyenne (%)	% dossiers	Moyenne (%)	% dossiers	Moyenne (%)
1 jour	20	17	21	24	18	27
2 - 3 jours	29	20	29	28	27	34
4 - 7 jours	23	26	23	34	23	39
> 7 jours	28	35	27	42	31	44

Entre 2008 et 2010, la proportion de courriers répondant aux critères de l'indicateur a augmenté, quelque soit la durée de séjour.

La proportion de courriers répondant aux critères augmente avec la durée de séjour : 27% (séjour de 1 jour) versus 44% (séjour de plus de 7 jours) en 2010.

► **Analyse du lien entre le délai d'envoi d'un courrier de fin d'hospitalisation complet et la catégorie d'établissement**

Tableau 20 – Résultats de l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » en fonction de la catégorie d'ES

	2008		2009		2010	
	% dossiers	Moyenne (%)	% dossiers	Moyenne (%)	% dossiers	Moyenne (%)
CHU	36	36	37	40	40	41
CH	5	29	5	32	5	36
CLCC	2	41	2	41	2	47
ESPIC	9	35	8	39	9	41
Privé	48	14	49	25	45	33

Entre 2008 et 2010, la proportion de courriers répondant aux critères a augmenté pour toutes les catégories d'établissements, mais de façon plus importante pour les établissements privés à but lucratif, où elle a doublé (+ 19 points).

En 2010, la proportion de courriers répondant aux critères qualité de l'indicateur reste plus importante dans les CLCC (47 %), les CH (41 %), et les ESPIC (41 %) que dans les autres catégories d'ES.

Conclusion

- La moyenne nationale de l'indicateur « Délai d'Envoi du courrier » est de 40 %, soit 2 courriers sur 5 complets, envoyés dans les délais pour favoriser une bonne coordination avec l'aval (augmentation de 6 points par rapport à l'année 2009, et de 14 points en 3 ans).
- L'intérêt de poursuivre le recueil de cet indicateur est confirmé au regard de la variabilité des résultats au niveau national (0 - 100 %), et au niveau régional (29 % à 49 %).
- Seulement 13 % des ES ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 %, et au niveau régional, la proportion d'ES ayant atteint cet objectif varie de 0 % à 29 %.
- Seulement un établissement sur 10 a gagné au moins une classe de performance entre les deux campagnes.
- La proportion de courriers répondant aux critères qualité de l'indicateur augmente avec la durée de séjour. Il est à noter que c'est pour les patients hospitalisés plus de 7 jours que les courriers répondent le plus souvent aux critères qualité.

INDICATEUR « ÉVALUATION DE LA DOULEUR »

Description et mode d'évaluation

La prise en charge de la douleur est une priorité de santé publique. La traçabilité de l'évaluation de la douleur avec une échelle est un préalable nécessaire à une bonne qualité de la prise en charge de la douleur. Elle 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).

L'indicateur, présenté sous la forme de taux, correspond à la proportion de séjours pour lesquels il existe au moins un résultat de mesure de la douleur, avec une échelle, dans le dossier du patient non algique, ou au moins deux résultats de mesure de la douleur dans le dossier du patient algique. Dans le cas d'un patient algique, la première mesure réalisée avec une échelle diagnostique une douleur ; et la deuxième mesure est alors une mesure de suivi, réalisée également avec une échelle.

Analyse nationale

► Résultats agrégés au niveau national

*Tableau 21 – Indicateur « Évaluation de la douleur »
Historique des effectifs*

Campagne	Population totale	ES n'entrant pas dans la base de référence nationale		Base de référence nationale	
		Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec effectif N ≤ 30	Nb d'ES avec effectif N > 30	Taux moyen « Évaluation de la douleur »
2008	1 217	99	0	1 118	40 %
2009	1 185	39	2	1 144	52 %
2010	1 241	27	2	1 212	61 %

Le taux moyen national de l'évaluation de la douleur avec une échelle est de 61 %, soit une augmentation de 9 points par rapport à la campagne 2009, et de 21 points en 3 ans.

Tableau 22 – Indicateur « Évaluation de la douleur »
Statistiques descriptives nationales de l'année 2010 (en %)

	Nb d'ES	Nb de dossiers	Moyenne nationale	Médiane	Min.	Max.	Ecart type
Base de référence nationale	1 212	96 765	61	66	0	100	30




La marge d'amélioration reste importante puisque le taux moyen d'évaluation de la douleur varie de 0 à 100 %.

Pour la moitié des ES, une évaluation de la douleur avec une échelle est tracée dans plus de deux tiers des dossiers des patients évalués (médiane à 66 %).

L'analyse des variabilités inter-établissements indique que 10 % des établissements ont plus de 98 % des dossiers contenant une évaluation de la douleur (P90), alors que pour 10 % des établissements, moins de 19 % des dossiers comportent une évaluation de la douleur (P10).

► **Comparaison des ES**

Tableau 23 – Indicateur « Évaluation de la douleur »
Distribution par rapport à la moyenne nationale

Campagne	Moyenne nationale				
2008	40 %	Nombre d'ES	412	179	527
		% d'ES	37	16	47
2009	52 %	Nombre d'ES	468	200	476
		% d'ES	41	17	42
2010	61 %	Nombre d'ES	543	224	445
		% d'ES	45	18	37

En 2010, près de la moitié des ES se situent au dessus de la moyenne nationale. L'amélioration des résultats se traduit par le pourcentage d'ES se situant en dessous de la moyenne nationale, passant de 42 % à 37 %.

Tableau 24 – Indicateur « Évaluation de la douleur »
Distribution des ES en recueil obligatoire par rapport à l'objectif de performance (80%)

Campagne		Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Total
2008	Nombre d'ES	141	133	833	98	1 205
	% d'ES	12	11	69	8	100
2009	Nombre d'ES	227	175	698	33	1 133
	% d'ES	20	15	62	3	100
2010	Nombre d'ES	317	238	595	27	1 177
	% d'ES	27	20	51	2	100

1 177 ES étaient concernés par le recueil obligatoire, et comparables⁸ à l'objectif de performance.

L'objectif de performance de 80 % répond à une exigence qualité qui engage chaque ES à ce que la douleur soit évaluée avec une échelle pour 8 patients sur 10.

En 2010, pratiquement la moitié des établissements (47 %) ont atteint cet objectif de performance, soit une augmentation de 12 points par rapport à la campagne 2009 (35 %).

