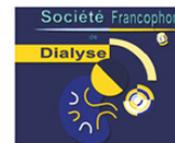


HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



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

Prise en charge des patients hémodialysés chroniques

Résultats nationaux de la campagne 2013

Données 2012

Mai 2014

Ce document présente les résultats issus du recueil 2012 des indicateurs du thème « Prise en charge des patients hémodialysés chroniques » réalisé par toutes les structures ayant une activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale et prenant en charge des patients hémodialysés chroniques 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 chacune des structures concernées. 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), 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

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

Ce rapport a été co-rédigé par Marie Erbault et Frédéric Capuano sous la responsabilité de Catherine Grenier chef du service « Indicateur Pour l'Amélioration de la Qualité et la Sécurité des Soins » (SIPAQSS).

Le secrétariat a été assuré par Sylvaine Egea, SIPAQSS, HAS.

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

Sommaire

| | |
|---|----|
| Synthèse des résultats des indicateurs nationaux..... | 5 |
| Contexte..... | 7 |
| Descriptif de la campagne nationale | 9 |
| Indicateur « Maîtrise de l'anémie » | 12 |
| Indicateur « Surveillance du statut martial du patient traité par ASE » | 14 |
| Indicateur « Surveillance du bilan phosphocalcique » | 16 |
| Indicateur « Réalisation des dosages en milieu de semaine » | 18 |
| Indicateur « Surveillance sérologique des hépatites » | 20 |
| Indicateur « Appréciation de l'épuration - Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires » | 22 |
| Indicateur « Appréciation de l'épuration - Mesure de la dose de dialyse » | 24 |
| Indicateur « Respect des prescriptions médicales de dialyse » | 26 |
| Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel » | 28 |
| Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Consultation diététicienne » | 30 |
| Indicateur « Évaluation de l'accès à la transplantation » | 32 |
| Indicateurs « Évaluation de l'abord vasculaire » | 34 |
| Distribution des établissements de santé par rapport à la moyenne nationale | 36 |
| Bilan et perspectives | 37 |
| Table des illustrations..... | 39 |
| Annexes..... | 40 |
| Annexe I. Méthodes de recueil et d'analyse | 40 |
| Annexe II. Résultats complémentaires..... | 43 |
| Références | 65 |

Synthèse des résultats des indicateurs nationaux

La première campagne de recueil des indicateurs de la « Qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques » s'est déroulée d'octobre 2012 à janvier 2013. Sur les 321 structures ayant une autorisation pour l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale 304 ont participé au recueil.

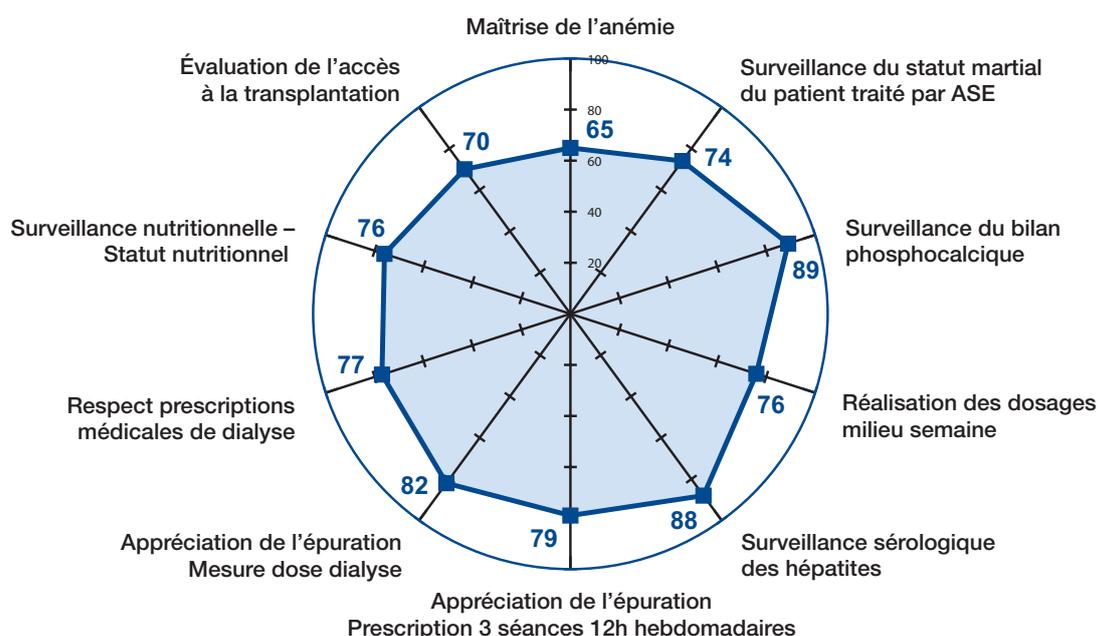
Le recueil consiste en une enquête rétrospective portant sur un échantillon aléatoire de patients adultes hémodialysés dans la même structure depuis au moins 9 mois au moment du recueil. Soixante dossiers sont analysés par structure pour l'ensemble des indicateurs.

Le thème « Qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques » est composé de 13 indicateurs :

- Maîtrise de l'anémie ;
- Surveillance du statut martial du patient traité par ASE ;

- Surveillance du bilan phosphocalcique ;
- Réalisation des dosages en milieu de semaine ;
- Surveillance sérologique des hépatites ;
- Appréciation de l'épuration – Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires ;
- Appréciation de l'épuration – Mesure de la dose de dialyse ;
- Respect des prescriptions médicales de dialyse ;
- Surveillance nutritionnelle – Statut nutritionnel ;
- Surveillance nutritionnelle – Consultation diététicienne ;
- Évaluation de l'accès à la transplantation ;
- Évaluation de l'abord vasculaire – Fistule artérioveineuse¹ ;
- Évaluation de l'abord vasculaire – Fistule artérioveineuse native¹.

Graphique 1. Les indicateurs du thème « Qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques » – Campagne 2013



1. La comparaison inter structures n'est pas restituée en raison de l'hétérogénéité des populations prises en charge.

Des données représentant la prise en charge des hémodialysés en France

Les données présentées dans ce rapport ont été recueillies dans plus de 14 000 dossiers de patients hémodialysés sur l'ensemble de la France. Ce qui représenterait environ 39 % des hémodialysés pris en charge en France si l'on se reporte aux chiffres publiés dans le rapport 2011 du registre REIN (Réseau Épidémiologie Information Néphrologie).

Ce sont près de 95 % des structures concernées qui ont participé au recueil.

Les Sociétés savantes de Néphrologie soulignent l'intérêt de cette campagne de recueil d'indicateurs de qualité en hémodialyse pour guider l'amélioration des pratiques.

Elles font cependant le constat de limites à l'interprétation de certains des indicateurs choisis. Deux indicateurs nécessitent d'être actualisés, l'indicateur « Maîtrise de l'anémie » et l'indicateur « Respect des prescriptions médicales de dialyse ». Ces redéfinitions devront prendre en compte les nouvelles recommandations internationales concernant l'anémie² et les caractéristiques techniques des générateurs d'hémodialyse qui entraînent des façons différentes de mesurer la durée effective des séances de dialyse.

Caractéristiques des indicateurs

| | Comparaison inter établissement | Exclusion des patients atypiques |
|---|---------------------------------|----------------------------------|
| Maîtrise de l'anémie | Oui | Oui |
| Surveillance du statut martial du patient traité par ASE | Oui | Non |
| Surveillance du bilan phosphocalcique | Oui | Non |
| Réalisation des dosages en milieu de semaine | Oui | Non |
| Surveillance sérologique des hépatites | Oui | Non |
| Appréciation de l'épuration : Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires | Oui | Oui |
| Appréciation de l'épuration : Mesure de la dose de dialyse | Oui | Non |
| Respect des prescriptions médicales de dialyse | Oui | Non |
| Surveillance nutritionnelle : Statut nutritionnel | Oui | Non |
| Surveillance nutritionnelle : Consultation diététicienne | Oui | Oui |
| Évaluation de l'accès à la transplantation | Oui | Non |
| Évaluation de l'abord vasculaire : Fistule artério-veineuse | Non | Oui |
| Évaluation de l'abord vasculaire : Fistule artério-veineuse native | Non | Oui |

2. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Anemia Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for Anemia in Chronic Kidney Disease. *Kidney int., Suppl.* 2012; 2: 279-335.

Contexte

Politique nationale des indicateurs qualité et 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 généralisé 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. **Depuis 2008, la HAS généralise des indicateurs de qualité et sécurité des soins.**

Le 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 de directeurs et de présidents de CME, les directeurs généraux des agences régionales de santé, la CNAMTS 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.sco-pesante.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

En 2009, les professionnels de la néphrologie et de la dialyse sollicitaient le projet COMPAQ-HPST afin de développer des indicateurs de pratique clinique sur le thème de l'hémodialyse. À l'issue de deux tests, la HAS a généralisé pour la campagne 2013, avec l'accord des présidents de la Société de Néphrologie et de la Société Francophone de Dialyse, 13 indicateurs « Qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques »³. Ces indicateurs analysent la qualité de la prise en charge des patients adultes en hémodialyse, quelle que soit la modalité d'hémodialyse.

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. À compter de 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. Le thème Dialyse n'a pas fait l'objet d'un contrôle sur la campagne de recueil 2013.

3. Réalisation des dosages ; Surveillance de l'anémie ; Surveillance du bilan phosphocalcique ; Surveillance du statut martial du patient traité par ASE ; Surveillance nutritionnelle (2 parties) ; Appréciation de l'épuration (2 parties) ; Prescriptions médicales de dialyse ; Évaluation de l'accès à la transplantation ; Surveillance sérologique des hépatites ; Voie d'abord vasculaire (2 parties).

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 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 pourront valoriser le résultat des actions d'amélioration mises en œuvre.

Prise en charge des patients hémodialysés chroniques

L'insuffisance rénale chronique terminale est une priorité de santé publique. En 2012, elle touche en France près de 71 000 personnes nécessitant un traitement de suppléance, la dialyse ou la greffe. Environ 44 % des personnes en insuffisance rénale chronique terminale sont porteuses d'un greffon rénal fonctionnel. Si la greffe rénale présente, dans l'absolu, la meilleure option thérapeutique, tant en terme de qualité de vie pour le patient qu'en terme de coût pour la société, elle ne peut être réalisée pour l'ensemble des patients en insuffisance rénale terminale et ce pour de nombreuses raisons comme les comorbidités associées, la disponibilité de greffons, etc. Aussi de nombreux patients, 66 %, bénéficient d'un traitement par épuration extra rénale. Parmi ces patients plus de 90 % recourent à l'hémodialyse.

Le coût global de la dialyse pour l'assurance maladie s'élevait à 2,1 milliards d'euros pour 2005 (enquête nationale CNAMTS-DGOS 2003). Pour l'année 2007 le coût a été estimé par l'Assurance Maladie⁴ à près de 4 milliards d'euros dont 77 % pour l'hémodialyse. La recommandation de santé publique « Evaluation médico-économique des stratégies de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale en France » est en cours de finalisation à la HAS et devrait être publiée au cours du second semestre 2014.

La dialyse, traitement lourd, est une condition à la survie des patients, la qualité de vie dépend en partie de la qualité de la prise en charge. Les professionnels ont défini des éléments qualité de l'hémodialyse : dose de dialyse, suivi biologique et suivi nutritionnel des patients, ainsi qu'une évaluation de l'accès à la transplantation pour tous les patients. Les indicateurs nationaux mesurent ces éléments.

Ce rapport présente les principaux constats issus de l'analyse des résultats de la campagne 2013 des indicateurs sur la « Qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques ».

Parce qu'il s'agit de la première campagne nationale des indicateurs sur la « Qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques », les résultats ne sont pas diffusés nominativement.

4. Point d'information de l'Assurance maladie du 9 mars 2010 «L'insuffisance rénale chronique en France : situation actuelle et enjeux ».

Descriptif de la campagne nationale

Établissements de santé participants

Chaque structure prenant en charge des patients hémodialysés chroniques quel que soit ses modalités (centres, unités de dialyse médicalisées, unités d'autodialyse assistée ou non, domicile) est tenue de mesurer les indicateurs « Prise en charge des patients hémodialysés chroniques ».

Dans chaque établissement, 60 dossiers maximum de patients hémodialysés dans la structure sont sélectionnés par tirage au sort aléatoire.

Pour la campagne 2013, 321 structures devaient réaliser le recueil. Parmi eux, 17 ne l'ont pas fait ou finalisés et sont considérés comme des structures « non répondantes », ce sont donc 304 structures qui ont participé au recueil des indicateurs, soit près de 95 % des structures concernées.

Séjours analysés

Les dossiers sélectionnés concernent des patients dialysés depuis au moins 9 mois dans la structure, et toujours dialysés dans la structure, les patients âgés de moins de 18 ans et les patients décédés sont exclus.

Au niveau national, 17 242 dossiers ont été tirés au sort sur la période d'octobre 2012 à janvier 2013. Parmi ces dossiers, 0,3 % n'ont pas été retrouvés, 0,6 % n'étaient pas mobilisables⁵ et 0,3 % comportaient une incohérence PMSI. En outre, 4 % des dossiers ont été exclus car le patient était décédé et 12,5 % ont été exclus car le patient n'était plus dialysé dans la structure au moment de la saisie du dossier. Au total, l'analyse a porté sur 14 507 dossiers.

Pour chaque dossier, 2 séances d'hémodialyse réalisées à 6 mois d'intervalle sont sélectionnées que les patients soient hémodialysés en centre, en unité de dialyse médicalisée, en autodialyse simple ou assistée ou à domicile.

Population

La population de patients étudiée comprend 41 % de femmes, dans le registre REIN (rapport 2011) la prévalence est de 38 % pour les femmes. L'âge moyen est de 68,6 ans et plus de 54 % des patients ont plus de 70 ans. Dans le registre REIN (rapport 2011) l'âge médian est de 63 ans, et 56 % des patients ont moins de 65 ans.

Chez les patients pour lesquels une mesure de la diurèse est retrouvée (6 930 dossiers), 59 % (4 068 dossiers) sont anuriques. La mesure de la diurèse est manquante dans 52 % des dossiers (7 577 dossiers).

Descriptif des modalités de prise en charge

Pour la population de patients étudiée, la grande majorité est hémodialysée en centre 76 % (11 034 dossiers), 13 % (1 868 dossiers) sont pris en charge dans une unité de dialyse médicalisée, 11 % (1 582 dossiers) en autodialyse et une vingtaine de patient sont hémodialysés à domicile. Dans le registre REIN au 31 décembre 2011 la répartition des traitements dans cette population est la suivante : hémodialyse en centre 58 %, unité de dialyse médicalisée 15 %, autodialyse 19 %.

Parmi les dossiers étudiés, les patients de moins de 60 ans sont dialysés plus souvent en autodialyse et dans les unités de dialyse médicalisée que ceux de plus de 60 ans. Les patients âgés de moins de 60 ans sont environ 60 % à être dialysés en centre, après 60 ans la proportion augmente avec l'âge pour atteindre près de 90 % pour les patients âgés de plus de 85 ans.

Patients atypiques

Suite aux discussions avec les professionnels, certains patients sont considérés comme atypiques, ce qui permet d'exclure ces dossiers de la comparaison.

5. Le dossier est non mobilisable lorsque le patient ne souhaite pas que les données le concernant soient exploitées à des fins autres que sa prise en charge.

Le patient atypique est défini comme « un patient dont les valeurs des examens biologiques sont hors normes, dont l'état général est incompatible avec la mesure de certains paramètres ou toute autre cause, précisée par un médecin, rendant le patient non comparable ».

Il est précisé que « l'appréciation est laissée à la discrétion du clinicien ».

Parmi les indicateurs, 3 excluent les patients atypiques de la comparaison :

- Maîtrise de l'anémie ;
- Appréciation de l'épuration – Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires minimum ;
- Surveillance nutritionnelle – Consultation diététicienne.

Parmi les 304 structures ayant réalisé le recueil, 195 ont défini des dossiers de patients comme atypiques, représentant 1 116 dossiers parmi les 14 507 retenus pour le recueil, soit 7,7 % des dossiers retenus.

Les structures avaient en moyenne 8,4 % de dossiers atypiques (médiane 3,3). 50 % des structures ont entre 0 % et 10 % de dossiers atypiques. Seuls 2 structures ont codé tous leurs dossiers comme atypiques.

Calcul et présentation des résultats

Pour chaque indicateur, dans la partie analyse nationale, un tableau présente :

- le nombre d'établissements ayant participé au recueil, le nombre de dossiers inclus ;
- le nombre d'établissements ayant inclus plus de 10 dossiers, le nombre de dossiers inclus dans ces établissements ;
- le résultat national (moyenne pondérée⁶ pour les taux et médiane⁷ pour les délais).

