



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Indicateurs de qualité et de sécurité des  
soins

## **En secteur Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO)**

Résultats annexés au rapport 2018

Campagne 2018 – Données 2017

Ce document accompagne le rapport des résultats nationaux 2018. Il présente les résultats, issus du recueil 2018 - données 2017, des indicateurs en « secteur Médecine Chirurgie Obstétrique », réalisé par toutes les structures ayant une activité en MCO 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.

### **Ces résultats détaillés**

Ces résultats détaillés (classements, référentiels) ne prennent pas en compte les résultats du contrôle qualité réalisé par les ARS dans le cadre de l'orientation nationale d'inspection contrôle (ONIC) demandée par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) (délai trop tardif).

### **Où retrouver les résultats de votre établissement ?**

Les résultats complets individuels et comparatifs de chaque établissement ainsi que l'analyse complémentaire sont accessibles sur la plate-forme 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, 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 de la Santé. [www.scopesante.fr](http://www.scopesante.fr)

### **Pour en savoir plus**

Le descriptif des indicateurs est disponible sur le site Internet :

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

### **Pour nous contacter**

Pour toutes questions relatives aux indicateurs, le service EVoQSS (Évaluation et Outils pour la Qualité et la Sécurité des Soins) vous répondra par e-mail : [contact.igss@has-sante.fr](mailto:contact.igss@has-sante.fr)

Rapport validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé le 05 décembre 2018.

© Haute Autorité de Santé - décembre 2018

# Sommaire

<b>Dispositif national des indicateurs de qualité et de sécurité des soins</b>	<b>4</b>
<b>Résultats en un coup d'oeil</b>	<b>5</b>
<b>Qualité de la lettre de liaison à la sortie</b>	<b>6</b>
Résultats nationaux	6
Résultats régionaux	8
Résultats par catégorie	9
Informations complémentaires	10
Rappel :	11
<b>Dépistage des troubles nutritionnels - ancien niveau 2</b>	<b>16</b>
Résultats nationaux	16
Résultats régionaux	18
Résultats par catégorie	19
Informations complémentaires	20
<b>Patients et séjours pris en compte</b>	<b>21</b>

# Dispositif national des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

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

**Ce suivi d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) produisant des données comparatives, est utilisé à des fins de pilotage interne, de régulation au niveau régional et national, et de transparence vers les usagers (diffusion publique<sup>[1]</sup>).** Ce programme de déploiement national des indicateurs est discuté en Comité de concertation qualité et sécurité des soins en établissement de santé, organisé par la HAS, et regroupant l'ensemble des parties prenantes dont les fédérations d'établissements de santé, les représentants des directeurs et des présidents de CME, les directeurs généraux des agences régionales de santé, la CNAM 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 au sein des établissements de santé. Elle 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. Dans ce cadre, **la liste des IQSS mis à la disposition du public est fixée annuellement par arrêté ministériel.** Ceci concerne certains IQSS obligatoires, imputables aux établissements de santé et ayant fait l'objet de plus d'une campagne nationale de recueil. Cette diffusion de leur résultat par les établissements de santé est accompagnée par la diffusion publique nationale sur le site Scope Santé ([www.scopesante.fr](http://www.scopesante.fr)). **Les résultats des établissements pour ces indicateurs y sont présentés avec un code couleur et leur classe A, B, C, selon qu'ils sont supérieurs (A), égaux (B) ou inférieurs (C) à l'objectif national de performance. Cet objectif national de performance correspond à une valeur fixée pour plusieurs années et pour chaque indicateur diffusé publiquement.** Il permet aux établissements de santé de disposer d'un repère correspondant au seuil minimum de qualité à atteindre. L'objectif est défini en concertation avec le comité de concertation et avec les structures professionnelles concernées par le thème.