Tableau 25 – Indicateur « Évaluation de la douleur »
Évolution des classes des ES en recueil obligatoire entre 2009 et 2010

	ES ayant gagné au moins 1 classe	ES n'ayant pas changé de classe	ES ayant perdu au moins 1 classe	Total
Nombre d'ES	246	772	50	1 068
% d'ES	23	72	5	100

Parmi les 1 177 ES obligatoires en 2010, 1 068 avaient des données 2009, ce qui a permis de calculer l'évolution des résultats (pour 109 ES, il n'était pas possible de calculer d'évolution des classes⁹).

Parmi les 246 ES ayant gagné au moins une classe de performance en 2010 :

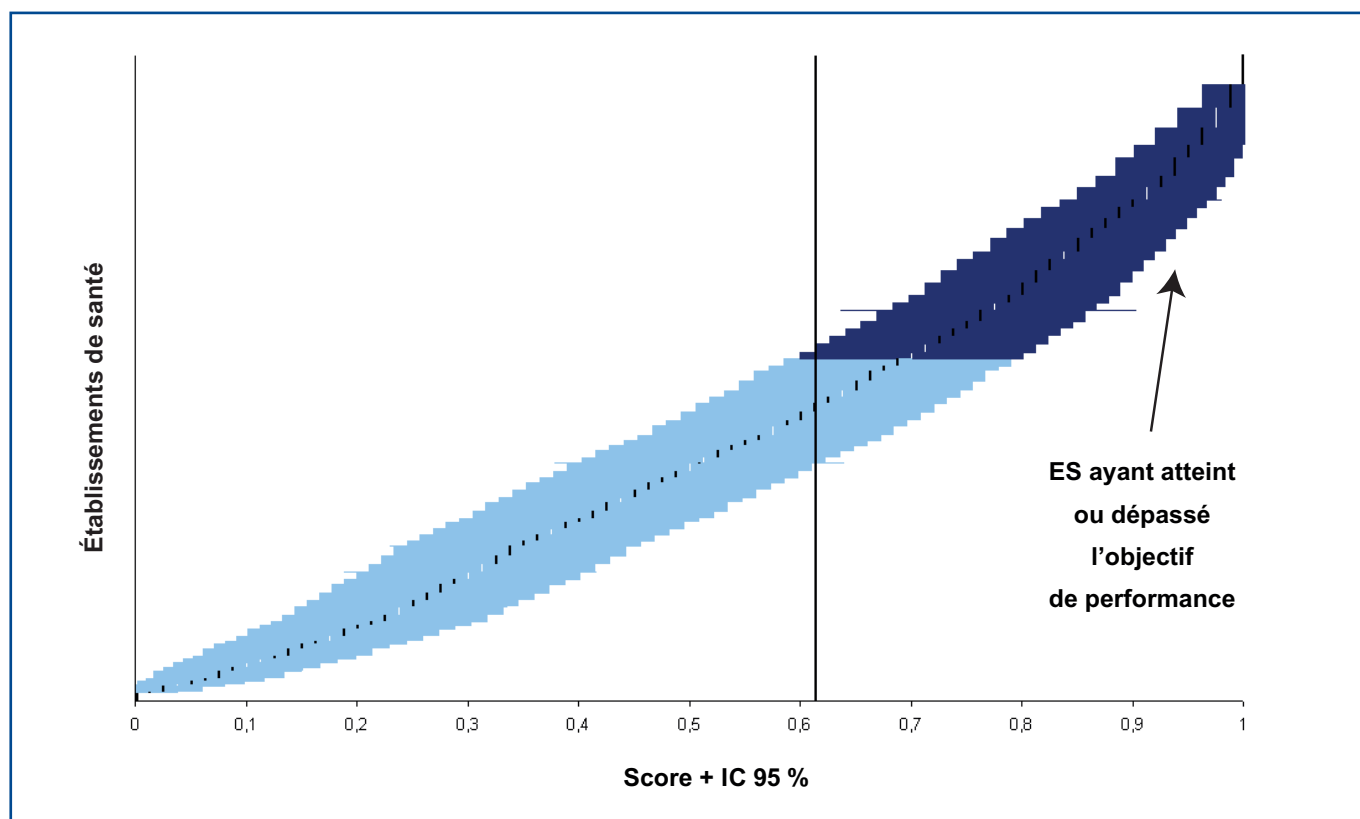
- 40 ES sont passés de la classe C à la classe A ;
- 127 ES sont passés de la classe C à la classe B ;
- et 79 ES de la classe B à la classe A.

Parmi les 772 ES (72 %) qui n'ont pas changé de classe, 170 ont des résultats qui s'améliorent. Un quart de ces ES (n = 188) étaient déjà en classe A en 2009. Parmi les 50 ES (5 %) ayant perdu au moins une classe de performance, 3 ES sont passés de la classe A à la classe C.

8. Plus de 30 dossiers inclus pour l'indicateur.

9. Établissements ayant moins de 30 dossiers inclus ou sans données l'année précédente.

Graphique 5 – Indicateur « Évaluation de la douleur »
Distribution des ES par rapport à la moyenne nationale¹⁴



Variabilité régionale

La variabilité se confirme au regard des écarts de moyennes régionales, allant de 29 % (Guadeloupe) à 73 % (Aquitaine).

Tableau 26 - Indicateur « Évaluation de la douleur »
Statistiques descriptives régionales (en %)

	ES composant la base de référence nationale		Moyenne nationale = 61	ES n'entrant pas dans la base de référence nationale
	Nb d'ES avec effectif N > 30	Nb de dossiers	Moyenne par région	Nb d'ES non répondant
ALSACE	26	2 080	70	1
AQUITAINE	70	5 562	73	4
AUVERGNE	26	2 080	51	0
BASSE-NORMANDIE	32	2 560	57	1
BOURGOGNE	40	3 200	44	0
BRETAGNE	55	4 383	59	1
CENTRE	45	3 600	56	1
CHAMPAGNE-ARDENNE	29	2 319	57	0
CORSE	10	800	52	1
FRANCHE-COMTÉ	18	1 440	51	0
GADELOUPE	9	720	29	2
GUYANE	3	240	34	2
HAUTE-NORMANDIE	28	2 240	57	1
ILE-DE-FRANCE	200	16 000	64	5
LANGUEDOC-ROUSSILLON	51	4 080	62	2
LIMOUSIN	19	1 520	59	1
LORRAINE	50	4 000	61	0
MARTINIQUE	5	400	42	2
MIDI-PYRÉNÉES	62	4 947	58	0
NORD-PAS-DE-CALAIS	72	5 760	67	0
PAYS DE LA LOIRE	55	4 384	66	1
PICARDIE	37	2 960	53	0
POITOU-CHARENTES	31	2 397	60	1
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	104	8 320	72	1
RÉUNION	9	720	52	0
RHÔNE-ALPES	117	9 333	60	0
Service de santé des armées	9	720	80	0