Les résultats nationaux faisant l'objet d'une diffusion publique sont calculés à partir des dossiers des établissements ayant inclus plus de 10 dossiers dans le recueil.

Les autres résultats sont calculés à partir de l'ensemble des dossiers inclus dans le recueil, que l'établissement ait plus ou moins de 10 dossiers.

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](#)).

La distribution des résultats des indicateurs par région et par catégorie d'ES sont rapportés pour information en [annexe II](#). Une réflexion est en cours concernant les méthodes pour assurer la comparabilité inter-régionale des résultats

6. La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des AVC en France.

7. La médiane représente le délai ou le taux au-delà duquel la moitié des dossiers se situent.

Indicateur « Maîtrise de l'anémie »

Description et mode d'évaluation

Les patients hémodialysés doivent avoir une mesure de l'hémoglobine au minimum tous les 2 mois.

Les professionnels du groupe de travail⁸ ont fixé les cibles thérapeutiques suivantes en s'appuyant sur les recommandations : hémoglobine supérieure à 11 g/dl pour les patients sans agent stimulant l'érythropoïèse (ASE), 10 à 12 g/dl pour les patients sous ASE. Actuellement les recommandations de bonnes pratiques concernant les

prescriptions d'ASE sont en cours de révision par les sociétés savantes et les pratiques devraient évoluer.

L'indicateur, présenté sous forme d'un taux, évalue la proportion de patients pour lesquels, au cours des 2 derniers mois, une mesure de l'hémoglobine a été réalisée avant le début de la séance de dialyse et dont la valeur se situe entre 10 et 12 g/dl pour les patients sous ASE ou supérieure à 11 g/dl pour les patients sans ASE. Il s'agit d'un indicateur de résultat intermédiaire.

| Fiche descriptive de l'indicateur : MAITRISE DE L'ANÉMIE | |
|--|--|
| Libellé | Proportion de patients pour lesquels, dans les 2 derniers mois : <ul style="list-style-type: none">• une mesure de l'hémoglobine a été réalisée avant le début de la séance de dialyse ; ET• dont la valeur se situe entre 10 et 12 g/dl pour les patients sous ASE (ASE+) ou >11 g/dl pour les patients sans ASE (ASE-). |
| Numérateur | Nombre de patients pour lesquels une mesure de l'hémoglobine, réalisée dans les 2 derniers mois et avant le début de la séance, est retrouvée ET dont le résultat est dans les cibles thérapeutiques (> 11 g/dl pour les ASE-, 10 à 12 g/dl pour les patients ASE+). |
| Dénominateur | Nombre de patients inclus. |
| Type d'indicateur | Indicateur de résultat. Ajustement sur le risque : non. |
| Recommandations (1), (2), (3) | La HAS recommande, au stade de dialyse, une surveillance biologique (NFS plaquettes) toutes les 2 à 6 semaines (selon le contexte). « <i>Erythropoiesis-stimulating agents (ESAs) should be given to all patients with chronic kidney disease (CKD) with haemoglobin (Hb) levels consistently (i.e. measured twice at least 2 weeks apart) below 11 g/dl [haematocrit (Hct) <33%], where all other causes of anaemia have been excluded</i> ». « <i>In the opinion of the Work Group, in dialysis and nondialysis patients with CKD receiving ESA therapy, the selected Hb target should generally be in the range of 11.0 to 12.0 g/dL. In dialysis and nondialysis patients with CKD receiving ESA therapy, the Hb target should not be greater than 13.0 g/dL. (Clinical Practice Guideline - MODERATELY STRONG EVIDENCE)</i> ». |

Deux commentaires sur l'indicateur « Maîtrise de l'anémie » :

- d'une part les recommandations de bonnes pratiques publiées ultérieurement par le groupe de travail international KDIGO⁹ n'ont pu être prises en compte pour l'élaboration de cet indicateur. Diffusées durant la période évaluée, elles ont modifié les cibles thérapeutiques, ce qui peut expliquer le taux modéré de conformité à l'indicateur.
- d'autre part, la cible de concentration d'hémoglobine relativement étroite (10 à 12 g/dl) valable pour la majorité des patients sous ASE, est assimilée à la fourchette de concentrations d'hémoglobine acceptable pour l'ensemble de la population sous ASE, qui est beaucoup plus large (de 9 à 13 g/dl).

8. Représentants des sociétés savantes : Société de Néphrologie et Société Francophone de Dialyse.

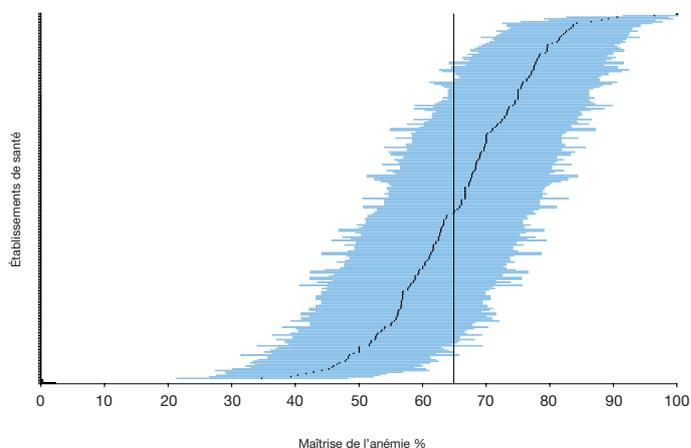
9. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Anemia Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for Anemia in Chronic Kidney Disease. *Kidney Int., Suppl.* 2012; 2: 279-335.

C'est cette fourchette qui devra être retenue pour l'indicateur de maîtrise de l'anémie pour la prochaine campagne de recueil. Ces 2 points expliquent le taux modéré de résultat de l'indicateur.

Analyse nationale

Tableau 1. Indicateur « Maîtrise de l'anémie » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013

| Campagne 2013 | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------|
| Ensemble des dossiers évalués | Nb d'ES | 304 |
| | Nb de dossiers | 13 391 |
| | Moyenne | 65 % |
| ES avec plus de 30 dossiers | Nb d'ES | 239 |
| | Nb de dossiers | 12 123 |
| | Min ES | 0 % |
| | Moyenne nationale | 66 % |
| | Max ES | 100 % |
| | 1 ^{er} quartile | 57 % |
| | Médiane | 67 % |
| 3 ^e quartile | 74 % | |



Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale.

Tableau 2. Indicateur « Maîtrise de l'anémie » – Causes de non-conformité à l'indicateur

| Mesure non retrouvée | Mesure retrouvée mais non datée | Mesure retrouvée mais non réalisée en début de séance | Mesure retrouvée mais non réalisée au cours des deux derniers mois | Patient ASE+ (N = 11 533) | | Patient ASE- (N = 1 848) |
|----------------------|---------------------------------|---|--|---------------------------|-----------|--------------------------|
| | | | | Mesure hors cible | | |
| | | | | 38 % | | |
| | | | | < 10 g/dl | > 12 g/dl | < 11 g/dl |
| 0 % | 0 % | 1 % | 1 % | 12 % | 26 % | 11 % |

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Maîtrise de l'anémie »

- Le taux moyen national de patients pour lesquels une mesure de l'hémoglobine réalisée au cours des 2 derniers mois, avant le début de la séance de dialyse et dont le résultat se situe dans les cibles thérapeutiques (> 11 g/dl pour les patients ASE-, 10 à 12 g/dl pour les patients ASE+) est retrouvée est de 66 %.
- La médiane des taux moyens par établissement est de 67 %, c'est-à-dire que, pour un établissement sur deux, une mesure de l'hémoglobine réalisée au cours des 2 derniers mois, avant le début de la séance de dialyse, et dont la valeur est dans les cibles est retrouvée dans deux tiers des dossiers.
- La variabilité des résultats est importante puisque 10 % des établissements ont un taux moyen supérieur à 79 % (P90) et 10 % des établissements ont un taux moyen inférieur à 50 % (P10).

► Résultats complémentaires

Les deux mesures de l'indicateur montrent que le taux de dossiers dans lesquels une mesure de l'hémoglobine est retrouvée dans les 2 derniers mois est de 97 %. En revanche le taux d'hémoglobine retrouvé dans les dossiers n'est conforme aux recommandations que dans 50 % des cas. Ainsi les patients sont surveillés régulièrement conformément aux recommandations de bonnes pratiques, mais le taux d'hémoglobine lui-même est en dehors des taux recommandés par les professionnels. Pour les dossiers des patients considérés comme atypiques, le taux moyen est de 51 %.

Indicateur « Surveillance du statut martial du patient traité par ASE »

Description et mode d'évaluation

La réserve en fer des patients sous agent stimulant l'érythropoïèse (ASE), en traitement d'entretien, doit être régulièrement évaluée.

L'indicateur, présenté sous forme d'un taux, évalue la proportion de patients sous ASE pour lesquels, au cours

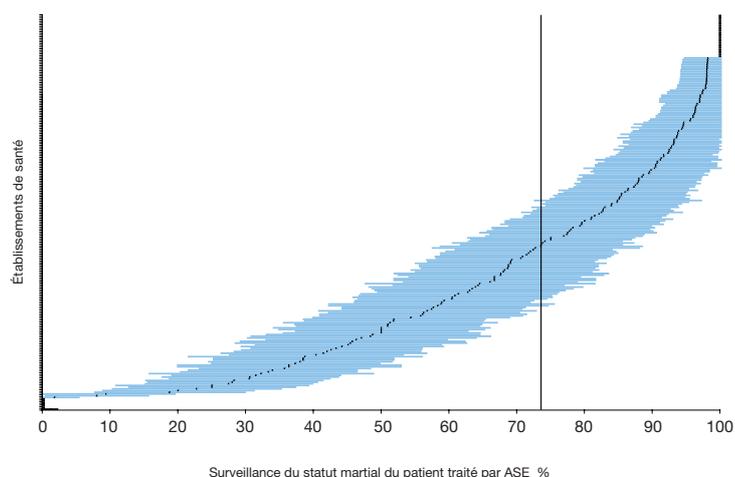
des 3 derniers mois, ont été réalisés un dosage de la ferritine au moins 6 jours après la dernière supplémentation en fer IV et une deuxième mesure (coefficient de saturation de la transferrine ou mesure du pourcentage d'hématies hypochromes ou mesure de la concentration en hémoglobine des réticulocytes) permettant d'évaluer le statut martial du patient.

| Fiche descriptive de l'indicateur : SURVEILLANCE DU STATUT MARTIAL DU PATIENT TRAITÉ PAR ASE | |
|--|--|
| Libellé | Proportion de patients ASE+ pour lesquels, dans les 3 derniers mois, ont été réalisés : <ul style="list-style-type: none"> • un dosage de la ferritine (à distance de la dernière supplémentation en fer IV) ; ET <ul style="list-style-type: none"> • une mesure du coefficient de saturation de la transferrine OU une mesure du pourcentage d'hématies hypochromes OU une mesure de la concentration en hémoglobine des réticulocytes. |
| Numérateur | Nombre de patients ASE+ pour lesquels, dans les 3 derniers mois, ont été réalisés : <ul style="list-style-type: none"> • un dosage de la ferritine au moins 6 jours après la dernière supplémentation en fer IV ; • une deuxième mesure permettant d'évaluer le statut martial du patient. |
| Dénominateur | Nombre de patients ASE+ inclus. |
| Type d'indicateur | Indicateurs de processus. Ajustement sur le risque : non. |
| Recommandations (4) | <p>« Tous les patients dialysés ayant une anémie traitée par un ASE doivent recevoir une supplémentation en fer pour maintenir ou atteindre les cibles d'hémoglobinémie (Grade B).</p> <p>La voie intraveineuse est la voie optimale pour l'administration du fer chez les patients en hémodialyse (Grade A)</p> <p>La dose d'ASE doit être ajustée suivant l'évolution de l'hémoglobinémie sous traitement.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pendant la phase de correction initiale, l'hémoglobinémie doit être surveillée toutes les 2 à 4 semaines. • Pendant la phase d'entretien, l'hémoglobinémie une fois stabilisée sera surveillée tous les 1 à 2 mois. <p>Les réserves en fer doivent être régulièrement évaluées par le dosage de la ferritinémie. Les mesures devront être réalisées au moins une semaine après l'arrêt de toute administration intraveineuse de fer (Grade B). Pour rechercher un déficit fonctionnel en fer, le pourcentage de globules rouges hypochromes est le marqueur le plus sensible. Si cette mesure n'est pas disponible, la saturation de la transferrine peut être utilisée. La concentration corpusculaire moyenne en hémoglobine des réticulocytes est une autre option pour rechercher un déficit fonctionnel en fer (Grade B) ».</p> |

Analyse nationale

Tableau 3. Indicateur « Surveillance du statut martial du patient traité par ASE » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013

| Campagne 2013 | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------|
| Ensemble des dossiers évalués | Nb d'ES | 304 |
| | Nb de dossiers | 12 570 |
| | Moyenne | 73 % |
| ES avec plus de 30 dossiers | Nb d'ES | 233 |
| | Nb de dossiers | 11 039 |
| | Min ES | 0 % |
| | Moyenne nationale | 73 % |
| | Max ES | 100 % |
| | 1 ^{er} quartile | 57 % |
| | Médiane | 83 % |
| | 3 ^e quartile | 96 % |



Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale.

Tableau 4. Indicateur « Surveillance du statut martial du patient traité par ASE » – Causes de non-conformité à l'indicateur

| N = 12 570 | Mesure non retrouvée | Mesure retrouvée mais non datée | Mesure retrouvée mais non réalisée au cours des 3 derniers mois | Patient ayant reçu une supplémentation en fer IV dans les 6 jours précédant la mesure |
|--|----------------------|---------------------------------|---|---|
| Ferritinémie | 0 % | 0 % | 2 % | 23 % |
| Coefficient de saturation de la transferrine | 3 % | 0 % | 3 % | |
| Pourcentage d'hématies hypochromes | 77 % | 0 % | 0 % | |
| Concentration en hémoglobine des réticulocytes | 67 % | 0 % | 1 % | |

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Surveillance du statut martial du patient traité par ASE »

- Le taux moyen national de patients sous ASE pour lesquels, au cours des 3 derniers mois, un dosage de la ferritine, au moins 6 jours après la dernière supplémentation en fer IV, a été réalisé est de 76 %. L'association de ce dosage de ferritine bien programmée et d'une deuxième mesure permettant d'évaluer le statut martial du patient, est retrouvée dans 73 % des dossiers.
- La médiane des taux moyens par établissement est de 80 %, c'est-à-dire que, pour un établissement sur deux, au cours des 3 derniers mois, un dosage de la ferritine, au moins 6 jours après la dernière supplémentation en fer IV, et une deuxième mesure permettant d'évaluer le statut martial du patient sont retrouvés dans 8 dossiers sur 10.
- 10 % des établissements ont un taux moyen inférieur à 33 % (P10).
- 11 % des établissements ont tous les dossiers conformes.

► Résultats complémentaires

Pour les dossiers des patients considérés comme atypiques, le taux moyen est de 76 %.

Indicateur « Surveillance du bilan phosphocalcique »

Description et mode d'évaluation

Les patients en dialyse doivent bénéficier d'une surveillance de leur calcémie et de leur phosphorémie tous les mois. Les professionnels du groupe de travail se sont accordés pour qu'une surveillance de la parathormone (PTH) soit réalisée tous les 3 mois.