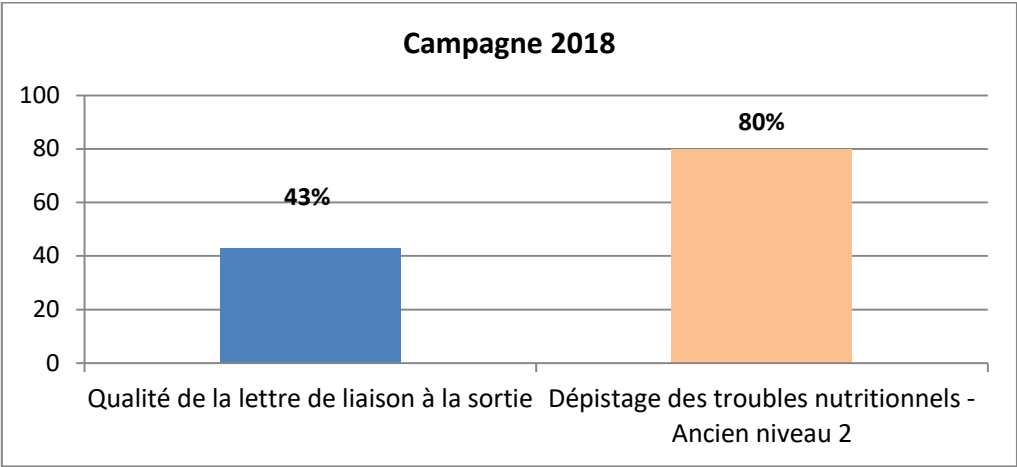
Du fait de l'utilisation croissante des indicateurs (diffusion publique aux usagers, tableaux de bord de pilotage, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), dispositifs d'incitation financière à la qualité (IFAQ), etc...), **un contrôle qualité de leur recueil est effectué.** Depuis 2013, une orientation nationale inspection-contrôle de l'IGAS coordonnée par la DGOS et la HAS s'applique à l'ensemble des indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins diffusés publiquement. Le principe de ce contrôle qualité du recueil des IQSS diffusés publiquement est de s'assurer de la fiabilité de l'autoévaluation réalisée lors des campagnes nationales de mesure, par l'utilisation d'une procédure de contrôle aléatoire. Le champ de cette inspection vise chaque année 10% des établissements de santé, ayant réalisé le recueil, par région : la moitié est tirée au sort aléatoirement et l'autre moitié est au choix de l'ARS. Le recueil des indicateurs peut être non validé par le contrôle : dans ce cas le résultat est annulé. Il est indiqué comme non validé sur le site Scope Santé.

Ce dispositif complet permet d'objectiver les progrès réalisés par les établissements de santé concernant la qualité et la sécurité des soins.