Analyse par catégorie d'ES

Tableau 27 - Indicateur « Évaluation de la douleur »
Statistiques descriptives par catégorie d'ES (en %)

	ES composant la base de référence nationale		Moyenne nationale = 61	ES n'entrant pas dans la base de référence nationale
	Nb d'ES avec effectif N > 30	Nb de dossiers	Moyenne par catégorie	Nb d'ES non répondant
CHU	25	4 640	53	0
CH	481	38 337	42	9
Privé	536	42 835	79	11
ESPIC	113	9 033	63	4
CLCC	20	1 600	84	0

* Les résultats ne sont pas présentés pour la catégorie « Autres publics », du fait du faible effectif (N = 4).

Les CLCC et les ES privés ont de meilleurs résultats que les autres catégories d'ES.

Analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats

Deux variables sont associées aux résultats de l'indicateur « Évaluation de la douleur » : l'âge des patients et le type de prise en charge.

► Analyse du lien entre l'évaluation de la douleur et l'âge des patients

Tableau 28 – Résultats de l'indicateur « Évaluation de la douleur » en fonction de l'âge des patients

	2008		2009		2010	
	% dossiers	Moyenne (%)	% dossiers	Moyenne (%)	% dossiers	Moyenne (%)
- 18 ans	7	36	6	43	6	49
18 - 75 ans	64	44	64	56	60	66
PA > 75 ans	29	32	30	46	34	56

Les résultats ont augmenté de 10 points entre 2009 et 2010 pour les personnes âgées de plus de 75 ans (PA), et les 18 - 75 ans, et de 6 points pour les mineurs.

La douleur est moins souvent évaluée avec une échelle chez les PA que chez les 18 - 75 ans : 10 points de moins. Il en est de même pour les patients mineurs : 17 points de moins que pour les 18 - 75 ans.

Les différences populationnelles présentes les années précédentes persistent en 2010.

► Analyse du lien entre l'évaluation de la douleur et le type de prise en charge

Tableau 29 – Résultats de l'indicateur « Évaluation de la douleur » en fonction du type de prise en charge

	2008		2009		2010	
	% dossiers	Moyenne (%)	% dossiers	Moyenne (%)	% dossiers	Moyenne (%)
Médecine	51	24	51	37	53	49
Chirurgie	41	62	40	76	39	81
Obstétrique	8	24	9	39	8	47

En chirurgie, l'évaluation de la douleur est tracée dans 8 dossiers sur 10, alors qu'en médecine et en obstétrique, elle n'est retrouvée que dans un dossier sur deux en 2010.

L'évaluation de la douleur en chirurgie a augmenté de 5 points par rapport à la campagne 2009.

Les différences par secteur persistent au cours des recueils 2008, 2009, et 2010.

Conclusion

- La moyenne nationale de l'indicateur « Évaluation de la Douleur » est de 61 %, soit une augmentation de 9 points par rapport à la campagne 2009, et de 21 points en 3 ans.
- L'amélioration des pratiques démontrée par les résultats 2010 n'empêche pas la persistance de leur variabilité. Au niveau national, un ES sur 2 a atteint l'objectif de performance de 80 % (classe A et B), et la proportion d'ES ayant atteint cet objectif varie de 0 à 63 % selon la région.
- Il persiste des différences populationnelles dans le domaine de l'évaluation de la douleur avec une échelle en fonction de l'âge et du type de prise en charge : les évaluations avec une échelle sont moins fréquentes chez les personnes âgées de plus de 75 ans et dans les services de médecine et d'obstétrique.

INDICATEURS « DÉPISTAGE DES TROUBLES NUTRITIONNELS »

Description et mode d'évaluation

En France, le dépistage des troubles nutritionnels s'inscrit dans les priorités de santé publique - il fait partie du Programme National Nutrition Santé (PNNS). Une expertise conduite par le ministère de la Santé préconise de peser le patient hospitalisé, d'évaluer une éventuelle perte de poids avant l'admission et de calculer son indice de masse corporel (IMC).

Cet indicateur évalue le dépistage des troubles nutritionnels chez le patient adulte. Il est composé de trois niveaux donnant lieu au calcul de trois mesures distinctes (gradation du niveau de qualité atteint) présentées sous la forme d'un taux.

- une **mesure du poids** effectuée et notée dans le dossier du patient, dans les 48 premières heures du séjour, constitue le premier niveau de l'indicateur.
- une mesure du poids et un calcul de l'IMC **OU** une mesure du poids et la recherche d'une variation du poids avant l'admission, effectués et notés dans le dossier, constituent le niveau 2 de l'indicateur. Ce niveau n'est pas présenté car il constitue un niveau intermédiaire, et ne définit pas de priorité qualitative entre le calcul de l'IMC et la variation du poids avant l'admission.
- une mesure du poids, un calcul de l'IMC et la recherche d'une variation du poids avant l'admission effectués et notés dans le dossier, correspondent à un **dépistage complet des troubles nutritionnels**, et constituent le niveau 3 de l'indicateur.

L'objectif de performance national à atteindre a été fixé à 80% pour la mesure du poids. Cependant, les préconisations pour une qualité de dépistage des troubles nutritionnels sont objectivées par le niveau 3 de cet indicateur.

Indicateur « Mesure du poids »

Cet indicateur évalue si une mesure du poids a été effectuée et notée dans le dossier du patient, dans les 48 premières heures du séjour. Seul ce niveau fait l'objet d'une diffusion publique des résultats.