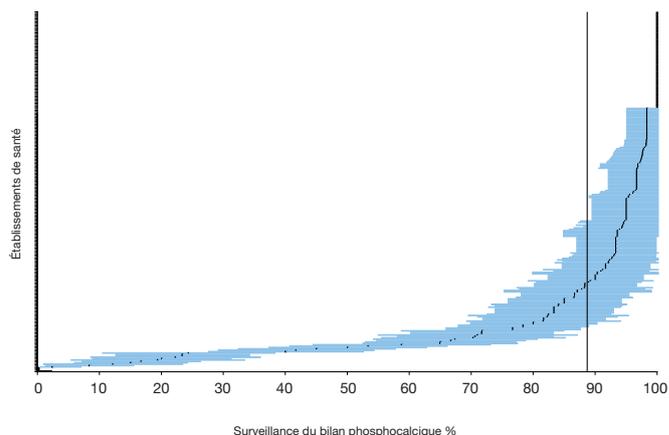
L'indicateur, présenté sous forme d'un taux, évalue la proportion de patients pour lesquels ont été réalisées une mesure de la phosphorémie et de la calcémie totale au cours du dernier mois et avant le début de la séance de dialyse et une mesure de la parathormone au cours des 3 derniers mois.

| | Fiche descriptive de l'indicateur : SURVEILLANCE DU BILAN PHOSPHOCALCIQUE |
|---|--|
| Libellé | Proportion de patients pour lesquels, ont été réalisées : <ul style="list-style-type: none"> • une mesure de la phosphorémie et de la calcémie totale au cours du dernier mois et avant le début de la séance de dialyse ; ET <ul style="list-style-type: none"> • une mesure de la PTH au cours des 3 derniers mois. |
| Numérateur | Nombre de patients pour lesquels sont retrouvées : <ul style="list-style-type: none"> • une mesure de la phosphorémie et de la calcémie réalisées au cours du dernier mois et avant le début de la séance ; ET <ul style="list-style-type: none"> • une mesure de la PTH réalisée au cours des 3 derniers mois. |
| Dénominateur | Nombre de patients inclus. |
| Type d'indicateur | Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non. |
| Recommandations (3), (5), (6), (7) | <p>« Serum calcium and phosphate should be measured in routine intervals and obtained immediately before the haemodialysis session starts. (Evidence level: C) The target range of serum phosphorus in dialysis patients should be 0.8–1.8 mmol/l (2.5–5.5 mg/dl) aiming for a normal Ca3P ion product (-55 mg2/dl2). (Evidence level: B) ».</p> <p>« In CKD patients with kidney failure (Stage 5) and those treated with hemodialysis or peritoneal dialysis, the serum levels of phosphorus should be maintained between 3.5 and 5.5 mg/dL (1.13 and 1.78 mmol/L). (EVIDENCE) »</p> <p>In CKD Patients With Kidney Failure (Stage 5): Serum levels of corrected total calcium should be maintained within the normal range for the laboratory used, preferably toward the lower end (8.4 to 9.5 mg/dL [2.10 to 2.37 mmol/L]). (OPINION) ».</p> <p>« Pre-dialysis serum phosphate should be between 1.1 and 1.8mmol/l. [...] Pre-dialysis serum calcium, adjusted for serum albumin, should be within the normal range, preferably below 2.5 mmol/l. ».</p> <p>La HAS recommande au stade de dialyse une surveillance biologique comprenant la calcémie et la phosphorémie toutes les 2 à 4 semaines ainsi que la PTH tous les 3 mois.</p> |

Analyse nationale

Tableau 5. Indicateur « Surveillance du bilan phosphocalcique » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013

| Campagne 2013 | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------|
| Ensemble des dossiers évalués | Nb d'ES | 304 |
| | Nb de dossiers | 14 507 |
| | Moyenne | 89 % |
| ES avec plus de 30 dossiers | Nb d'ES | 259 |
| | Nb de dossiers | 13 597 |
| | Min ES | 0 % |
| | Moyenne nationale | 89 % |
| | Max ES | 100 % |
| | 1 ^{er} quartile | 89 % |
| | Médiane | 96 % |
| 3 ^e quartile | 100 % | |



Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale.

Tableau 6. Indicateur « Surveillance du bilan phosphocalcique » – Causes de non-conformité à l'indicateur

| N = 14 507 | Mesure non retrouvée | Mesure retrouvée mais non datée | Mesure retrouvée mais non réalisée en début de séance | Mesure retrouvée mais non réalisée au cours du dernier mois | Mesure retrouvée mais non réalisée au cours des trois derniers mois |
|--------------|----------------------|---------------------------------|---|---|---|
| Calcémie | 0 % | 0 % | 1 % | 3 % | |
| Phosphorémie | 0 % | 0 % | 1 % | 3 % | |
| Parathormone | 1 % | 0 % | | | 7 % |

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Surveillance du bilan phosphocalcique »

- Le taux moyen national de patients pour lesquels sont retrouvées une mesure de la phosphorémie et de la calcémie, réalisée au cours du dernier mois et avant le début de la séance, et une mesure de la parathormone, réalisée au cours des 3 derniers mois, est de 89 %.
- La médiane des taux moyens par établissement est de 96 %, c'est-à-dire que, pour un établissement sur deux, une mesure de la phosphorémie et de la calcémie totale réalisée au cours du dernier mois et avant le début de la séance de dialyse et une mesure de la parathormone réalisée au cours des 3 derniers mois sont retrouvées dans plus de 9 dossiers sur 10.
- 10 % des établissements ont un taux moyen inférieur à 71 % (P10).
- 26 % des établissements ont tous les dossiers conformes.

► Résultats complémentaires

Parmi les dossiers analysés, la mesure de la calcémie retrouvée au cours du dernier mois et avant le début de la séance est de 96 % et la mesure de la phosphorémie également. En ce qui concerne la parathormone, la mesure retrouvée au cours des trois derniers mois est de 92 %.

Pour les dossiers des patients considérés comme atypiques, le taux moyen est de 85 %.

Indicateur « Réalisation des dosages en milieu de semaine »

Description et mode d'évaluation

Compte tenu de la variation volémique des patients durant leur cycle hebdomadaire de dialyse, la mesure de l'hémoglobine et par extension l'ensemble des mesures biologiques sanguines des concentrations doivent être réalisées, par convention, en milieu de semaine pour pouvoir les interpréter en regard des recommandations et suivre leurs évolutions.

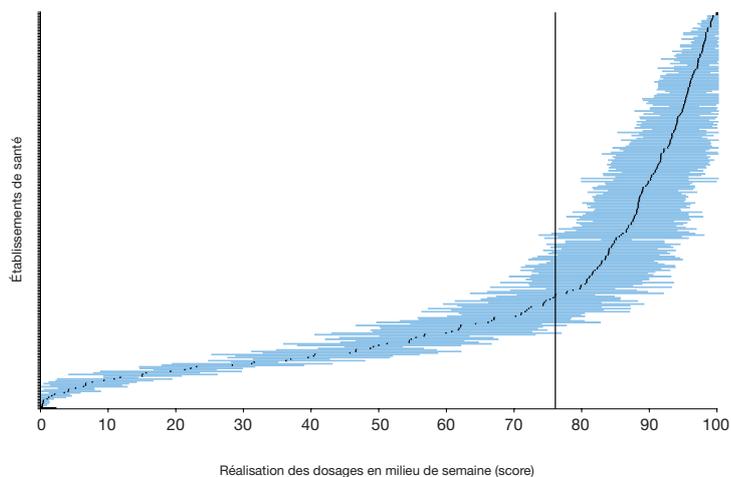
L'indicateur, présenté sous forme d'un taux, évalue la proportion d'examen biologiques réalisés en milieu de semaine, parmi les examens suivants, lorsqu'ils ont été réalisés : surveillance de l'anémie, évaluation du statut martial du patient et surveillance du bilan phosphocalcique.

| | Fiche descriptive de l'indicateur : RÉALISATION DES DOSAGES EN MILIEU DE SEMAINE |
|----------------------------|--|
| Libellé | Proportion d'examen biologiques réalisés en milieu de semaine, parmi les examens suivants, lorsqu'ils ont été réalisés : <ul style="list-style-type: none">● mesure de l'hémoglobine ;● mesure de la ferritinémie ;● détermination du coefficient de saturation de la transferrine ;● calcul du pourcentage d'hématies hypochromes ;● mesure de la teneur en hémoglobine des réticulocytes ;● mesure de la phosphorémie ;● mesure de la calcémie ; dosage de la PTH ;● mesure de l'albuminémie. |
| Score individuel | Un score individuel est calculé pour chaque dossier. Il correspond à la somme des dosages réalisés en milieu de semaine divisée par la somme des dosages applicables. |
| Score global | Le score global est calculé pour l'ensemble des dossiers. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x100). |
| Type d'indicateur | Indicateur de processus. Score composite. Ajustement sur le risque : non. |
| Recommandations (4) | « Pour les patients en hémodialyse, l'hémoglobinémie retenue est celle observée avant la dialyse du milieu de semaine (Accord professionnel) ». |

Analyse nationale

Tableau 7. Indicateur « Réalisation des dosages en milieu de semaine » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013

| Campagne 2013 | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------|
| Ensemble des dossiers évalués | Nb d'ES | 304 |
| | Nb de dossiers | 14 507 |
| | Moyenne | 75 % |
| ES avec plus de 30 dossiers | Nb d'ES | 259 |
| | Nb de dossiers | 13 595 |
| | Min ES | 0 |
| | Moyenne nationale | 76 % |
| | Max ES | 100 % |
| | 1 ^{er} quartile | 72 % |
| | Médiane | 88 % |
| | 3 ^e quartile | 95 % |



Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95%. La barre verticale est la moyenne nationale.

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Réalisation des dosages en milieu de semaine »

- Le taux moyen national d'examens biologiques réalisés en milieu de semaine, parmi les examens retrouvés dans les dossiers, est de 76 %.
- La médiane des taux moyens par établissement est de 88 %, c'est-à-dire que, pour un établissement sur deux, les examens biologiques réalisés en milieu de semaine sont retrouvés dans plus de 8 dossiers sur 10.
- La variabilité des résultats est importante puisque 10 % des établissements ont un taux moyen supérieur à 98 % (P90) et 10 % des établissements ont un taux moyen inférieur à 21 % (P10).

► Résultats complémentaires

Pour les dossiers des patients considérés comme atypiques le taux moyen est de 65 %.

Indicateur « Surveillance sérologique des hépatites »

Description et mode d'évaluation

Il est recommandé de pratiquer des sérologies VHB (virus de l'hépatite B) et VHC (virus de l'hépatite C) deux fois par an chez le patient dialysé.

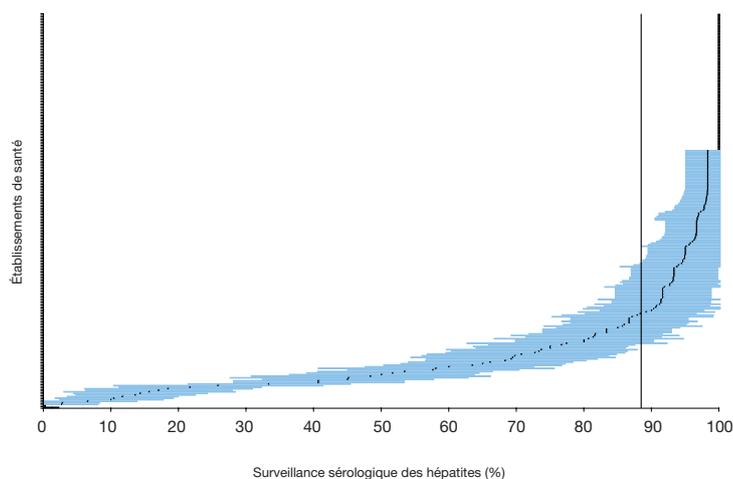
L'indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la proportion de patients non porteurs du virus HB et HC pour lesquels un bilan sérologique des hépatites B et C datant de moins de 6 mois a été retrouvé.

| | Fiche descriptive de l'indicateur : SURVEILLANCE SÉROLOGIQUE DES HÉPATITES |
|----------------------------|---|
| Libellé | Proportion de patients non porteurs du virus HB et HC pour lesquels un bilan sérologique de l'hépatite B et C datant de moins de 6 mois est retrouvé. |
| Numérateur | Nombre de patients pour lesquels est retrouvée une surveillance du statut sérologique de l'hépatite B et C datant de moins de 6 mois. |
| Dénominateur | Nombre de patients VHC-/VHB- inclus. |
| Type d'indicateur | Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non. |
| Recommandations (9) | <i>« En routine, le groupe de travail recommande de pratiquer :</i> <ul style="list-style-type: none">• <i>les sérologies VHB et VHC deux fois par an (ou PCR pour le VHC) ».</i> |

Analyse nationale

Tableau 8. Indicateur « Surveillance sérologique des hépatites » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013

| Campagne 2013 | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------|
| Ensemble des dossiers évalués | Nb d'ES | 304 |
| | Nb de dossiers | 14 312 |
| | Moyenne | 88 % |
| ES avec plus de 30 dossiers | Nb d'ES | 252 |
| | Nb de dossiers | 13 296 |
| | Min ES | 0 % |
| | Moyenne nationale | 88 % |
| | Max ES | 100 % |
| | 1 ^{er} quartile | 90 % |
| | Médiane | 97 % |
| | 3 ^e quartile | 100 % |



Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95%. La barre verticale est la moyenne nationale.

Tableau 9. Indicateur « Surveillance sérologique des hépatites » – Causes de non-conformité à l'indicateur

| N = 14 312 | Mesure non retrouvée | Mesure retrouvée mais non datée | Mesure retrouvée mais non réalisée au cours des 6 derniers mois |
|---------------|----------------------|---------------------------------|---|
| Sérologie VHB | 1 % | 0 % | 9 % |
| Sérologie VHC | 1 % | 0 % | 9 % |

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Surveillance sérologique des hépatites »

- Le taux moyen national de patients pour lesquels est retrouvé une surveillance du statut sérologique vis-à-vis des hépatites B et C datant de moins de 6 mois est de 88 %.
- La médiane des taux moyens par établissement est de 97 %, c'est-à-dire que, pour un établissement sur deux, la trace d'une surveillance du statut sérologique de l'hépatite B et C datant de moins de 6 mois est quasiment retrouvée pour l'ensemble des patients.
- 10 % des établissements ont un taux moyen inférieur à 58 % (P10).
- 34 % des établissements ont tous les dossiers conformes.

► Résultats complémentaires

Dans 94 % des dossiers étudiés, les patients ne sont pas porteurs des virus de l'hépatite B et/ou C.

Pour les dossiers des patients considérés comme atypiques, le taux moyen est de 85 %.

Indicateur « Appréciation de l'épuration – Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires »

Description et mode d'évaluation

Les patients anuriques doivent être dialysés au moins 3 fois par semaine et au moins 12 heures hebdomadaires. Les professionnels du groupe de travail ont pris la décision d'élargir l'indicateur à l'ensemble de la population hémodialysée.

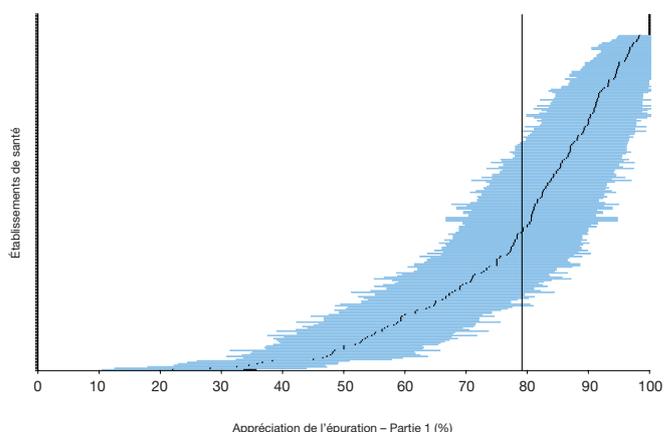
L'indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la proportion de patients ayant une prescription d'au moins 3 séances de dialyse d'une durée totale d'au moins 12 heures par semaine.

| | Fiche descriptive de l'indicateur : APPRÉCIATION DE L'ÉPURATION – PRESCRIPTION 3 SÉANCES ET 12 HEURES HEBDOMADAIRES |
|-----------------------------------|---|
| Libellé | Proportion de patients ayant une prescription d'au moins 3 séances de dialyse d'une durée totale d'au moins 12 heures par semaine, au cours de la semaine analysée. |
| Numérateur | Nombre de patients pour lesquels une prescription d'au moins 3 séances de dialyse d'une durée totale d'au moins 12 heures est retrouvée pour la semaine analysée. |
| Dénominateur | Nombre de patients inclus. |
| Type d'indicateur | Indicateurs de processus. Ajustement sur le risque : non. |
| Recommandations (10), (11) | <p>« <i>Dialysis should be delivered at least 3 times per week and the total duration should be at least 12 h per week, unless supported by significant renal function (Evidence level III)</i> <i>Delivered dialysis dose should be measured at least monthly. (Opinion)</i> <i>Dialysis dose should be measured using a validated method comparable with the reference method. The reference method is formal urea kinetic modelling using pre- and post-dialysis blood samples and taking ultrafiltration, urea generation and the post-dialysis rebound into account. (Opinion)</i> <i>For three times weekly dialysis, dose should be quoted as eKt/V. For schedules other than three times weekly, dose should take frequency into account and be quoted as weekly standard Kt/V (stdKt/V), solute removal index (SRI) or equivalent renal clearance (EKR). (Opinion)</i> <i>In anuric patients, treated by three times per week dialysis, the prescribed target eKt/V should be at least 1.2. Higher doses, up to 1.4 should be considered in females and those patients with high comorbidity. (Evidence level III) »</i></p> <p>« <i>The delivered dose of HD should be measured at regular intervals no less than monthly. (A)</i> <i>The dose of HD should be expressed as $(K_{urea} \times T_d)/V_{urea}$ (abbreviated as Kt/V), where K_{urea} is the effective (delivered) dialyzer urea clearance in milliliters per minute integrated over the entire dialysis, T_d is the time in minutes measured from beginning to end of dialysis, and V_{urea} is the patient's volume of urea distribution in milliliters. (B)</i> <i>The preferred method for measurement of the delivered dose is formal urea kinetic modeling. Other methods may be used provided they give similar results and do not significantly overestimate the modeled dose. (A)</i> <i>The target dose for HD given 3 times per week with K_r less than 2 mL/min/1.73 m² should be an spKt/V of 1.4 per dialysis not including RKF, or URR of 70%. (A) »</i></p> |

Analyse nationale

Tableau 10. Indicateur « Appréciation de l'épuration – Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013

| Campagne 2013 | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------|
| Ensemble des dossiers évalués | Nb d'ES | 304 |
| | Nb de dossiers | 13 391 |
| | Moyenne | 79 % |
| ES avec plus de 30 dossiers | Nb d'ES | 239 |
| | Nb de dossiers | 12 123 |
| | Min ES | 22 % |
| | Moyenne nationale | 79 % |
| | Max ES | 100 % |
| | 1 ^{er} quartile | 71 % |
| | Médiane | 83 % |
| 3 ^e quartile | 91 % | |



Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale.