Analyse nationale

► Résultats agrégés au niveau national

Tableau 30 – Indicateur « Mesure du poids »
Historique des effectifs

Campagne	Population totale	ES n'entrant pas dans la base de référence nationale		Base de référence nationale	
		Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec effectif N ≤ 30	Nb d'ES	Taux moyen « Mesure du poids »
2008	1 217	99	9	1 109	56 %
2009	1 185	39	10	1 136	75 %
2010	1 241	27	14 ¹⁰	1 200	79 %

Au niveau national, une notification du poids dans les 48 premières heures du séjour est retrouvée en moyenne dans 8 dossiers sur 10, résultat satisfaisant au vu des années passées (+ 23 points en 3 ans).

Tableau 31 – Indicateur « Mesure du poids »
Statistiques descriptives au niveau national de l'année 2010 (en %)




	Nb d'ES	Nb de dossiers	Moyenne nationale	Médiane	Min.	Max.	Ecart type
Base de référence nationale	1 200	94 907	79	84	0	100	18

La moitié des ES pèsent désormais plus de 8 patients sur 10 à l'admission, mais la variabilité inter-établissements persiste au niveau national, allant de 0 à 100 %.

10. Ce chiffre est la conséquence des critères d'exclusion spécifiques à l'indicateur DTN : 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, en soins intensifs, en surveillance continue, en maternité, en zone de surveillance de très courte durée, ou en soins palliatifs.

► Comparaison des ES

Tableau 32 – Indicateur « Mesure du poids »
Distribution par rapport à la moyenne nationale

Campagne	Moyenne nationale				
2008	56 %	Nombre d'ES	470	247	392
		% d'ES	43	22	35
2009	75 %	Nombre d'ES	501	317	318
		% d'ES	44	28	28
2010	79 %	Nombre d'ES	531	353	316
		% d'ES	44	30	26

La répartition des établissements par rapport à la moyenne nationale n'a pas évolué depuis la campagne 2009. 44 % des établissements ont un score supérieur à la moyenne nationale, moyenne qui se confond presque avec l'objectif de performance.

Tableau 33 – Indicateur « Mesure du poids »
Distribution des ES en recueil obligatoire par rapport à l'objectif de performance (80%)

Campagne		Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Total
2009	Nombre d'ES	398	318	377	33	1 126
	% d'ES	35	28	33	3	100
2010	Nombre d'ES	515	331	296	27	1 169
	% d'ES	44	28	25	2	100

1 169 ES étaient concernés par le recueil obligatoire, et comparables¹¹ à l'objectif de performance.

Il est attendu que pour au moins 8 patients 10, une mesure du poids soit effectuée et notée dans le dossier dans les 48 premières heures suivant l'admission. Cet objectif de performance de 80% a été atteint pour pratiquement les trois quarts des établissements en 2010.

11. Plus de 30 dossiers inclus pour l'indicateur.

Tableau 34 – Indicateur « Mesure du poids »
Évolution de classes des ES en recueil obligatoire entre 2009 et 2010

	ES ayant gagné au moins 1 classe	ES n'ayant pas changé de classe	ES ayant perdu au moins 1 classe	Total
Nombre d'ES	291	671	98	1 060
% d'ES	28	63	9	100

Parmi les 1 169 ES obligatoires comparables à l'objectif de performance en 2010, 1060 avaient des données 2009, ce qui a permis de calculer la dynamique de changement de classe (pour 109 ES, il n'était pas possible de calculer d'évolution des classes¹²).

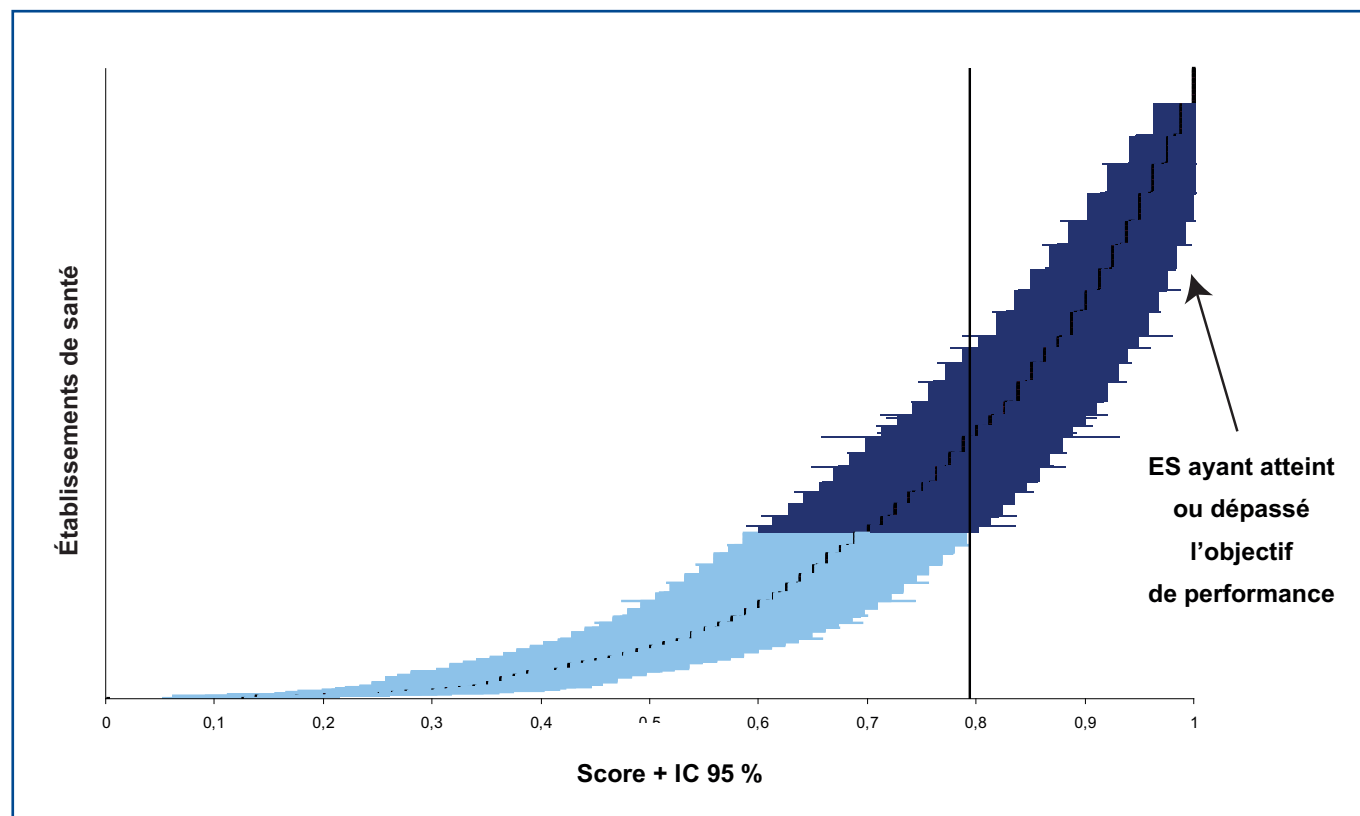
Parmi les 291 ES ayant gagné au moins une classe en 2010 :

- 133 sont passés de la classe B à la classe A ;
- 128 sont passés de la classe C à la classe B ;
- et 30 de la classe C à la classe A.

Parmi les 671 établissements n'ayant pas changé de classe en 2010, 43 ES (6,4 %) ont des résultats qui s'améliorent, et 327 ES (49 %) était déjà en classe A en 2009.

Parmi les 98 ES ayant perdu au moins une classe, 7 sont passés de la classe A à la classe C.

Graphique 6 – Indicateur « Mesure du poids »
Distribution des ES par rapport à la moyenne nationale



12. Établissements ayant moins de 30 dossiers inclus ou sans données l'année précédente.

Variabilité régionale

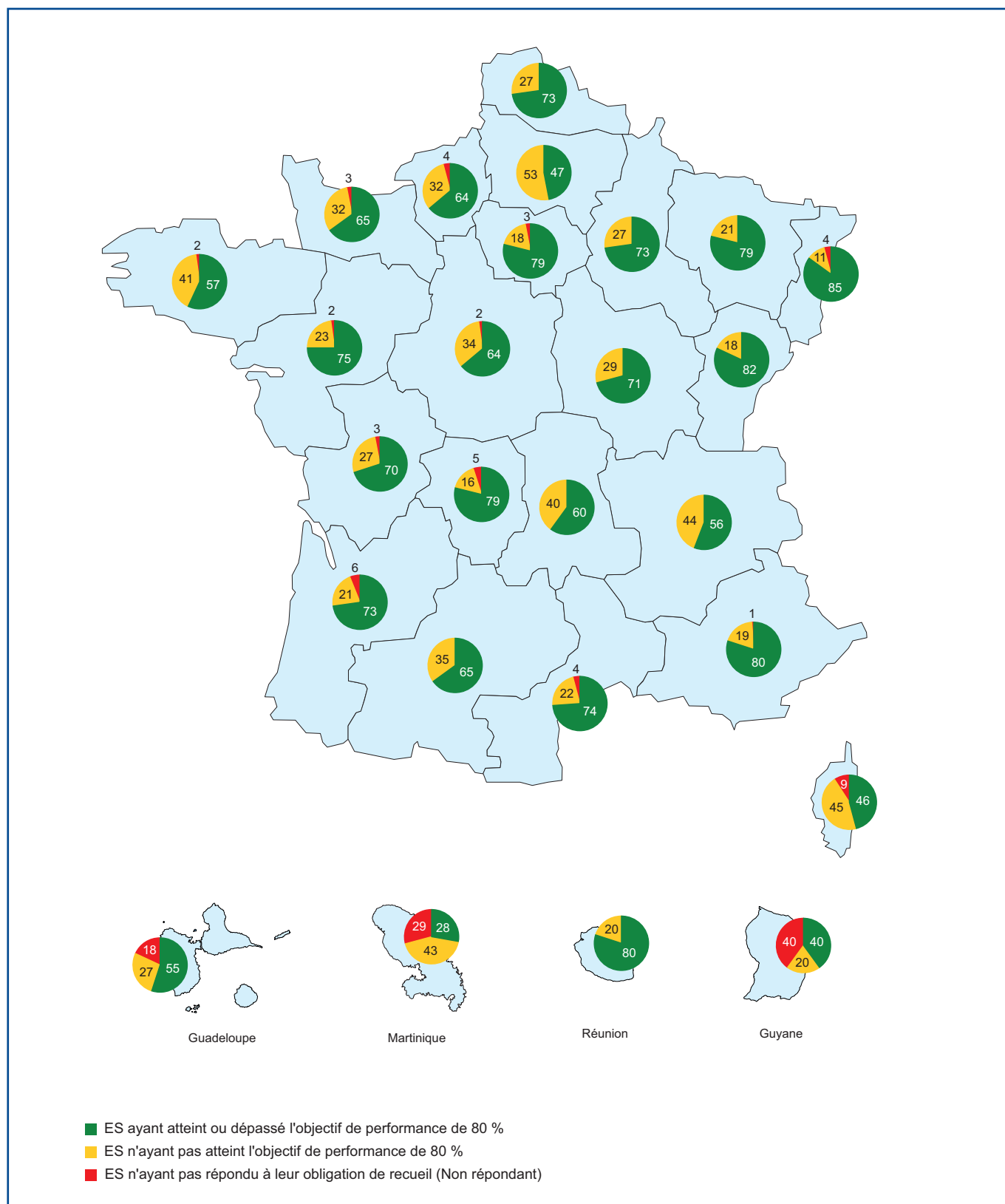
La moyenne régionale varie de 64 % (Corse) à 87 % (Alsace). Douze régions ont atteint ou dépassé la moyenne nationale (80 %).

Tableau 35 – Indicateur « Mesure du poids »
Statistiques descriptives régionales (en %)

	ES composant la base de référence nationale		Moyenne nationale = 79	ES n'entrant pas dans la base de référence nationale
	Nb d'ES avec effectif N > 30	Nb de dossiers	Moyenne par région	Nb d'ES non répondant
ALSACE	26	2 080	87	1
AQUITAINE	69	5 498	82	4
AUVERGNE	26	2 080	71	0
BASSE-NORMANDIE	32	2 539	74	1
BOURGOGNE	38	3 031	76	0
BRETAGNE	55	4 347	74	1
CENTRE	45	3 568	75	1
CHAMPAGNE-ARDENNE	28	2 237	78	0
CORSE	10	800	64	1
FRANCHE-COMTÉ	18	1 440	85	0
GUADELOUPE	9	703	79	2
GUYANE	3	218	73	2
HAUTE-NORMANDIE	28	2 190	78	1
ILE-DE-FRANCE	195	15 283	83	5
LANGUEDOC-ROUSSILLON	51	4 031	80	2
LIMOUSIN	19	1 520	82	1
LORRAINE	50	3 976	82	0
MARTINIQUE	5	400	66	2
MIDI-PYRÉNÉES	62	4 892	77	0
NORD-PAS-DE-CALAIS	71	5 611	79	0
PAYS DE LA LOIRE	55	4 349	78	1
PICARDIE	36	2 857	71	0
POITOU-CHARENTES	30	2 349	77	1
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	104	8 228	83	1
RÉUNION	9	720	81	0
RHÔNE-ALPES	117	9 240	82	0
Service de santé des armées	9	720	90	0

Cartographie 4 – Indicateur « Mesure du poids »

Distribution des ES en recueil obligatoire par rapport à l'objectif de performance (en %)



Selon la région, le pourcentage d'établissements ayant atteint ou dépassé l'objectif de performance (classes A et B) varie de 28 % (Martinique) à 85 % (Alsace).