Tableau 11. Indicateur « Appréciation de l'épuration – Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires » – Causes de non-conformité à l'indicateur

| Prescriptions des séances de dialyse non retrouvées | Prescriptions de moins de 3 séances de dialyse par semaine | Au moins une durée de dialyse prescrite manquante | Prescriptions de moins de 12 heures de dialyse par semaine |
|---|--|---|--|
| 0 % | 3 % | 0 % | 18 % |

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Appréciation de l'épuration – Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires »

- Le taux moyen national de patients pour lesquels est retrouvée une prescription d'au moins 3 séances de dialyse d'une durée totale d'au moins 12 heures hebdomadaires pour la semaine analysée est de 79 %.
- La médiane des taux moyens par établissement est de 83 %, c'est-à-dire que, pour un établissement sur deux, la trace d'une prescription d'au moins 3 séances de dialyse d'une durée totale d'au moins 12 heures par semaine est retrouvée pour plus de 8 patients sur 10.
- La variabilité des résultats est importante puisque 10 % des établissements ont un taux moyen supérieur à 97 % (P90) et 10 % des établissements ont un taux moyen inférieur à 55 % (P10).

► Résultats complémentaires

Pour les patients dialysés en centre, le taux moyen de prescriptions de 3 séances et 12 heures hebdomadaires est de 76 %, en unité de dialyse médicalisée et en autodialyse le taux est de 85 %. À domicile sur les 19 patients pour lesquels une prescription est retrouvée dans le dossier, pour 18 d'entre eux elle comporte 3 séances et 12 heures hebdomadaires.

Chez les patients avec diurèse résiduelle renseignée, 86 % des patients anuriques ont une prescription de dialyse supérieure ou égale à 12 heures contre 77 % pour les patients non anuriques.

Pour les dossiers des patients considérés comme atypiques, le taux moyen est de 65 %.

Indicateur « Appréciation de l'épuration – Mesure de la dose de dialyse »

Description et mode d'évaluation

La dose de dialyse est évaluée avec la cinétique de l'urée et doit être évaluée au moins une fois par mois.

L'indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la proportion de patients pour lesquels une mesure de

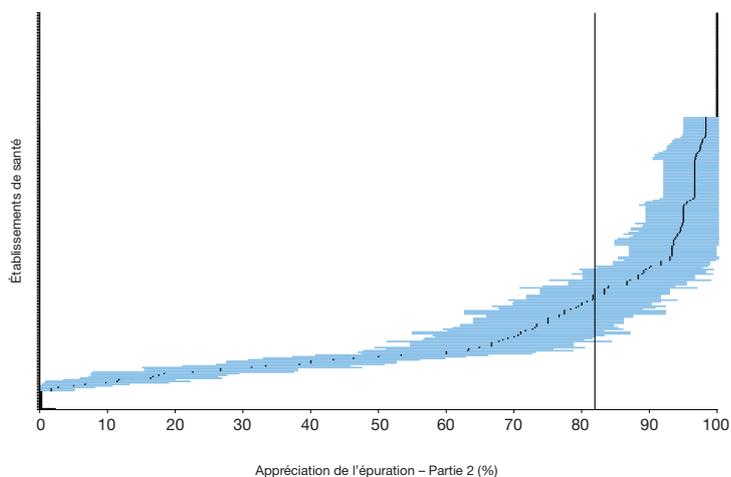
la dose de dialyse (Kt/V, KT, coefficient d'extraction de l'urée, taux de réduction de l'urée, taux de l'épuration de l'urée ou dialysance ionique) datant de moins d'un mois est retrouvée.

| | Fiche descriptive de l'indicateur : APPRÉCIATION DE L'ÉPURATION – MESURE DE LA DOSE DE DIALYSE |
|-----------------------------------|--|
| Libellé | Proportion de patients pour lesquels une mesure de la dose de dialyse (Kt/V, KT, coefficient d'extraction de l'urée, taux de réduction de l'urée, taux de l'épuration de l'urée ou dialysance ionique) datant de moins d'un mois est retrouvée. |
| Numérateur | Nombre de patients pour lesquels une mesure de la dose de dialyse datant de moins d'un mois est retrouvée. |
| Dénominateur | Nombre de patients inclus. |
| Type d'indicateur | Indicateurs de processus. Ajustement sur le risque : non. |
| Recommandations (10), (11) | <p>« Dialysis should be delivered at least 3 times per week and the total duration should be at least 12 h per week, unless supported by significant renal function (Evidence level III) Delivered dialysis dose should be measured at least monthly. (Opinion) Dialysis dose should be measured using a validated method comparable with the reference method. The reference method is formal urea kinetic modelling using pre- and post-dialysis blood samples and taking ultrafiltration, urea generation and the post-dialysis rebound into account. (Opinion) For three times weekly dialysis, dose should be quoted as eKt/V. For schedules other than three times weekly, dose should take frequency into account and be quoted as weekly standard Kt/V (stdKt/V), solute removal index (SRI) or equivalent renal clearance (EKR). (Opinion) In anuric patients, treated by three times per week dialysis, the prescribed target eKt/V should be at least 1.2. Higher doses, up to 1.4 should be considered in females and those patients with high comorbidity. (Evidence level III) »</p> <p>« The delivered dose of HD should be measured at regular intervals no less than monthly. (A) The dose of HD should be expressed as $(K_{urea} \times T_d)/V_{urea}$ (abbreviated as Kt/V), where K_{urea} is the effective (delivered) dialyzer urea clearance in milliliters per minute integrated over the entire dialysis, T_d is the time in minutes measured from beginning to end of dialysis, and V_{urea} is the patient's volume of urea distribution in milliliters. (B) The preferred method for measurement of the delivered dose is formal urea kinetic modeling. Other methods may be used provided they give similar results and do not significantly overestimate the modeled dose. (A) The target dose for HD given 3 times per week with K_r less than 2 mL/min/1.73 m² should be an spKt/V of 1.4 per dialysis not including RKF, or URR of 70%. (A) »</p> |

Analyse nationale

Tableau 12. Indicateur « Appréciation de l'épuration – Mesure de la dose de dialyse » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013

| Campagne 2013 | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------|
| Ensemble des dossiers évalués | Nb d'ES | 304 |
| | Nb de dossiers | 14 507 |
| | Moyenne | 82 % |
| ES avec plus de 30 dossiers | Nb d'ES | 259 |
| | Nb de dossiers | 13 597 |
| | Min ES | 0 % |
| | Moyenne nationale | 82 % |
| | Max ES | 100 % |
| | 1 ^{er} quartile | 77 % |
| | Médiane | 95 % |
| | 3 ^e quartile | 100 % |



Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale.

Tableau 13. Indicateur « Appréciation de l'épuration – Mesure de la dose de dialyse » – Causes de non-conformité à l'indicateur

| Mesure de la dose de dialyse non retrouvée | Mesure de la dose de dialyse retrouvée mais non datée | Mesure de la dose de dialyse retrouvée mais non réalisée au cours du dernier mois |
|--|---|---|
| 6 % | 0 % | 11 % |

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Appréciation de l'épuration – Mesure de la dose de dialyse »

- Le taux moyen national de patients pour lesquels une mesure de la dose de dialyse datant de moins d'un mois est retrouvée est de 82 %.
- La médiane des taux moyens par établissement est de 96 %, c'est-à-dire que, pour un établissement sur deux, une mesure de la dose de dialyse datant de moins d'un mois est quasiment retrouvée pour l'ensemble des patients.
- 10 % des établissements ont un taux moyen inférieur à 27 % (P10).
- 26 % des établissements ont tous leurs dossiers conformes.

Indicateur « Respect des prescriptions médicales de dialyse »

Description et mode d'évaluation

Les professionnels du groupe de travail sont d'accord sur l'intérêt d'évaluer la fréquence des séances raccourcies, non réalisées ou non conformes à la prescription.

L'indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la proportion d'avant-dernière et de dernière séances par

patient qui respectent les prescriptions médicales relatives au poids en fin de séance et à la durée de la séance au cours de la semaine analysée. Il s'agit d'un indicateur de résultat.

| | Fiche descriptive de l'indicateur : RESPECT DES PRESCRIPTIONS MÉDICALES DE DIALYSE |
|-----------------------------|--|
| Libellé | Proportion d'avant-dernière et dernière séances par patient respectant les prescriptions médicales relatives au poids en fin de séance et à la durée de la séance au cours de la semaine analysée. |
| Numérateur | Un score individuel est calculé pour chaque dossier. Il correspond à la somme des séances conformes divisée par la somme des séances applicables. |
| Dénominateur | Le score global est calculé pour l'ensemble des dossiers. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x 100). |
| Type d'indicateur | Indicateur de résultat. Score composite. Ajustement sur le risque : non. |
| Recommandations (11) | « <i>Efforts should be made to monitor and minimize the occurrence of missed or shortened treatments. (B)</i> » |

Suite à ce recueil il est important de noter que la notion de durée effectuée inférieure à la durée prescrite est un paramètre qui défavorise les centres équipés d'un enregistrement informatique des séances. En effet, dans ces centres, l'enregistrement d'une séance de 3h58 ou 3h59 entraîne un signalement de durée inférieure à la durée prescrite. Or ce type de signalement n'est pas fait dans les centres où le suivi des séances est manuel. Ceci explique les taux moyens nationaux élevés (8%) de durée inférieure à la durée prescrite. Les résultats obtenus par l'Alsace sur ce paramètre (voir [annexes](#)) illustrent bien le problème puisqu'il s'agit d'une région où les séances sont très informatisées.

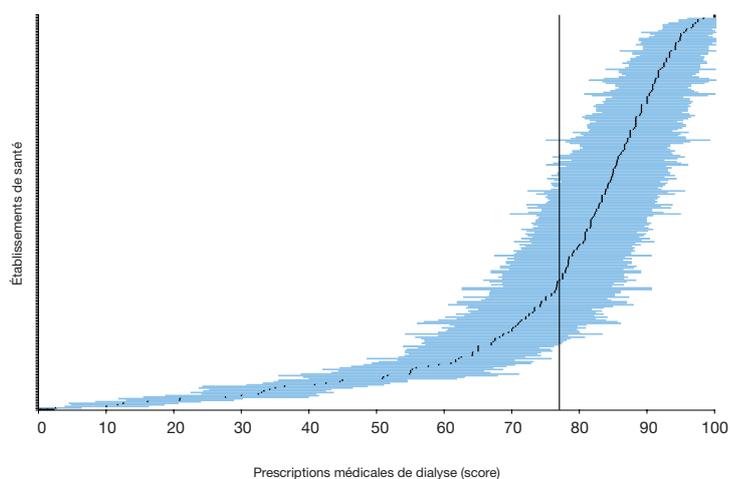
Certains générateurs soustraient le temps de non diffusion lié aux auto-tests durant la séance. Un patient qui est branché effectivement pendant 4 heures, peut en réalité n'avoir qu'un temps de dialyse de 3h50.

Cet indicateur devra être révisé pour de la prochaine campagne de recueil afin de prendre en compte ces points.

Analyse nationale

Tableau 14. Indicateur « Respect des prescriptions médicales de dialyse » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013

| Campagne 2013 | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------|
| Ensemble des dossiers évalués | Nb d'ES | 304 |
| | Nb de dossiers | 14 410 |
| | Moyenne | 77 % |
| ES avec plus de 30 dossiers | Nb d'ES | 257 |
| | Nb de dossiers | 13 471 |
| | Min ES | 0 % |
| | Moyenne nationale | 77 % |
| | Max ES | 100 % |
| | 1 ^{er} quartile | 73 % |
| | Médiane | 82 % |
| | 3 ^e quartile | 89 % |



Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95%. La barre verticale est la moyenne nationale.

Tableau 15. Indicateur « Respect des prescriptions médicales de dialyse » – Causes de non-conformité à l'indicateur

| N = 14 410 | Durée de dialyse prescrite non retrouvée | Poids sec prescrit non retrouvé | Durée de dialyse effectuée non retrouvée | Poids en fin de séance non retrouvé | Séance non effectuée ou non retrouvée | Durée effectuée inférieure à la durée prescrite | Variation du poids prescrit sur le poids en fin de séance supérieur à 1 % | |
|-----------------------|--|---------------------------------|--|-------------------------------------|---------------------------------------|---|---|------|
| | | | | | | | < | > |
| Avant dernière séance | 0 % | 0 % | 2 % | 2 % | 0 % | 8 % | 13 % | |
| | | | | | | | < | > |
| | | | | | | | 3 % | 10 % |
| Dernière séance | 0 % | 0 % | 2 % | 2 % | 0 % | 8 % | 11 % | |
| | | | | | | | < | > |
| | | | | | | | 3 % | 8 % |

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Respect des prescriptions médicales de dialyse »

- Le taux moyen national de patients pour lesquels les 2 dernières séances de dialyse respectent les prescriptions médicales relatives au poids en fin de séance et à la durée de la séance au cours de la semaine analysée est de 77 %.
- La médiane des taux moyens par établissement est de 82 %, c'est-à-dire que, pour un établissement sur deux, l'avant dernière et la dernière séances de dialyse qui respectent les prescriptions médicales relatives au poids en fin de séance et à la durée de la séance au cours de la semaine analysée sont retrouvées pour 8 patients sur 10.
- La variabilité des résultats est significative puisque 10 % des établissements ont un taux moyen supérieur à 93 % (P90) et 10 % des établissements ont un taux moyen inférieur à 55 % (P10).

► Résultats complémentaires

Pour les dossiers des patients considérés comme atypiques le taux moyen est de 68 %.

Indicateur « Surveillance nutritionnelle – Statut nutritionnel »

Description et mode d'évaluation

Les professionnels du groupe de travail se sont accordés sur le fait que les patients dialysés devraient être suivis tous les 6 mois sur le plan nutritionnel. Le dépistage de la dénutrition peut se faire par plusieurs outils dont l'indice de masse corporelle (IMC), le dosage de l'albumine sérique, le nPCR et la variation du poids sec en 6 mois.