Quatre régions ont au moins 80 % de leurs établissements qui ont atteint l'objectif de performance à 80 % sur la « Mesure du poids » : Alsace, Franche Comté, PACA, Réunion. En revanche, dans quatre régions, moins de 50 % des ES ont atteint l'objectif de performance : Corse, Guyane, Martinique, et Picardie.

Analyse par catégorie d'ES

Tableau 36 – Indicateur « Mesure du poids »
Statistiques descriptives par catégorie d'ES (en %)

	ES composant la base de référence nationale		Moyenne nationale = 79	ES n'entrant pas dans la base de référence nationale	
	Nb d'ES avec effectif N > 30	Nb de dossiers	Moyenne régionale	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec effectif N ≤ 30
CHU	58	4 510	79	0	0
CH	479	37 821	69	9	3
Privé	530	42 029	88	11	6
ESPIC	109	8 627	83	4	5
CLCC	20	1 600	90	0	0

* Les résultats ne sont pas présentés pour la catégorie « Autres publics », du fait du faible effectif (N = 4).

Les ES privés et les CLCC ont de meilleurs résultats que les autres catégories d'ES.

Analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats

L'âge est la seule variable testée expliquant la variabilité des résultats de la mesure du poids.

Tableau 37 – Analyse du lien entre la « Mesure du poids » et l'âge des patients

	2009		2010	
	% dossiers	Moyenne (%)	% dossiers	Moyenne (%)
18 - 75 ans	64	78	70	82
PA > 75 ans	36	69	30	73

Au niveau national, la mesure du poids a augmenté de 4 points. Cette augmentation concerne toutes les classes d'âge : les 18 - 75 ans et les personnes âgées de plus de 75 ans (PA).

Des différences populationnelles persistent : le poids est moins bien tracé chez les PA que chez les 18 - 75 ans (9 points de moins).

Conclusion

- La moyenne nationale de l'indicateur « Mesure du poids » est de 79 %, soit une augmentation de 4 points par rapport à la campagne 2009 et une augmentation de 23 points en 3 ans.
- Au niveau national, 72 % des ES ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80%.
- La variabilité se confirme au regard des écarts des moyennes régionales (64 à 87 %), et de la variation du pourcentage d'ES ayant atteint ou dépassé l'objectif de performance selon la région (28 à 85 %).
- Les différences populationnelles persistent : le poids est moins relevé chez les personnes âgées de plus de 75 ans que chez les 18 - 75 ans : 73 % versus 82 %.

Indicateur « Dépistage complet des troubles nutritionnels »

Une mesure du poids, un calcul de l'IMC et la recherche d'une variation du poids avant l'admission effectués et notés dans le dossier, correspondent à un dépistage complet des troubles nutritionnels, constituant le niveau 3 de l'indicateur.

Il s'agit des trois éléments de dépistage préconisés par les experts, afin de permettre une prise en charge adaptée et efficace. Ce niveau ne fait pas l'objet d'une diffusion publique des résultats.

Analyse nationale

► Résultats agrégés au niveau national

Tableau 38 – Indicateur « Dépistage complet des troubles nutritionnels »
Historique des effectifs

Campagne	Population totale	ES n'entrant pas dans la base de référence nationale		Base de référence nationale	
		Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec effectif N ≤ 30	Nb d'ES	Taux moyen « Dépistage complet des troubles nutritionnels »
2008	1 217	99	9	1 109	2 %
2009	1 185	39	10	1 136	7 %
2010	1 241	27	14	1 200	12 %

Le taux moyen national du dépistage complet des troubles nutritionnels est de 12 %.

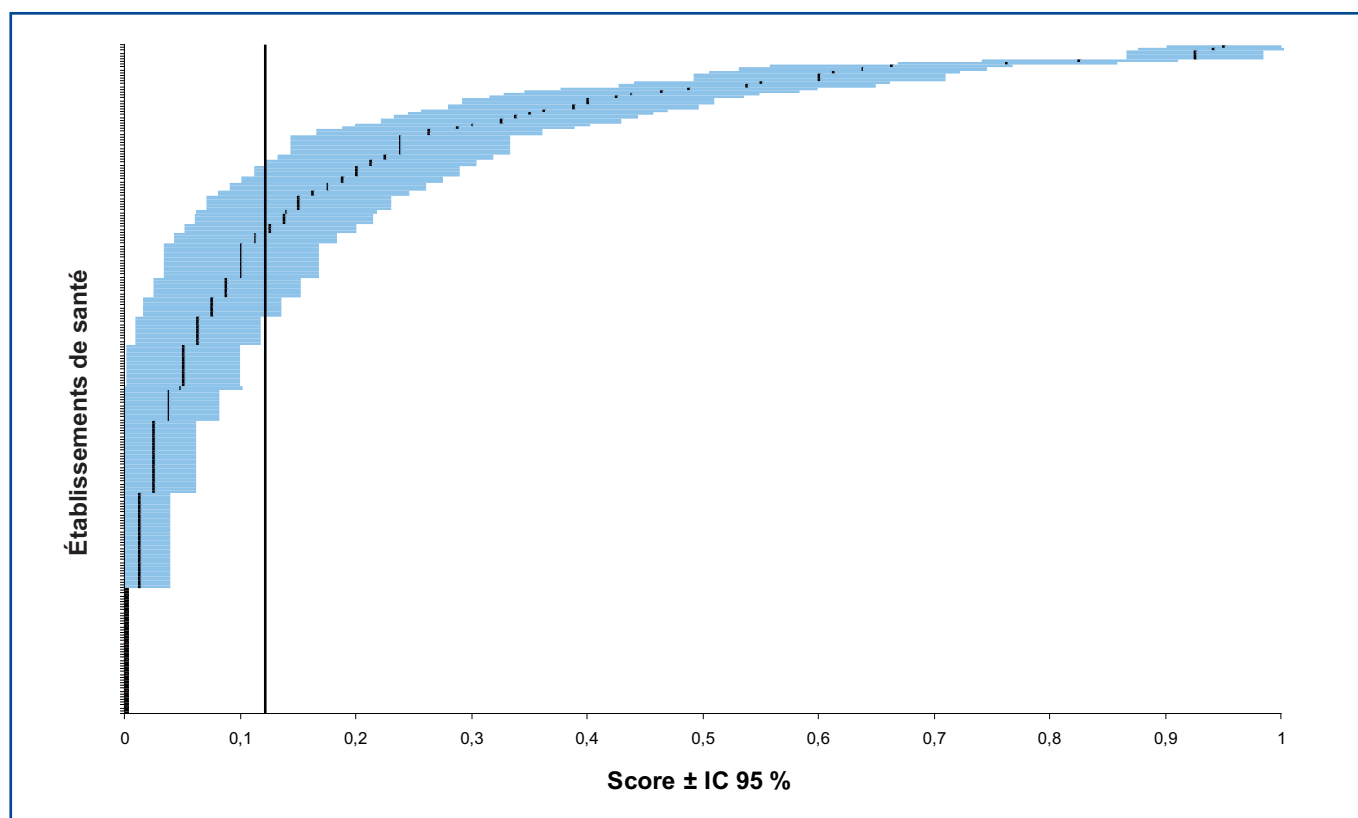
Ce taux a faiblement augmenté par rapport à la campagne 2009 (+ 5 points) ; 10 points ont été gagnés en 3 ans, mais ce taux reste bas.

Tableau 39 – Indicateur « Dépistage complet des troubles nutritionnels »
Statistiques descriptives nationales (%)

	Nb d'ES	Nb de dossiers	Moyenne nationale	Médiane	Min.	Max.	Ecart type
Base de référence nationale	1 275	97 125	20	8	0	100	26

Au niveau national, le taux varie de 0 à 100 %. Un ES sur 10 a moins de 54 % des dossiers satisfaisant à ce niveau d'exigence (P10) ; et 1 ES sur 10 a plus de 99 % des dossiers satisfaisant à ce niveau (P90).

Graphique 7 – Indicateur « Dépistage complet des troubles nutritionnels »
Distribution des ES par rapport à la moyenne nationale



Conclusion

- La moyenne nationale du taux de dépistage complet des troubles nutritionnels reste faible, malgré une augmentation de 10 points en 3 ans : 12 %.
- Une importante variabilité inter-établissements persiste (0 % à 100 %).

INDICATEUR « ÉVALUATION DU RISQUE D'ESCARRE »

Description et mode d'évaluation

Le premier recueil optionnel de l'indicateur « Évaluation du risque d'escarre » dans le secteur MCO porte sur le même tirage au sort de dossiers du premier semestre 2010, que les 4 autres indicateurs du Dossier Patient.

Cet indicateur évalue la traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre dans les 2 jours suivant l'admission d'un patient adulte.

Sur les 1 214 établissements ayant participé au recueil des indicateurs du thème « Dossier Patient MCO », 784 ont choisi de participer au recueil de cet indicateur optionnel, soit un taux de participation de 65 %. Parmi ces 784 ES, 780 ES ont inclus plus de 30 dossiers, et composent le référentiel national.

Ce taux de participation élevé traduit l'intérêt des ES pour le recueil de cet indicateur.

Analyse nationale

► Résultats agrégés au niveau national

*Tableau 40 – Indicateur « Évaluation du risque d'escarre »
Statistiques descriptives nationales (en %)*

	Nb d'ES	Nb de dossiers	Moyenne nationale	Médiane	Min	Max	Ecart-type
2010	780	61 877	21	9	0	100	27

Au niveau national, le risque d'escarre est évalué à l'admission pour 21 % des séjours analysés. L'évaluation du risque d'escarre varie de 0 à 100 %.

Il est à noter que la population de patients hospitalisés en MCO est extrêmement hétérogène, en terme de durée de séjour, d'âge, et de motif d'hospitalisation. Les deux premiers éléments sont des facteurs associés à la variabilité observée des résultats (cf ci-après).

Analyse par catégorie d'ES

Tableau 41 – Indicateur « Évaluation du risque d'escarre »
Taux de participation par catégorie d'ES (en %)

	Nb d'ES concernés par le recueil des indicateurs Dossier Patient MCO	Établissements composant la référence de l'indicateur « Évaluation du risque d'escarre »		
		Nb d'ES ayant recueilli l'indicateur « Évaluation du risque d'escarre » N > 30	Nb de dossiers	Taux de participation par catégorie d'ES (%)
CHU	58	41	3 191	71
CH	481	380	30 150	79
Privé	536	274	21 786	51
ESPIC	113	76	6 030	67
CLCC	20	6	480	30

* Les résultats ne sont pas présentés pour la catégorie « Autres publics », du fait du faible effectif (N = 3).

Le taux de participation par catégorie varie de 30 (CLCC) à 79 % (CH).

Analyse des facteurs associés à l'évaluation du risque d'escarre

L'âge des patients, la durée de séjour, et le type de prise en charge sont des variables associées à la variabilité des résultats de l'indicateur.

► Influence du type de prise en charge sur l'évaluation du risque d'escarre

Tableau 42 – Résultats de l'indicateur « Évaluation du risque d'escarre »
en fonction du type de prise en charge

	Nb de dossiers	% de dossiers	Moyenne (%)
Médecine	40 423	65	23
Chirurgie	21 532	35	17

Le risque d'escarre est plus souvent évalué au début du séjour en médecine qu'en chirurgie.