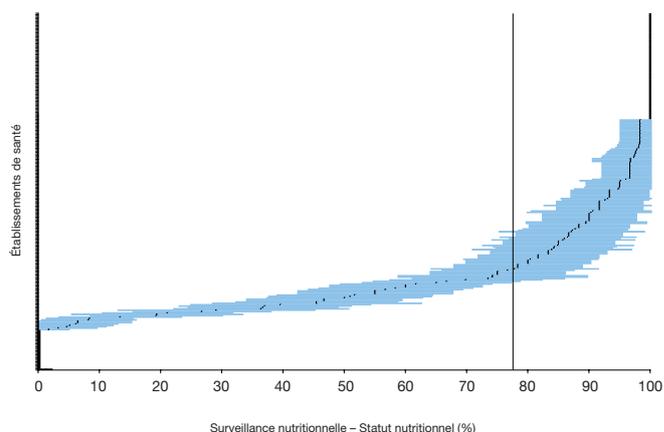
L'indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la proportion de patients pour lesquels une surveillance nutritionnelle datant de moins de 6 mois et comprenant l'évaluation de 3 critères parmi les 4 suivants : IMC, dosage de l'albumine (g/l), calcul du nPCR et pourcentage de la variation du poids sec dans les 6 derniers mois est retrouvée dans le dossier.

| | Fiche descriptive de l'indicateur : SURVEILLANCE NUTRITIONNELLE – STATUT NUTRITIONNEL |
|----------------------------|--|
| Libellé | Proportion de patients pour lesquels a été réalisée une surveillance nutritionnelle datant de moins de 6 mois et comprenant l'évaluation de 3 critères parmi les 4 suivants : <ul style="list-style-type: none"> ● indice de Masse Corporelle (IMC) ; ● dosage de l'albumine (g/l) ; ● calcul du nPCR ; ● pourcentage de la variation du poids sec dans les 6 derniers mois. |
| Numérateur | Nombre de patients pour lesquels 3 des 4 critères suivants sont retrouvés dans les 6 derniers mois : IMC, albuminémie, nPCR et/ou pourcentage de la variation du poids sec en 6 mois. |
| Dénominateur | Nombre de patients inclus. |
| Type d'indicateur | Indicateurs de processus. Ajustement sur le risque : non. |
| Recommandations (8) | <p>« In patients > 50 years of age, and patients undergoing maintenance dialysis for more than 5 years, nutritional status should be monitored every 3 months (Opinion). Malnutrition should be diagnosed by a number of assessment tools including (Opinion): - (A) Dietary assessment; - (B) Body mass index [...]; - (E) nPNA; - (F) Serum albumin. Haemodialysis patients should maintain a BMI >23.0 (Evidence level III) (F) Serum albumin and serum prealbumin - Serum albumin should be above 40 g/l by bromocresol green method (Evidence level III). - For other albumin assessment methods the target values should be adapted to the above (Opinion). (A) Dietary interviews - Stable and well-nourished haemodialysis patients should be interviewed by a qualified dietitian every 6–12 months or every 3 months if they are over 50 years of age or on haemodialysis for more than 5 years (Evidence level III). - Malnourished haemodialysis patients should undergo at least a 24h dietary recall more frequently until improved (Opinion). »</p> |

Analyse nationale

Tableau 16. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013

| Campagne 2013 | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------|
| Ensemble des dossiers évalués | Nb d'ES | 304 |
| | Nb de dossiers | 14 507 |
| | Moyenne | 78 % |
| ES avec plus de 30 dossiers | Nb d'ES | 259 |
| | Nb de dossiers | 13 597 |
| | Min ES | 0 % |
| | Moyenne nationale | 76 % |
| | Max ES | 100 % |
| | 1 ^{er} quartile | 67 % |
| | Médiane | 93 % |
| 3 ^e quartile | 100 % | |



Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale.

Tableau 17. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel » – Causes de non-conformité à l'indicateur

| N = 14 507 | Mesure non retrouvée | Mesure retrouvée mais non datée | Mesure retrouvée mais non réalisée au cours des six derniers mois |
|----------------------------------|----------------------|---------------------------------|---|
| IMC | 12 % | 2 % | 5 % |
| Albuminémie | 1 % | 0 % | 1 % |
| nPCR | 43 % | 0 % | 2 % |
| Variation du poids sec en 6 mois | 17 % | 5 % | 3 % |

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel »

- Le taux moyen national de patients pour lesquels 3 critères parmi les 4 proposés (IMC, dosage de l'albumine (g/l), calcul du nPCR et pourcentage de la variation du poids sec dans les 6 derniers mois) sont retrouvés au cours des 6 derniers mois est de 76 %.
- La médiane des taux moyens par établissement est de 93 %, c'est-à-dire que, pour un établissement sur deux, au cours des 6 derniers mois, l'évaluation de 3 critères parmi les 4 proposés est retrouvée dans plus de 9 dossiers sur 10.
- Dans 41 % des dossiers, les 4 critères proposés sont surveillés.

► Résultats complémentaires

Les mesures de moins de 6 mois sont retrouvées en moyenne pour l'albuminémie dans 98 % des dossiers, l'IMC dans 81 %, le pourcentage de variation du poids sec dans 75 % et le nPCR dans 55 % des dossiers.

Que les patients soient dialysés en centre, unité de dialyse médicalisée ou en autodialyse, le taux de surveillance de 3 critères parmi les 4 est globalement identique.

Pour les dossiers des patients considérés comme atypiques, le taux moyen est de 67 % des dossiers dans lesquels sont retrouvés au moins 3 des critères proposés dans les 6 derniers mois.

Indicateur « Surveillance nutritionnelle – Consultation diététicienne »

Description et mode d'évaluation

Les professionnels considèrent que les patients dépités présentant un risque nutritionnel doivent bénéficier d'une consultation avec une diététicienne. Sont considérés à risque les patients dont 2 des critères suivant sont en dehors des cibles : IMC (indice de masse corporelle) < 23, albuminémie < 38 g/l [méthode vert de

bromocrésol] ou < 35 g/l [méthode de néphélométrie] ou nPCR < 0,8 g/kg/j ou perte de poids sec en 6 mois > 10%.

L'indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la proportion de patients à risque pour lesquels la trace d'une consultation diététicienne réalisée ou programmée dans les 3 mois suivant ces résultats est retrouvée.

| Fiche descriptive de l'indicateur : SURVEILLANCE NUTRITIONNELLE – CONSULTATION DIÉTÉTICIENNE | |
|--|---|
| Libellé | Proportion de patients à risque* pour lesquels la trace d'une consultation avec une diététicienne réalisée ou programmée dans les 3 mois suivant ces résultats est retrouvée. * si 2 critères sont en dehors des cibles : IMC < 23, albuminémie < 38 g/l (méthode vert de bromocrésol) ou < 35 g/l (méthode de néphélométrie) ou nPCR < 0,8 g/kg/j ou perte de poids sec en 6 mois > 10%. |
| Numérateur | Nombre de patients pour lesquels la trace d'une consultation avec une diététicienne, réalisée ou programmée, est retrouvée dans les 3 mois suivant les résultats de deux critères en dehors des cibles. |
| Dénominateur | Nombre de patients inclus qui ont eu : <ul style="list-style-type: none"> • une surveillance nutritionnelle datant de moins de 6 mois ET • dont les résultats de 2 des critères sont en dehors des cibles. |
| Type d'indicateur | Indicateurs de processus. Ajustement sur le risque : non. |
| Recommandations (8) | « In patients > 50 years of age, and patients undergoing maintenance dialysis for more than 5 years, nutritional status should be monitored every 3 months (Opinion). Malnutrition should be diagnosed by a number of assessment tools including (Opinion): - (A) Dietary assessment; - (B) Body mass index ; - (E) nPNA; - (F) Serum albumin [Haemodialysis patients should maintain a BMI >23.0 (Evidence level III) (F) Serum albumin and serum prealbumin - Serum albumin should be above 40 g/l by bromocresol green method (Evidence level III). - For other albumin assessment methods the target values should be adapted to the above (Opinion). (A) Dietary interviews - Stable and well-nourished haemodialysis patients should be interviewed by a qualified dietitian every 6–12 months or every 3 months if they are over 50 years of age or on haemodialysis for more than 5 years (Evidence level III). - Malnourished haemodialysis patients should undergo at least a 24h dietary recall more frequently until improved (Opinion). » |

Analyse nationale

Tableau 18. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Consultation diététicienne » – Statistiques descriptives en 2013

| Campagne 2013 | |
|-----------------------|------|
| Nbre d'établissements | 304 |
| Nbre de dossiers | 2540 |

Parmi les dossiers pour lesquels une évaluation du statut nutritionnel du patient a été réalisée (évaluation de 3 critères parmi les 4 suivants : IMC, dosage de l'albumine, calcul du nPCR, pourcentage de la variation du poids sec) dans les 6 derniers mois, 2540 patients, soit 17,5 %, sont considérés à risque (2 critères évalués en dehors des cibles).

Seuls 2 établissements disposaient de plus 30 dossiers de patients à risque, aussi nous ne définissons pas de référence nationale, ni régionale, ni de comparaison inter établissement.

Résultats : parmi les 17,5 % de patients à risque (2540 dossiers) une demande de consultation ou une consultation ont été retrouvés dans 27 % des dossiers (690).

Tableau 19. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Consultation diététicienne » – Causes de non-conformité à l'indicateur

| N = 2540 | Non retrouvée | Retrouvée mais non datée | Retrouvée mais non réalisée les trois mois suivant les résultats |
|---|---------------|--------------------------|--|
| Trace d'une consultation diététicienne réalisée ou programmée | 60 % | 2 % | 11 % |

Indicateur « Évaluation de l'accès à la transplantation »

Description et mode d'évaluation

Tout patient dialysé doit être évalué pour la transplantation rénale.

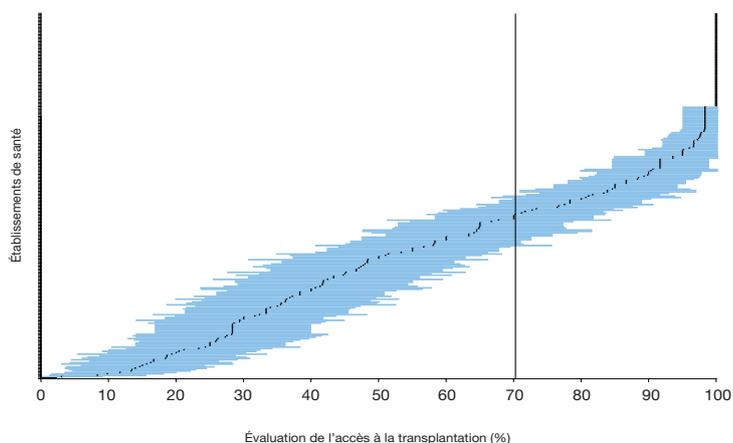
L'indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la proportion de patients ayant une évaluation de l'accès à la transplantation.

| | Fiche descriptive de l'indicateur : ÉVALUATION DE L'ACCÈS À LA TRANSPLANTATION |
|-----------------------------------|---|
| Libellé | Proportion de patients ayant une évaluation de l'accès à la transplantation. |
| Numérateur | Nombre de patients pour lesquels le dossier comporte la trace de l'évaluation de l'accès à la transplantation. |
| Dénominateur | Nombre de patients inclus. |
| Type d'indicateur | Indicateurs de processus. Ajustement sur le risque : non. |
| Recommandations (12), (13) | <p>« All patients with end-stage renal disease (ESRD) should be considered for renal transplantation unless they have absolute contra-indications, because renal transplantation offers a better life expectancy and quality of life than dialysis (Evidence level A)</p> <p>Due to possible rapid change in the waiting recipient's medical condition, an update at regular intervals is recommended to avoid unexpected risks at the time of an offer of transplantation (Evidence level C)</p> <p>Assessment may be performed every 6-12 months depending on the age and condition of the recipient (Evidence level C) »</p> <p>« All CKD 5 patients and CKD 4 patients with progressive disease should have their suitability for transplantation assessed annually and appropriate patients should be referred to a transplant centre. When transplantation is considered inappropriate the reason(s) should be documented. Patients should be placed on, or removed from the waiting list only after discussion and agreement with the nephrologist, transplant surgeon and the patient themselves according to local practice. »</p> |

Analyse nationale

Tableau 20. Indicateur « Évaluation de l'accès à la transplantation » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013

| Campagne 2013 | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------|
| Ensemble des dossiers évalués | Nb d'ES | 304 |
| | Nb de dossiers | 14 507 |
| | Moyenne | 70 % |
| ES avec plus de 30 dossiers | Nb d'ES | 259 |
| | Nb de dossiers | 13 597 |
| | Min ES | 0 % |
| | Moyenne nationale | 70 % |
| | Max ES | 100 % |
| | 1 ^{er} quartile | 40 % |
| | Médiane | 81 % |
| | 3 ^e quartile | 100 % |



Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95%. La barre verticale est la moyenne nationale.

Tableau 21. Indicateur « Évaluation de l'accès à la transplantation »

| | Proportion de patients ayant une évaluation de l'accès à la transplantation |
|---|---|
| Pour les patients âgés de moins de 70 ans | 82 % |
| Pour les patients âgés de plus de 70 ans | 60 % |

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Évaluation de l'accès à la transplantation »

- Le taux moyen national de patients pour lesquels le dossier comporte la trace de l'évaluation de l'accès à la transplantation est de 70 %.
- La médiane des taux moyens par établissement est de 81 %, c'est-à-dire que, pour un établissement sur deux, la trace de l'évaluation de l'accès à la transplantation est retrouvée dans 8 dossiers sur 10.
- 10 % des établissements ont un taux moyen inférieur à 25 % (P10).
- 25 % des ES ont tous leurs dossiers conformes

► Résultats complémentaires

Chez les patients âgés de moins de 50 ans, l'évaluation de l'accès à la transplantation est présente dans 90 % des dossiers, elle est présente dans 60 % des dossiers des plus de 70 ans.

Cette évaluation est présente dans plus de 75 % des dossiers de patients dialysés en unité de dialyse médicalisée et en autodialyse, elle l'est dans 68 % de ceux dialysés en centre.

Pour les dossiers des patients considérés comme atypiques, le taux moyen est de 72 %.

Indicateurs « Évaluation de l'abord vasculaire »

Description et mode d'évaluation

La fistule artério-veineuse native doit être la voie d'abord de choix pour l'hémodialyse lorsqu'elle est possible. La fistule prothétique est à préférer au cathéter, qui doit être évité autant que possible.

Cette mesure comporte 2 indicateurs :

- Indicateur « Évaluation de l'abord vasculaire – Fistule artério-veineuse », présenté sous la forme d'un taux, évalue la proportion de patients hémodialysés sur fistule artério-veineuse.

- Indicateur « Évaluation de l'abord vasculaire – Fistule artério-veineuse native », présenté sous la forme d'un taux, évalue parmi les patients hémodialysés sur fistule artério-veineuse ceux pour lesquels il s'agit d'une fistule artério-veineuse native.

| Fiche descriptive des indicateurs : ÉVALUATION DE L'ABORD VASCULAIRE | |
|---|--|
| Libellé | Proportion de patients dialysés sur fistule artério-veineuse. |
| Évaluation de l'abord vasculaire – Fistule artério-veineuse | |
| Numérateur | Nombre de patients dialysés sur une fistule artério-veineuse. |
| Dénominateur | Nombre de patients inclus. |
| Évaluation de l'abord vasculaire – Fistule artério-veineuse native | |
| Numérateur | Nombre de patients dialysés sur une fistule artério-veineuse native. |
| Dénominateur | Nombre de patients dialysés sur une fistule artério-veineuse. |
| Type d'indicateur | Indicateurs de processus. Ajustement sur le risque : non. |
| Recommandations (14), (15) | « <i>Autogenous arteriovenous fistulae should be preferred over AV (Arterio-Venous) grafts and AV grafts should be preferred over catheters (Evidence level III)</i> ». « <i>The order of preference for placement of fistulae in patients with kidney failure who choose HD as their initial mode of KRT should be (in descending order of preference)</i> - Preferred: <i>Fistulae.</i> (B) - Acceptable: <i>AVG (Arterio-Venous Graft) of synthetic or biological material, such as:</i> (B) - Avoid if possible: <i>Long-term catheters.</i> (B) » |

Analyse nationale

Tableau 22. Indicateur « Évaluation de l'abord vasculaire » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013

Dossiers de patients dialysés
sur fistule artério-veineuse

| Campagne 2013 | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------|
| Ensemble des dossiers évalués | Nb d'ES | 304 |
| | Nb de dossiers | 13 391 |
| | Moyenne | 87 % |
| ES avec plus de 30 dossiers | Nb d'ES | 239 |
| | Nb de dossiers | 12 123 |
| | Min ES | 47 % |
| | Moyenne nationale | 87 % |
| | Max ES | 100 % |
| | 1 ^{er} quartile | 79 % |
| | Médiane | 90 % |
| 3 ^e quartile | 96 % | |

Dossiers de patients dialysés
sur fistule artério-veineuse native

| Campagne 2013 | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------|
| Ensemble des dossiers évalués | Nb d'ES | 304 |
| | Nb de dossiers | 11 659 |
| | Moyenne | 93 % |
| ES avec plus de 30 dossiers | Nb d'ES | 209 |
| | Nb de dossiers | 9 757 |
| | Min ES | 56 % |
| | Moyenne nationale | 92 % |
| | Max ES | 100 % |
| | 1 ^{er} quartile | 87 % |
| | Médiane | 95 % |
| 3 ^e quartile | 100 % | |

► Résultats complémentaires

Sur les 13 391 dossiers évalués, le taux moyen de patients dialysés sur fistule-artério veineuse est de 87 % et parmi eux 93 % sont porteurs d'une fistule artério-veineuse native.

Pour les dossiers des patients considérés comme atypiques, le taux moyen de patients dialysés sur fistule artério-veineuse est de 76 %.

Distribution des établissements de santé par rapport à la moyenne nationale

Le tableau ci-dessous présente pour chaque indicateur Dialyse, la distribution des établissements par rapport à la moyenne nationale.