► Influence de l'âge et de la durée de séjour sur l'évaluation du risque d'escarre

Tableau 43 – Résultats de l'indicateur « Évaluation du risque d'escarre » en fonction de l'âge et de la durée de séjour

Âge	Durée de séjour	Nombre de dossiers	% de dossiers	Moyenne (%)
18 - 60 ans	2 - 3 jours	9 897	47	13
	4 - 7 jours	7 084	33	15
	Plus de 8 jours	4 230	20	21
	Total	21 211	100	
60 - 75 ans	2 - 3 jours	5 148	33	15
	4 - 7 jours	4 811	31	18
	Plus de 8 jours	5 609	36	25
	Total	15 568	100	
+ de 75 ans	2 - 3 jours	4 783	21	17
	4 - 7 jours	6 543	29	24
	Plus de 8 jours	13 850	50	30
	Total	22 652	100	

Pour une classe d'âge donnée, l'évaluation du risque d'escarre à l'admission augmente systématiquement avec la durée de séjour.

Pour une même durée de séjour, l'évaluation du risque d'escarre augmente avec l'âge, mais les taux d'évaluation sont faibles.

► Influence de l'âge et du type de prise en charge

Tableau 44 – Résultats de l'indicateur « Évaluation du risque d'escarre » en fonction de l'âge et du type de prise en charge

Âge	Type de prise en charge	Nombre de dossiers	% de dossiers	Nb de dossiers conformes	Moyenne (%)
18 - 60 ans	Médecine	10 609	50	1 669	16
	Chirurgie	10 602	50	1 554	15
	Total	21 211	100		
60 - 75 ans	Médecine	9 732	63	2 018	21
	Chirurgie	5 836	37	1 046	18
	Total	15 568	100		
+ de 75 ans	Médecine	20 082	80	5 492	27
	Chirurgie	5 094	20	1 063	21
	Total	25 176	100		

Pour une classe d'âge donnée, l'évaluation du risque d'escarre à l'admission est toujours plus élevée en médecine qu'en chirurgie.

Quel que soit le secteur de prise en charge, l'évaluation du risque d'escarre à l'admission augmente avec l'âge, mais reste faible.

Conclusion

- En 2010, 65 % des ES MCO concernés par le recueil des indicateurs du thème Dossier Patient, ont participé au recueil de l'indicateur « Évaluation du risque d'escarre », qui était optionnel (recueil au choix).
- L'évaluation du risque d'escarre est plus fréquente quand l'âge augmente, et quand la durée de séjour augmente ; elle est également plus fréquente en médecine qu'en chirurgie.
- Même si on constate que le risque d'escarre à l'admission est le plus souvent évalué pour les personnes âgées (PA), dont la durée de séjour prévisible est supérieure à 8 jours, la moyenne nationale reste faible.

CONCLUSION

Les indicateurs généralisés sont intégrés aux différents dispositifs applicables aux établissements de santé (procédure de certification, contractualisation, etc.) et sont accessibles au grand public à partir des sites web institutionnels (site QUALHAS et site PLATINES), et des canaux de communication des établissements.

La HAS a piloté la troisième campagne de recueil généralisé du recueil des indicateurs du dossier patient, dans les établissements MCO.

Les résultats consolidés présentés dans ce rapport sont issus d'une analyse de dossiers de patients hospitalisés au 1^{er} semestre 2010. Leur analyse permet de poser plusieurs constats :

- **Pour tous les indicateurs, une amélioration dans le temps est constatée suite aux trois campagnes. Cependant, la variabilité des résultats inter-ES persiste. Certains points sont encore à améliorer :**
 - La qualité de rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (54 %) et à la sortie (45 %), facteur contribuant à la sécurité de la prescription.
 - Le courrier de fin d'hospitalisation, élément indispensable à la continuité des soins, permettant une meilleure coordination en aval. Au niveau national, pour 40 % des séjours analysés, le courrier contenant les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins est envoyé dans un délai inférieur ou égal à 8 jours après la sortie.
 - L'évaluation de la douleur avec une échelle. Même si les résultats nationaux ont fortement augmenté en 3 ans (40 % versus 61 %), des différences populationnelles persistent, notamment chez les personnes âgées de plus de 75 ans, moins bien évaluées (56 %) que les 18 - 75 ans (66 %) en 2010.
 - La mesure du poids. Le résultat national en 2010 est proche de l'objectif de performance de 80 %, ce qui souligne l'efficacité des actions d'amélioration mises en place, mais des différences populationnelles sont constatées et persistent dans le temps. En 2010, le poids est moins bien tracé chez les personnes âgées de plus de 75 ans (73 %) que chez les 18 - 75 ans (82 %). De plus, un dépistage complet des troubles nutritionnels n'est retrouvé que dans 12 % des dossiers, soulignant un potentiel d'amélioration.
- **L'informatisation du dossier médical**, qui est souvent présentée comme une solution pour améliorer le partage d'information, est au niveau national très faible (4 % de dossiers totalement informatisés), et progresse lentement (+ 1 % en 1 an). Néanmoins, c'est un facteur qui **améliore la qualité des prescriptions médicamenteuses**.
- Outre les constats nationaux, il est à noter que **certaines régions présentent de meilleurs résultats d'indicateurs**, qu'il s'agisse de la moyenne régionale, ou de la proportion d'ES ayant atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80% (classe A et B) : Alsace, Aquitaine, Nord Pas de Calais, PACA.

■ **En 2010, le recueil de l'indicateur concernant l'évaluation du risque d'escarre était proposé pour la première fois sur un format optionnel (recueil au choix).**

- 65 % des ES ont choisi de recueillir cet indicateur (784 ES).
- Au niveau national, le risque d'escarre est évalué à l'admission pour 21 % des séjours analysés. Comme pour l'évaluation de la douleur et la mesure du poids, des progrès sont attendus notamment vis à vis des populations à risque.

L'évolution positive de ces résultats entre 2008 et 2010 met en évidence les actions réalisées au sein des établissements par les professionnels de santé pour améliorer la qualité du dossier patient en MCO.

Au programme 2011 - 2012 il est prévu :

- de suivre l'évolution des résultats d'indicateurs généralisés obligatoires dans le secteur MCO, et de valoriser ainsi les actions d'amélioration mises en œuvre (indicateurs du thème Dossier Patient ; Dossier anesthésique, Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie) ;
- de généraliser de nouveaux indicateurs validés dans le secteur MCO, et notamment en 2011-2012 ceux évaluant :
 - la prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde, intégrant des indicateurs de la phase aiguë et ceux à la sortie recueillis depuis 2008 ;
 - la qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques ;
 - la prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral ;
 - la prévention et prise en charge initiale des hémorragies du post-partum.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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