Tableau 23. Distribution par rapport à la moyenne nationale - Campagne 2013

| | Moyenne nationale (en %) | |  |  |  |
|---|--------------------------|--------------------|---|---|---|
| Maîtrise de l'anémie | 66 % | Nbre de structures | 34 | 182 | 23 |
| | | % de structures | 14 % | 76 % | 10 % |
| Surveillance du statut martial du patient traité par ASE | 73 % | Nbre de structures | 109 | 61 | 63 |
| | | % de structures | 47 % | 26 % | 27 % |
| Surveillance du bilan phosphocalcique | 89 % | Nbre de structures | 132 | 95 | 32 |
| | | % de structures | 51 % | 37 % | 12 % |
| Réalisation des dosages en milieu semaine | 76 % | Nbre de structures | 150 | 55 | 54 |
| | | % de structures | 58 % | 21 % | 21 % |
| Surveillance sérologique des hépatites | 88 % | Nbre de structures | 159 | 53 | 40 |
| | | % de structures | 63 % | 21 % | 16 % |
| Appréciation de l'épuration – Prescription 3 séances et 12h hebdomadaires | 79 % | Nbre de structures | 83 | 110 | 46 |
| | | % de structures | 35 % | 46 % | 19 % |
| Appréciation de l'épuration – Mesure dose dialyse | 82 % | Nbre de structures | 165 | 48 | 46 |
| | | % de structures | 64 % | 19 % | 18 % |
| Respect des prescriptions médicales de dialyse | 77 % | Nbre de structures | 92 | 123 | 42 |
| | | % de structures | 36 % | 48 % | 16 % |
| Surveillance nutritionnelle – Statut nutritionnel | 76 % | Nbre de structures | 157 | 38 | 64 |
| | | % de structures | 61 % | 15 % | 25 % |
| Surveillance nutritionnelle – Consultation diététicienne | | Nbre de structures | 0 | 2 | 0 |
| Évaluation de l'accès à la transplantation | 70 % | Nbre de structures | 129 | 36 | 94 |
| | | | 50 % | 14 % | 36 % |

Bilan et perspectives

Les résultats de cette première campagne de recueil des indicateurs sur la « Qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques » n'ayant pas vocation à être diffusés publiquement, la communication se fera cette année à partir des seuls résultats agrégés présentés dans ce rapport.

Ces résultats sont issus d'une analyse de dossiers de patients adultes hémodialysés dans la même structure depuis au moins 9 mois au moment du recueil. Leur analyse permet plusieurs constats.

► Le taux de participation des structures est important

Il est de 95 % des structures ayant une autorisation d'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra rénale.

► La pertinence des indicateurs généralisés est confirmée

La variabilité inter-établissements des résultats est importante pour chacun des indicateurs et les résultats montrent une marge d'amélioration réelle.

La **surveillance de l'anémie**, mesure dans les 2 derniers mois et résultats dans les cibles thérapeutiques, est retrouvée dans plus de 6 dossiers sur 10. C'est un indicateur de résultat qui contrôle la qualité de la surveillance et de la maîtrise de l'anémie.

Les Sociétés savantes de Néphrologie ont exprimé des réserves importantes sur les résultats de cet indicateur dans la mesure où de nouvelles recommandations internationales de bonnes pratiques, publiées au moment du recueil, n'ont pu être prises en compte dans l'élaboration de l'indicateur. Par ailleurs, cet indicateur de résultat devra lors de la prochaine campagne de recueil, prendre en compte les concentrations d'hémoglobine acceptables pour l'ensemble de la population et pas seulement les concentrations cibles.

La **surveillance du statut martial** du patient traité par ASE est retrouvée dans plus de 7 dossiers sur 10.

La **surveillance du bilan phosphocalcique** est retrouvée pour près de 9 dossiers sur 10.

La **réalisation de ces examens biologiques en milieu de semaine** est présente dans près de 8 dossiers sur 10.

La **surveillance de la sérologie des hépatites** dans les 6 mois précédant l'évaluation est retrouvée dans près de 9 dossiers sur 10.

Pour près de 8 patients sur 10 les **prescriptions de dialyse** sont d'au moins **3 séances par semaine et 12 heures hebdomadaires**. Et la mesure de la **dose de dialyse** est retrouvée dans plus de 8 dossiers sur 10.

Les **prescriptions médicales de dialyse** relatives au poids en fin de séance et à la durée de la séance sont respectées pour près de 8 patients sur 10. C'est un indicateur de résultat qui contrôle le respect des prescriptions médicales.

Les Sociétés savantes de Néphrologie ont exprimé des réserves sur les résultats de cet indicateur qui devra prendre en compte à l'avenir le fait que certains générateurs d'hémodialyse décomptent du temps de séance le temps utilisé pour les auto-tests des générateurs. Le recueil des temps de séance n'est donc pas homogène actuellement.

La **surveillance de l'état nutritionnel** des patients dans les 6 derniers mois est retrouvée dans près de 8 dossiers sur 10, et le nombre de patients à risque de dénutrition est de moins de 2 patients sur 10 parmi ces dossiers.

Pour 7 patients sur 10 l'**évaluation de l'accès à la transplantation** est retrouvée dans le dossier.

Près de 9 patients sur 10 sont dialysés sur **fistule artério-veineuse** et parmi eux 93% ont des fistules artério-veineuses natives.

► Les dossiers de patients considérés comme atypiques présentent des résultats différents pour la plupart des indicateurs

Les dossiers des patients considérés comme atypiques ont des résultats inférieurs aux autres dossiers de 10

points et plus pour maîtrise de l'anémie, surveillance de l'état nutritionnel, réalisation des examens biologiques en milieu de semaine, prescriptions de dialyse d'au moins 3 séances par semaine et 12 heures hebdomadaires et dialyse sur fistule artério-veineuse. En ce qui concerne la surveillance du bilan phosphocalcique et la surveillance de la sérologie des hépatites ces dossiers présentent des taux inférieurs mais très proches des taux moyens des autres dossiers. Pour la surveillance du statut martial du patient traité par ASE et l'évaluation de l'accès à la transplantation, les taux des dossiers de ces patients sont proches des autres dossiers mais un peu supérieurs.

► Résultats par tranche d'âges

L'évaluation de la surveillance biologique des patients comporte 4 indicateurs, 3 sont des indicateurs de processus, ils mesurent la réalisation des bilans ; pour ces 3 indicateurs il n'y a pas de différences notables du taux de conformité selon les tranches d'âge.

La surveillance nutritionnelle – statut nutritionnel est moins bien retrouvée dans les dossiers des patients plus jeunes, 68 % des dossiers des patients de moins de 25 ans (environ 1 % des dossiers analysés), elle est présente dans 74 à 78 % dans les autres tranches d'âge, la moyenne tous âges confondus étant de 77 %.

La prescription de 3 séances et 12 heures hebdomadaires d'hémodialyse (recommandations professionnelles) est retrouvée dans plus de 87 % des dossiers de patients âgés de moins de 60 ans, dans plus de 85 % des dossiers des patients âgés de 60 à 69 ans, 83 % pour la tranche d'âge 70/74 ans, 77 % chez les 75/79 ans, 70 % chez les 80/84 ans et 58 % chez les plus de 85 ans, la moyenne tous âges confondus étant de 79 %.

L'évaluation de l'accès à la transplantation est retrouvée dans 91 % des dossiers des moins de 25 ans, 90 % dans la tranche d'âge 26/49 ans, 84 % dans celle des 50/59 ans, 75 % dans la tranche d'âge des 60/69 ans, 65 % dans celle des 70/74 ans, 60 % pour la tranche 75/79 ans, 58 % pour les 80/84 ans et 57 % pour les 85 ans et plus. La moyenne tous âges confondus étant de 70 %.

► Résultats par modalités d'hémodialyse

L'évaluation de l'accès à la transplantation est présente dans plus de 75 % des dossiers de patients dialysés en unité de dialyse médicalisée et en autodialyse, elle l'est dans 68 % de ceux dialysés en centre, pour les patients dialysés à domicile parmi les 23 dossiers analysés elle est présente dans 21 d'entre eux.

Pour les patients dialysés en centre le taux moyen de prescription de 3 séances et 12 heures hebdomadaires est de 76 %, en unité de dialyse médicalisée et en autodialyse le taux est de 85 %, à domicile sur les 19 patients pour lesquels une prescription est retrouvée dans le dossier pour 18 d'entre eux elle comporte 3 séances et 12 heures hebdomadaire.

Que les patients soient dialysés en centre, unité de dialyse médicalisée ou en autodialyse, le taux de surveillance de la nutrition est globalement identique, pour les patients dialysés à domicile sur les 23 dossiers analysés cette surveillance n'est tracée que dans 12 d'entre eux.

► Perspectives

Les recommandations professionnelles de prise en charge de l'anémie chez les patients hémodialysés sont en cours de révision, aussi l'indicateur contrôle de l'anémie, indicateur de résultat, doit continuer à être surveillé, il permettra de suivre la mise en œuvre de ces recommandations.

Le prochain recueil des indicateurs sur la « Qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques » sera mis en œuvre par la HAS en 2015. Les résultats (tout ou partie) de ce deuxième recueil seront diffusés publiquement, conformément à la loi HPST.

Table des illustrations

| | |
|---|----|
| Caractéristiques des indicateurs | 6 |
| Graphique 1. Les indicateurs du thème « Qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques » – Campagne 2013 | 5 |
| Graphique 2. Sexe du patient - Campagne 2013 | 43 |
| Graphique 3. Répartition de l'âge des patients - Campagne 2013 | 43 |
| Tableau 1. Indicateur « Maîtrise de l'anémie » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013 | 13 |
| Tableau 2. Indicateur « Maîtrise de l'anémie » – Causes de non-conformité à l'indicateur | 13 |
| Tableau 3. Indicateur « Surveillance du statut martial du patient traité par ASE » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013 | 15 |
| Tableau 4. Indicateur « Surveillance du statut martial du patient traité par ASE » – Causes de non-conformité à l'indicateur | 15 |
| Tableau 5. Indicateur « Surveillance du bilan phosphocalcique » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013 | 17 |
| Tableau 6. Indicateur « Surveillance du bilan phosphocalcique » – Causes de non-conformité à l'indicateur | 17 |
| Tableau 7. Indicateur « Réalisation des dosages en milieu de semaine » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013 | 19 |
| Tableau 8. Indicateur « Surveillance sérologique des hépatites » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013 | 21 |
| Tableau 9. Indicateur « Surveillance sérologique des hépatites » – Causes de non-conformité à l'indicateur | 21 |
| Tableau 10. Indicateur « Appréciation de l'épuration – Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013 | 23 |
| Tableau 11. Indicateur « Appréciation de l'épuration – Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires » – Causes de non-conformité à l'indicateur | 23 |
| Tableau 12. Indicateur « Appréciation de l'épuration – Mesure de la dose de dialyse » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013 | 25 |
| Tableau 13. Indicateur « Appréciation de l'épuration – Mesure de la dose de dialyse » – Causes de non-conformité à l'indicateur | 25 |
| Tableau 14. Indicateur « Respect des prescriptions médicales de dialyse » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013 | 27 |
| Tableau 15. Indicateur « Respect des prescriptions médicales de dialyse » – Causes de non-conformité à l'indicateur | 27 |
| Tableau 16. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013 | 29 |
| Tableau 17. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel » – Causes de non-conformité à l'indicateur | 29 |
| Tableau 18. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Consultation diététicienne » – Statistiques descriptives en 2013 | 31 |
| Tableau 19. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Consultation diététicienne » – Causes de non-conformité à l'indicateur | 31 |
| Tableau 20. Indicateur « Évaluation de l'accès à la transplantation » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013 | 33 |
| Tableau 21. Indicateur « Évaluation de l'accès à la transplantation » | 33 |
| Tableau 22. Indicateur « Évaluation de l'abord vasculaire » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013 | 35 |
| Tableau 23. Distribution par rapport à la moyenne nationale - Campagne 2013 | 36 |
| Tableau 24. Effectifs de la campagne 2013 | 45 |
| Tableau 25. Nombre d'établissements pris en compte pour le calcul de la moyenne – Campagne 2013 | 45 |
| Tableau 26. Distribution par rapport à la moyenne nationale – Campagne 2013 | 46 |
| Tableau 27. Indicateur « Maîtrise de l'anémie » – Moyennes régionales en 2013 | 47 |
| Tableau 28. Indicateur « Surveillance du statut martial du patient traité par ASE » – Moyennes régionales en 2013 | 48 |
| Tableau 29. Indicateur « Surveillance du bilan phosphocalcique » – Moyennes régionales en 2013 | 49 |
| Tableau 30. Indicateur « Réalisation des dosages en milieu de semaine » – Moyennes régionales en 2013 | 50 |
| Tableau 31. Indicateur « Surveillance sérologique des hépatites » – Moyennes régionales en 2013 | 51 |
| Tableau 32. Indicateur « Appréciation de l'épuration – Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires » – Moyennes régionales en 2013 | 52 |
| Tableau 33. Indicateur « Appréciation de l'épuration – Mesure dose dialyse » – Moyennes régionales en 2013 | 53 |
| Tableau 34. Indicateur « Respect des prescriptions médicales de dialyse » – Moyennes régionales en 2013 | 54 |
| Tableau 35. Indicateur « Surveillance nutritionnelle – Statut nutritionnel » – Moyennes régionales en 2013 | 55 |
| Tableau 36. Indicateur « Surveillance nutritionnelle – Consultation diététicienne » – Moyennes régionales en 2013 | 56 |
| Tableau 37. Indicateur « Évaluation de l'accès à la transplantation » – Moyennes régionales en 2013 | 57 |
| Tableau 38. Indicateur « Évaluation de l'abord vasculaire – Fistule artério-veineuse » – Moyennes régionales en 2013 | 58 |
| Tableau 39. Indicateur « Évaluation de l'abord vasculaire – Fistule artério-veineuse native » – Moyennes régionales en 2013 | 59 |
| Tableau 40. Indicateur « Maîtrise de l'anémie » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013 | 60 |
| Tableau 41. Indicateur « Surveillance du statut martial du patient traité par ASE » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013 | 60 |
| Tableau 42. Indicateur « Surveillance du bilan phosphocalcique » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013 | 60 |
| Tableau 43. Indicateur « Réalisation des dosages en milieu de semaine » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013 | 61 |
| Tableau 44. Indicateur « Surveillance sérologique des hépatites » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013 | 61 |
| Tableau 45. Indicateur « Appréciation de l'épuration – Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013 | 61 |
| Tableau 46. Indicateur « Appréciation de l'épuration – Dose de dialyse » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013 | 62 |
| Tableau 47. Indicateur « Respect des prescriptions médicales de dialyse » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013 | 62 |
| Tableau 48. Indicateur « Surveillance nutritionnelle- Statut nutritionnel » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013 | 62 |
| Tableau 49. Indicateur « Surveillance nutritionnelle – Consultation diététicienne » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013 | 63 |
| Tableau 50. Indicateur « Évaluation de l'accès à la transplantation » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013 | 63 |
| Tableau 51. Indicateur « Évaluation de l'abord vasculaire – Fistule artério-veineuse » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013 | 63 |
| Tableau 52. Indicateur « Évaluation de l'abord vasculaire – Fistule artério-veineuse native » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013 | 64 |

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 ($\times 100$) [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 ». |

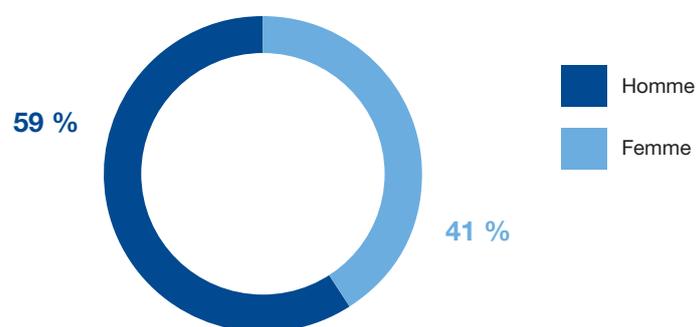
Indicateurs de type délai

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

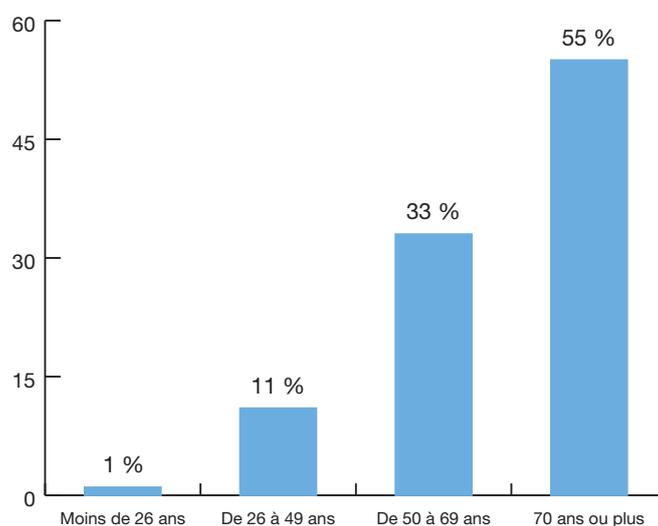
Annexe II. Résultats complémentaires

► Population de la base

Graphique 2. Sexe du patient - Campagne 2013



Graphique 3. Répartition de l'âge des patients - Campagne 2013



► Répartition par âge

| | Moins de 26 ans | 26 à 49 ans | 50 à 59 ans | 60 à 69 ans | 70 à 74 ans | 75 à 79 ans | 80 à 84 ans | Plus de 85 ans |
|-------------------------|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------------|
| Nombre de dossiers | 101 | 1 604 | 1 856 | 2 995 | 1 756 | 2 274 | 2 244 | 1 677 |
| Pourcentage de dossiers | 0,7 % | 11 % | 12,8 % | 20,6 % | 12,1 % | 15,7 % | 15,5 % | 11,5 % |

► Répartition des modalités d'hémodialyse selon l'âge

| | Centre | Unité de Dialyse Médicalisée | Autodialyse | Domicile | Total |
|-----------------|------------------|------------------------------|----------------|-------------|---------------|
| Moins de 25 ans | 60 59,41 % | 20 19,80 % | 21 20,79 % | 0 | 101 |
| 26-49 | 922 57,48 % | 296 18,45 % | 378 23,57 % | 8 0,50 % | 1 604 |
| 50-59 | 1 197 64,49 % | 326 17,56 % | 327 17,62 % | 6 0,32 % | 1 856 |
| 60-69 | 2 232 74,52 % | 404 13,49 % | 354 11,82 % | 5 0,17 % | 2 995 |
| 70-74 | 1 393 79,33 % | 204 11,62 % | 157 8,94 % | 2 0,11 % | 1 756 |
| 75-79 | 1 840 80,91 % | 272 11,96 % | 162 7,12 % | 0 | 2 274 |
| 80-84 | 1 897 84,54 % | 223 9,94 % | 122 5,44 % | 2 0,09 % | 2 244 |
| Plus de 85 ans | 1 493 89,03 % | 123 7,33 % | 61 3,64 % | 0 | 1 677 |
| Total | 11 034 | 1 868 | 1 582 | 23 | 14 507 |

► Descriptif des effectifs des établissements de santé

Tableau 24. Effectifs de la campagne 2013

| Campagne | Structures ayant à faire le recueil | Base de référence nationale | Nbre de structures n'entrant pas dans la référence nationale | |
|----------|-------------------------------------|---|--|---|
| | | Nbre de structures avec effectif N > 30 | Nbre de structures non répondant | Nbre de structures avec effectif N < 30 |
| 2013 | 321 | 259 | 17 | 45 |

Tableau 25. Nombre d'établissements pris en compte pour le calcul de la moyenne – Campagne 2013

| | Nbre de structures avec effectif N > 30 |
|---|---|
| Maîtrise de l'anémie | 239 |
| Surveillance du statut martial du patient traité par ASE | 233 |
| Surveillance du bilan phosphocalcique | 259 |
| Réalisation des dosages en milieu de semaine | 259 |
| Surveillance sérologique des hépatites | 252 |
| Appréciation de l'épuration – Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires | 239 |
| Appréciation de l'épuration – Mesure de la dose de dialyse | 259 |
| Respect des prescriptions médicales de dialyse | 257 |
| Surveillance nutritionnelle – Statut nutritionnel | 259 |
| Surveillance nutritionnelle – Consultation diététicienne | 2 |
| Évaluation de l'accès à la transplantation | 259 |

► Distribution des établissements par rapport à la moyenne nationale

Tableau 26. Distribution par rapport à la moyenne nationale – Campagne 2013

| | Moyenne nationale | |  |  |  |
|---|-------------------|----------------------|---|---|---|
| Maîtrise de l'anémie | 66 % | Nombre de structures | 34 | 182 | 23 |
| | | % de structures | 14 % | 76 % | 10 % |
| Surveillance du statut martial du patient traité par ASE | 73 % | Nombre de structures | 109 | 61 | 63 |
| | | % de structures | 47 % | 26 % | 27 % |
| Surveillance du bilan phosphocalcique | 89 % | Nombre de structures | 132 | 95 | 32 |
| | | % de structures | 51 % | 37 % | 12 % |
| Réalisation des dosages en milieu semaine | 76 % | Nombre d'ES | 150 | 55 | 54 |
| | | % de structures | 58 % | 21 % | 21 % |
| Surveillance sérologique des hépatites | 88 % | Nombre de structures | 159 | 53 | 40 |
| | | % de structures | 63 % | 21 % | 16 % |
| Appréciation de l'épuration – Prescription 3 séances et 12h hebdomadaires | 79 % | Nombre de structures | 83 | 110 | 46 |
| | | % de structures | 35 % | 46 % | 19 % |
| Appréciation de l'épuration – Mesure dose dialyse | 82 % | Nombre de structures | 165 | 48 | 46 |
| | | % de structures | 64 % | 19 % | 18 % |
| Respect des prescriptions médicales de dialyse | 77 % | Nombre de structures | 92 | 123 | 42 |
| | | % de structures | 36 % | 48 % | 16 % |
| Surveillance nutritionnelle – Statut nutritionnel | 76 % | Nombre de structures | 157 | 38 | 64 |
| | | % de structures | 61 % | 15 % | 25 % |
| Surveillance nutritionnelle – Consultation diététicienne | | Nombre de structures | 0 | 2 | 0 |
| Évaluation de l'accès à la transplantation | 70 % | Nombre d'ES | 129 | 36 | 94 |
| | | % de structures | 50 % | 14 % | 36 % |

► Distribution des moyennes régionales par indicateur

Tableau 27. Indicateur « Maîtrise de l'anémie » – Moyennes régionales en 2013

| | Nbre de structures avec effectif N > 30 | Moyenne par région |
|---------------------------------|---|--------------------|
| Alsace | 6 | 69 % |
| Aquitaine | 12 | 68 % |
| Auvergne | 4 | 56 % |
| Basse-Normandie | 5 | 61 % |
| Bourgogne | 7 | 64 % |
| Bretagne | 6 | 69 % |
| Centre | 15 | 63 % |
| Champagne-Ardenne | 5 | 80 % |
| Corse | 2 | 69 % |
| Franche-Comté | 4 | 69 % |
| Guadeloupe | 3 | 62 % |
| Guyane | 1 | 48 % |
| Haute-Normandie | 8 | 52 % |
| Ile-de-France | 49 | 61 % |
| Languedoc-Roussillon | 7 | 63 % |
| Limousin | 3 | 68 % |
| Lorraine | 11 | 63 % |
| Martinique | 4 | 54 % |
| Midi-Pyrénées | 10 | 70 % |
| Nord-Pas-de-Calais | 15 | 68 % |
| PACA | 23 | 72 % |
| Pays de la Loire | 7 | 71 % |
| Picardie | 8 | 62 % |
| Poitou-Charentes | 6 | 63 % |
| Réunion | 4 | 66 % |
| Rhône-Alpes | 14 | 65 % |
| Service de santé des armées | 0 | |
| Moyenne nationale = 66 % | | |

Tableau 28. Indicateur « Surveillance du statut marital du patient traité par ASE » – Moyennes régionales en 2013

| | Nbre de structures avec effectif N > 30 | Moyenne par région |
|---------------------------------|---|--------------------|
| Alsace | 6 | 79 % |
| Aquitaine | 12 | 81 % |
| Auvergne | 4 | 75 % |
| Basse-Normandie | 4 | 97 % |
| Bourgogne | 6 | 81 % |
| Bretagne | 6 | 90 % |
| Centre | 14 | 80 % |
| Champagne-Ardenne | 5 | 78 % |
| Corse | 2 | 58 % |
| Franche-Comté | 3 | 61 % |
| Guadeloupe | 2 | 47 % |
| Guyane | 2 | 95 % |
| Haute-Normandie | 8 | 91 % |
| Ile-de-France | 51 | 69 % |
| Languedoc-Roussillon | 7 | 76 % |
| Limousin | 3 | 76 % |
| Lorraine | 11 | 63 % |
| Martinique | 4 | 34 % |
| Midi-Pyrénées | 8 | 62 % |
| Nord-Pas-de-Calais | 14 | 70 % |
| PACA | 21 | 80 % |
| Pays de la Loire | 7 | 68 % |
| Picardie | 8 | 73 % |
| Poitou-Charentes | 7 | 80 % |
| Réunion | 3 | 82 % |
| Rhône-Alpes | 15 | 71 % |
| Service de santé des armées | 0 | |
| Moyenne nationale = 73 % | | |

Tableau 29. Indicateur « Surveillance du bilan phosphocalcique » – Moyennes régionales en 2013

| | Nbre de structures avec effectif N > 30 | Moyenne par région |
|---------------------------------|---|--------------------|
| Alsace | 7 | 94 % |
| Aquitaine | 12 | 87 % |
| Auvergne | 5 | 97 % |
| Basse-Normandie | 5 | 96 % |
| Bourgogne | 7 | 95 % |
| Bretagne | 9 | 96 % |
| Centre | 15 | 98 % |
| Champagne-Ardenne | 5 | 96 % |
| Corse | 2 | 97 % |
| Franche-Comté | 5 | 80 % |
| Guadeloupe | 3 | 50 % |
| Guyane | 2 | 55 % |
| Haute-Normandie | 9 | 87 % |
| Ile-de-France | 52 | 84 % |
| Languedoc-Roussillon | 8 | 84 % |
| Limousin | 3 | 76 % |
| Lorraine | 11 | 89 % |
| Martinique | 4 | 92 % |
| Midi-Pyrénées | 11 | 90 % |
| Nord-Pas-de-Calais | 17 | 90 % |
| PACA | 23 | 90 % |
| Pays de la Loire | 9 | 97 % |
| Picardie | 9 | 87 % |
| Poitou-Charentes | 7 | 96 % |
| Réunion | 4 | 66 % |
| Rhône-Alpes | 15 | 92 % |
| Service de santé des armées | 0 | |
| Moyenne nationale = 89 % | | |

Tableau 30. Indicateur « Réalisation des dosages en milieu de semaine » – Moyennes régionales en 2013

| | Nbre de structures avec effectif N > 30 | Moyenne par région |
|---------------------------------|---|--------------------|
| Alsace | 7 | 87 % |
| Aquitaine | 12 | 77 % |
| Auvergne | 5 | 89 % |
| Basse-Normandie | 5 | 72 % |
| Bourgogne | 7 | 81 % |
| Bretagne | 9 | 86 % |
| Centre | 15 | 82 % |
| Champagne-Ardenne | 5 | 73 % |
| Corse | 2 | 50 % |
| Franche-Comté | 5 | 82 % |
| Guadeloupe | 3 | 66 % |
| Guyane | 2 | 60 % |
| Haute-Normandie | 9 | 92 % |
| Ile-de-France | 52 | 70 % |
| Languedoc-Roussillon | 8 | 64 % |
| Limousin | 3 | 80 % |
| Lorraine | 11 | 80 % |
| Martinique | 4 | 88 % |
| Midi-Pyrénées | 11 | 67 % |
| Nord-Pas-de-Calais | 17 | 81 % |
| PACA | 23 | 79 % |
| Pays de la Loire | 9 | 75 % |
| Picardie | 9 | 71 % |
| Poitou-Charentes | 7 | 87 % |
| Réunion | 4 | 64 % |
| Rhône-Alpes | 15 | 71 % |
| Service de santé des armées | 0 | 87 % |
| Moyenne nationale = 76 % | | |

Tableau 31. Indicateur « Surveillance sérologique des hépatites » – Moyennes régionales en 2013

| | Nbre de structures avec effectif N > 30 | Moyenne par région |
|---------------------------------|---|--------------------|
| Alsace | 7 | 92 % |
| Aquitaine | 12 | 86 % |
| Auvergne | 5 | 66 % |
| Basse-Normandie | 5 | 80 % |
| Bourgogne | 6 | 87 % |
| Bretagne | 9 | 97 % |
| Centre | 14 | 94 % |
| Champagne-Ardenne | 4 | 86 % |
| Corse | 2 | 100 % |
| Franche-Comté | 5 | 93 % |
| Guadeloupe | 3 | 74 % |
| Guyane | 2 | 95 % |
| Haute-Normandie | 8 | 98 % |
| Ile-de-France | 52 | 93 % |
| Languedoc-Roussillon | 8 | 75 % |
| Limousin | 3 | 92 % |
| Lorraine | 11 | 83 % |
| Martinique | 4 | 85 % |
| Midi-Pyrénées | 11 | 85 % |
| Nord-Pas-de-Calais | 17 | 81 % |
| PACA | 22 | 89 % |
| Pays de la Loire | 9 | 87 % |
| Picardie | 8 | 89 % |
| Poitou-Charentes | 7 | 98 % |
| Réunion | 3 | 98 % |
| Rhône-Alpes | 15 | 81 % |
| Service de santé des armées | 0 | |
| Moyenne nationale = 88 % | | |

Tableau 32. Indicateur « Appréciation de l'épuration – Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires » – Moyennes régionales en 2013

| | Nbre de structures avec effectif N > 30 | Moyenne par région |
|---------------------------------|---|--------------------|
| Alsace | 6 | 90 % |
| Aquitaine | 12 | 75 % |
| Auvergne | 4 | 71 % |
| Basse-Normandie | 5 | 76 % |
| Bourgogne | 7 | 72 % |
| Bretagne | 6 | 78 % |
| Centre | 15 | 72 % |
| Champagne-Ardenne | 5 | 73 % |
| Corse | 2 | 70 % |
| Franche-Comté | 4 | 69 % |
| Guadeloupe | 3 | 86 % |
| Guyane | 1 | 64 % |
| Haute-Normandie | 8 | 83 % |
| Ile-de-France | 49 | 73 % |
| Languedoc-Roussillon | 7 | 78 % |
| Limousin | 3 | 87 % |
| Lorraine | 11 | 80 % |
| Martinique | 4 | 85 % |
| Midi-Pyrénées | 10 | 76 % |
| Nord-Pas-de-Calais | 15 | 92 % |
| PACA | 23 | 90 % |
| Pays de la Loire | 7 | 86 % |
| Picardie | 8 | 73 % |
| Poitou-Charentes | 6 | 88 % |
| Réunion | 4 | 79 % |
| Rhône-Alpes | 14 | 79 % |
| Service de santé des armées | 0 | |
| Moyenne nationale = 79 % | | |

Tableau 33. Indicateur « Appréciation de l'épuration – Mesure dose dialyse » – Moyennes régionales en 2013

| | Nbre de structures avec effectif N > 30 | Moyenne par région |
|---------------------------------|---|--------------------|
| Alsace | 7 | 92 % |
| Aquitaine | 12 | 89 % |
| Auvergne | 5 | 92 % |
| Basse-Normandie | 5 | 83 % |
| Bourgogne | 7 | 87 % |
| Bretagne | 9 | 90 % |
| Centre | 15 | 78 % |
| Champagne-Ardenne | 5 | 70 % |
| Corse | 2 | 52 % |
| Franche-Comté | 5 | 80 % |
| Guadeloupe | 3 | 64 % |
| Guyane | 2 | 0 % |
| Haute-Normandie | 9 | 85 % |
| Ile-de-France | 52 | 80 % |
| Languedoc-Roussillon | 8 | 88 % |
| Limousin | 3 | 95 % |
| Lorraine | 11 | 74 % |
| Martinique | 4 | 47 % |
| Midi-Pyrénées | 11 | 80 % |
| Nord-Pas-de-Calais | 17 | 81 % |
| PACA | 23 | 86 % |
| Pays de la Loire | 9 | 97 % |
| Picardie | 9 | 85 % |
| Poitou-Charentes | 7 | 95 % |
| Réunion | 4 | 84 % |
| Rhône-Alpes | 15 | 80 % |
| Service de santé des armées | 0 | |
| Moyenne nationale = 82 % | | |

Tableau 34. Indicateur « Respect des prescriptions médicales de dialyse » – Moyennes régionales en 2013

| | Nbre de structures avec effectif N > 30 | Moyenne par région |
|---------------------------------|---|--------------------|
| Alsace | 7 | 39 % |
| Aquitaine | 12 | 87 % |
| Auvergne | 4 | 88 % |
| Basse-Normandie | 5 | 62 % |
| Bourgogne | 7 | 84 % |
| Bretagne | 9 | 85 % |
| Centre | 15 | 88 % |
| Champagne-Ardenne | 5 | 84 % |
| Corse | 2 | 86 % |
| Franche-Comté | 5 | 88 % |
| Guadeloupe | 3 | 80 % |
| Guyane | 2 | 77 % |
| Haute-Normandie | 9 | 83 % |
| Ile-de-France | 51 | 74 % |
| Languedoc-Roussillon | 8 | 70 % |
| Limousin | 3 | 59 % |
| Lorraine | 11 | 74 % |
| Martinique | 4 | 70 % |
| Midi-Pyrénées | 11 | 71 % |
| Nord-Pas-de-Calais | 17 | 71 % |
| PACA | 23 | 79 % |
| Pays de la Loire | 9 | 80 % |
| Picardie | 9 | 83 % |
| Poitou-Charentes | 7 | 79 % |
| Réunion | 4 | 79 % |
| Rhône-Alpes | 15 | 84 % |
| Service de santé des armées | 0 | |
| Moyenne nationale = 77 % | | |

Tableau 35. Indicateur « Surveillance nutritionnelle – Statut nutritionnel » – Moyennes régionales en 2013

| | Nbre de structures avec effectif N > 30 | Moyenne par région |
|---------------------------------|---|--------------------|
| Alsace | 7 | 90 % |
| Aquitaine | 12 | 78 % |
| Auvergne | 5 | 73 % |
| Basse-Normandie | 5 | 96 % |
| Bourgogne | 7 | 71 % |
| Bretagne | 9 | 79 % |
| Centre | 15 | 81 % |
| Champagne-Ardenne | 5 | 80 % |
| Corse | 2 | 46 % |
| Franche-Comté | 5 | 76 % |
| Guadeloupe | 3 | 80 % |
| Guyane | 2 | 0 % |
| Haute-Normandie | 9 | 94 % |
| Ile-de-France | 52 | 74 % |
| Languedoc-Roussillon | 8 | 80 % |
| Limousin | 3 | 99 % |
| Lorraine | 11 | 57 % |
| Martinique | 4 | 58 % |
| Midi-Pyrénées | 11 | 64 % |
| Nord-Pas-de-Calais | 17 | 83 % |
| PACA | 23 | 96 % |
| Pays de la Loire | 9 | 85 % |
| Picardie | 9 | 64 % |
| Poitou-Charentes | 7 | 76 % |
| Réunion | 4 | 70 % |
| Rhône-Alpes | 15 | 76 % |
| Service de santé des armées | 0 | |
| Moyenne nationale = 76 % | | |

Tableau 36. Indicateur « Surveillance nutritionnelle – Consultation diététicienne » – Moyennes régionales en 2013

| | Nbre de structures avec effectif N > 30 |
|--|---|
| Alsace | 0 |
| Aquitaine | 0 |
| Auvergne | 0 |
| Basse-Normandie | 1 |
| Bourgogne | 0 |
| Bretagne | 0 |
| Centre | 0 |
| Champagne-Ardenne | 0 |
| Corse | 0 |
| Franche-Comté | 0 |
| Guadeloupe | 0 |
| Guyane | 0 |
| Haute-Normandie | 0 |
| Ile-de-France | 0 |
| Languedoc-Roussillon | 0 |
| Limousin | 0 |
| Lorraine | 1 |
| Martinique | 0 |
| Midi-Pyrénées | 0 |
| Nord-Pas-de-Calais | 0 |
| PACA | 0 |
| Pays de la Loire | 0 |
| Picardie | 0 |
| Poitou-Charentes | 0 |
| Réunion | 0 |
| Rhône-Alpes | 0 |
| Service de santé des armées | 0 |
| Moyenne nationale = Pas de calcul de la moyenne nationale | |

Tableau 37. Indicateur « Évaluation de l'accès à la transplantation » – Moyennes régionales en 2013

| | Nbre de structures avec effectif N > 30 | Moyenne par région |
|---------------------------------|---|--------------------|
| Alsace | 7 | 64 % |
| Aquitaine | 12 | 52 % |
| Auvergne | 5 | 76 % |
| Basse-Normandie | 5 | 98 % |
| Bourgogne | 7 | 47 % |
| Bretagne | 9 | 63 % |
| Centre | 15 | 65 % |
| Champagne-Ardenne | 5 | 65 % |
| Corse | 2 | 28 % |
| Franche-Comté | 5 | 56 % |
| Guadeloupe | 3 | 25 % |
| Guyane | 2 | 43 % |
| Haute-Normandie | 9 | 90 % |
| Ile-de-France | 52 | 74 % |
| Languedoc-Roussillon | 8 | 68 % |
| Limousin | 3 | 70 % |
| Lorraine | 11 | 69 % |
| Martinique | 4 | 52 % |
| Midi-Pyrénées | 11 | 75 % |
| Nord-Pas-de-Calais | 17 | 64 % |
| PACA | 23 | 78 % |
| Pays de la Loire | 9 | 78 % |
| Picardie | 9 | 89 % |
| Poitou-Charentes | 7 | 79 % |
| Réunion | 4 | 38 % |
| Rhône-Alpes | 15 | 81 % |
| Service de santé des armées | 0 | |
| Moyenne nationale = 70 % | | |

Tableau 38. Indicateur « Évaluation de l'abord vasculaire – Fistule artério-veineuse » – Moyennes régionales en 2013

| | Nbre de structures avec effectif N > 30 | Moyenne par région |
|---------------------------------|---|--------------------|
| Alsace | 6 | 91 % |
| Aquitaine | 12 | 81 % |
| Auvergne | 4 | 82 % |
| Basse-Normandie | 5 | 82 % |
| Bourgogne | 7 | 91 % |
| Bretagne | 6 | 81 % |
| Centre | 15 | 93 % |
| Champagne-Ardenne | 5 | 84 % |
| Corse | 2 | 83 % |
| Franche-Comté | 4 | 86 % |
| Guadeloupe | 3 | 93 % |
| Guyane | 1 | 86 % |
| Haute-Normandie | 8 | 86 % |
| Ile-de-France | 49 | 93 % |
| Languedoc-Roussillon | 7 | 83 % |
| Limousin | 3 | 72 % |
| Lorraine | 11 | 89 % |
| Martinique | 4 | 94 % |
| Midi-Pyrénées | 10 | 76 % |
| Nord-Pas-de-Calais | 15 | 82 % |
| PACA | 23 | 90 % |
| Pays de la Loire | 7 | 86 % |
| Picardie | 8 | 81 % |
| Poitou-Charentes | 6 | 84 % |
| Réunion | 4 | 91 % |
| Rhône-Alpes | 14 | 84 % |
| Service de santé des armées | 0 | |
| Moyenne nationale = 87 % | | |

Tableau 39. Indicateur « Évaluation de l'abord vasculaire – Fistule artério-veineuse native » – Moyennes régionales en 2013

| | Nbre de structures avec effectif N > 30 | Moyenne par région |
|---------------------------------|---|--------------------|
| Alsace | 6 | 94 % |
| Aquitaine | 11 | 79 % |
| Auvergne | 3 | 93 % |
| Basse-Normandie | 5 | 97 % |
| Bourgogne | 5 | 89 % |
| Bretagne | 3 | 95 % |
| Centre | 14 | 99 % |
| Champagne-Ardenne | 5 | 83 % |
| Corse | 2 | 84 % |
| Franche-Comté | 2 | 92 % |
| Guadeloupe | 2 | 93 % |
| Guyane | 1 | 91 % |
| Haute-Normandie | 6 | 95 % |
| Ile-de-France | 49 | 96 % |
| Languedoc-Roussillon | 7 | 92 % |
| Limousin | 1 | 100 % |
| Lorraine | 10 | 80 % |
| Martinique | 4 | 94 % |
| Midi-Pyrénées | 6 | 90 % |
| Nord-Pas-de-Calais | 14 | 99 % |
| PACA | 22 | 85 % |
| Pays de la Loire | 6 | 91 % |
| Picardie | 7 | 97 % |
| Poitou-Charentes | 6 | 89 % |
| Réunion | 3 | 90 % |
| Rhône-Alpes | 9 | 99 % |
| Service de santé des armées | 0 | |
| Moyenne nationale = 92 % | | |

► Distribution des moyennes par catégorie d'établissement

Tableau 40. Indicateur « Maîtrise de l'anémie » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013

| | Nbre de structures avec effectif N > 30 | Moyenne par catégorie |
|---------------------------------|---|-----------------------|
| CH | 71 | 66 % |
| CHU | 25 | 62 % |
| Privé | 99 | 64 % |
| ESPIC | 44 | 67 % |
| Moyenne nationale = 66 % | | |

Tableau 41. Indicateur « Surveillance du statut marital du patient traité par ASE » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013

| | Nbre de structures avec effectif N > 30 | Moyenne par catégorie |
|---------------------------------|---|-----------------------|
| CH | 73 | 74 % |
| CHU | 24 | 79 % |
| Privé | 99 | 70 % |
| ESPIC | 37 | 77 % |
| Moyenne nationale = 73 % | | |

Tableau 42. Indicateur « Surveillance du bilan phosphocalcique » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013

| | Nbre de structures avec effectif N > 30 | Moyenne par catégorie |
|---------------------------------|---|-----------------------|
| CH | 83 | 90 % |
| CHU | 27 | 87 % |
| Privé | 100 | 88 % |
| ESPIC | 49 | 89 % |
| Moyenne nationale = 89 % | | |

Tableau 43. Indicateur « Réalisation des dosages en milieu de semaine » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013

| | Nbre de structures avec effectif N > 30 | Moyenne par catégorie |
|---------------------------------|---|-----------------------|
| CH | 83 | 75 % |
| CHU | 27 | 75 % |
| Privé | 100 | 76 % |
| ESPIC | 49 | 78 % |
| Moyenne nationale = 76 % | | |

Tableau 44. Indicateur « Surveillance sérologique des hépatites » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013

| | Nbre de structures avec effectif N > 30 | Moyenne par catégorie |
|---------------------------------|---|-----------------------|
| CH | 81 | 85 % |
| CHU | 27 | 77 % |
| Privé | 100 | 92 % |
| ESPIC | 44 | 91 % |
| Moyenne nationale = 88 % | | |

Tableau 45. Indicateur « Appréciation de l'épuration – Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013

| | Nbre de structures avec effectif N > 30 | Moyenne par catégorie |
|---------------------------------|---|-----------------------|
| CH | 71 | 81 % |
| CHU | 25 | 87 % |
| Privé | 99 | 74 % |
| ESPIC | 44 | 85 % |
| Moyenne nationale = 79 % | | |

Tableau 46. Indicateur « Appréciation de l'épuration – Dose de dialyse » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013

| | Nbre de structures avec effectif N > 30 | Moyenne par catégorie |
|---------------------------------|---|-----------------------|
| CH | 83 | 81 % |
| CHU | 27 | 78 % |
| Privé | 100 | 83 % |
| ESPIC | 49 | 83 % |
| Moyenne nationale = 82 % | | |

Tableau 47. Indicateur « Respect des prescriptions médicales de dialyse » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013

| | Nbre de structures avec effectif N > 30 | Moyenne par catégorie |
|---------------------------------|---|-----------------------|
| CH | 82 | 79 % |
| CHU | 27 | 71 % |
| Privé | 100 | 76 % |
| ESPIC | 48 | 80 % |
| Moyenne nationale = 77 % | | |

Tableau 48. Indicateur « Surveillance nutritionnelle- Statut nutritionnel » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013

| | Nbre de structures avec effectif N > 30 | Moyenne par catégorie |
|---------------------------------|---|-----------------------|
| CH | 83 | 70 % |
| CHU | 27 | 84 % |
| Privé | 100 | 83 % |
| ESPIC | 49 | 73 % |
| Moyenne nationale = 76 % | | |

Tableau 49. Indicateur « Surveillance nutritionnelle – Consultation diététicienne » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013

| | Nbre de structures avec effectif N > 30 |
|--|---|
| CH | 1 |
| CHU | 0 |
| Privé | 1 |
| ESPIC | 0 |
| Moyenne nationale = Pas de calcul de la moyenne nationale | |

Tableau 50. Indicateur « Évaluation de l'accès à la transplantation » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013

| | Nbre de structures avec effectif N > 30 | Moyenne par catégorie |
|---------------------------------|---|-----------------------|
| CH | 83 | 66 % |
| CHU | 27 | 78 % |
| Privé | 100 | 70 % |
| ESPIC | 49 | 73 % |
| Moyenne nationale = 70 % | | |

Tableau 51. Indicateur « Évaluation de l'abord vasculaire – Fistule artério-veineuse » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013

| | Nbre de structures avec effectif N > 30 | Moyenne par catégorie |
|---------------------------------|---|-----------------------|
| CH | 71 | 81 % |
| CHU | 25 | 78 % |
| Privé | 99 | 90 % |
| ESPIC | 44 | 94 % |
| Moyenne nationale = 87 % | | |

Tableau 52. Indicateur « Évaluation de l'abord vasculaire – Fistule artério-veineuse native » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013

| | Nbre de structures avec effectif N > 30 | Moyenne par catégorie |
|---------------------------------|---|-----------------------|
| CH | 52 | 92 % |
| CHU | 19 | 88 % |
| Privé | 99 | 93 % |
| ESPIC | 39 | 93 % |
| Moyenne nationale = 92 % | | |

Références

1. European Best Practice Guidelines Working Group, Locatelli F, Aljama P, Barany P, Canaud B, Carrera F, et al. Revised european best practice guidelines for the management of anaemia in patients with chronic renal failure. *Nephrol Dial Transplant* 2004;19(Suppl 2):ii1-47
2. National Kidney Foundation, Kidney Disease Outcomes Quality Initiative. IV. NKF-K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Anemia of Chronic Kidney Disease: update 2000. *Am J Kidney Dis* 2001;37(1 Suppl 1):S182-S238
3. Haute Autorité de santé. Maladie rénale chronique de l'adulte. Guide du parcours de soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012.
www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parcours_de_soins_mrc_web.pdf
4. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Traitement de l'anémie au cours de l'insuffisance rénale chronique de l'adulte. Saint-Denis: AFSSAPS; 2005.
www.soc-nephrologie.org/PDF/enephro/recommandations/Afssaps/2005/anemie_reco.pdf
5. European Best Practice Guidelines Expert Group on Hemodialysis, European Renal Association. Section I. Measurement of renal function, when to refer and when to start dialysis. *Nephrol Dial Transplant* 2002;17(Suppl 7):7-15.
ndt.oxfordjournals.org/content/17/suppl_7/7.full.pdf
6. Kidney Disease Outcomes Quality Initiative. K/DOQI clinical practice guidelines on hypertension and antihypertensive agents in chronic kidney disease. *Am J Kidney Dis* 2004;43(5 Suppl 1):S1-290.
7. UK Renal Association, Mactier R. Clinical practice guidelines. Module 2: Haemodialysis. Final version. 4th ed. London: UKRA; 2007.
www.renal.org/docs/default-source/guidelines-resources/Module_3a_-_Haemodialysis_-_4th_Edition.pdf?sfvrsn=0
8. European Best Practice Guidelines Working Group, Fouque D, Vennegoor M, ter Wee P, Wanner C, Basci A, et al. EBPG guideline on nutrition. *Nephrol Dial Transplant* 2007;22(Suppl 2):ii45-ii87.
ndt.oxfordjournals.org/content/22/suppl_2/ii45.full.pdf
9. Société française d'hygiène hospitalière. Bonnes pratiques d'hygiène en hémodialyse. Recommandations de la Société française d'hygiène hospitalière. *Hygiènes* 2005;13(2):79-156.
www.sf2h.net/publications-SF2H/SF2H_bonnes-pratiques-hygiene-en-hemodialyse-2005.pdf
10. European Best Practice Guidelines Working Group, Tattersall J, Martin-Malo A, Pedrini L, Basci A, Canaud B, et al. EBPG guideline on dialysis strategies. *Nephrol Dial Transplant* 2007;22(Suppl 2):ii5-21.
ndt.oxfordjournals.org/content/22/suppl_2/ii5.full.pdf
11. National Kidney Foundation, Kidney Disease Outcomes Quality Initiative. Clinical practice guidelines for hemodialysis adequacy, update 2006. *Am J Kidney Dis* 2006;48 (Suppl 1):S2-90.
12. European Expert Group on Renal Transplantation, European Renal Association, European Society for Organ Transplantation. European Best Practice Guidelines for Renal Transplantation (part 1). *Nephrol Dial Transplant* 2000;15(Suppl 7):1-85.
13. UK Renal Association, Dudley C, Harden P. Clinical practice guidelines. Module 4: assessment for renal transplantation. 4th ed ed. London: UKRA; 2008.
www.renal.org/docs/default-source/guidelines-resources/Module_4_-_Assessment_for_Transplantation_-_4th_Edition.pdf?sfvrsn=0
14. European Best Practice Guidelines Working Group, Tordoir J, Canaud B, Haage P, Konner K, Basci A, et al. EBPG on vascular access. *Nephrol Dial Transplant* 2007;22(Suppl 2):ii88-117.
ndt.oxfordjournals.org/content/22/suppl_2/ii88.full.pdf



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