---

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

# Résultats en un coup d'oeil



# Qualité de la lettre de liaison à la sortie

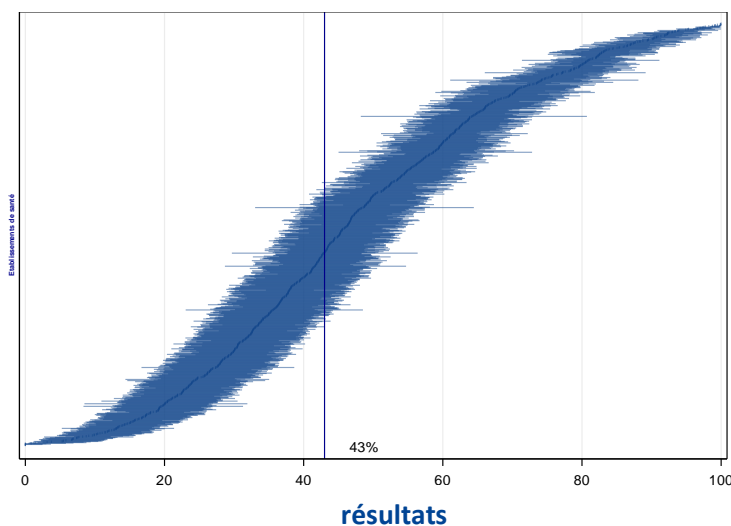
## Résultats nationaux

### ► Ensemble des dossiers analysés

Nombre d'ES	1 158
Nombre de dossiers	89 090
Moyenne	47%

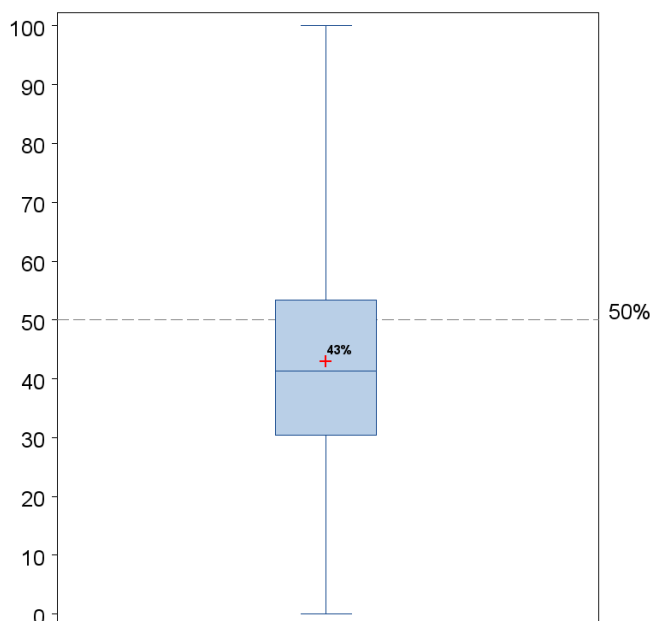
### ► ES éligibles avec au moins 31 dossiers -- Distribution des résultats

Nombre d'ES	1 127
Nombre de dossiers	88 520
Moyenne pondérée ES	43%
Résultat min obtenu par les ES	0%
1 <sup>er</sup> quartile	30%
Médiane	41%
3 <sup>e</sup> quartile	53%
Résultat max obtenu par les ES	100%



### ► Représentation BoxPlot de la distribution

Graphique : Représentation BoxPlot de la distribution  
Indicateur : Qualité de la lettre de liaison à la sortie



► **Positionnement des ES par rapport à la moyenne nationale**

	Indicateur : Qualité de la lettre de liaison à la sortie						Total
	Moyenne nationale dépassée		Moyenne nationale atteinte		Moyenne nationale non atteinte		
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
<b>Données 2017</b>	450	39.9	327	29.0	350	31.1	1 127

► **Positionnement des ES par rapport à l'objectif de performance**

	Indicateur : Qualité de la lettre de liaison à la sortie						Total
	Objectif de performance dépassé Classe A		Objectif de performance atteint Classe B		Objectif de performance non atteint Classe C		
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
<b>Données 2017</b>	64	5.7	102	9.1	961	85.3	1 127

► **Évolution des ES par rapport au précédent recueil**

	Indicateur : Qualité de la lettre de liaison à la sortie						Total
	Positive		Stable		Négative		
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
<b>Données 2017</b>	460	42.7	473	43.9	144	13.4	1 077

## Résultats régionaux

### ► Moyennes régionales (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
1 127	43

Régions	Nombre d'ES avec effectif N>= 31	Moyenne régionale pondérée en %
Auvergne-Rhône-Alpes	132	42
Bourgogne-Franche-Comté	52	39
Bretagne	52	35
Centre-Val de Loire	43	37
Corse	10	36
Grand Est	103	36
Guadeloupe	8	37
Guyane	4	47
Hauts de France	102	54
Ile de France	175	43
Martinique	4	33
Normandie	57	36
Nouvelle Aquitaine	107	38
Occitanie	104	50
Océan Indien	9	47
PACA	109	55
Pays de la Loire	48	35



## Résultats par catégorie

### ► Moyennes par catégorie d'établissement (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
1 127	43

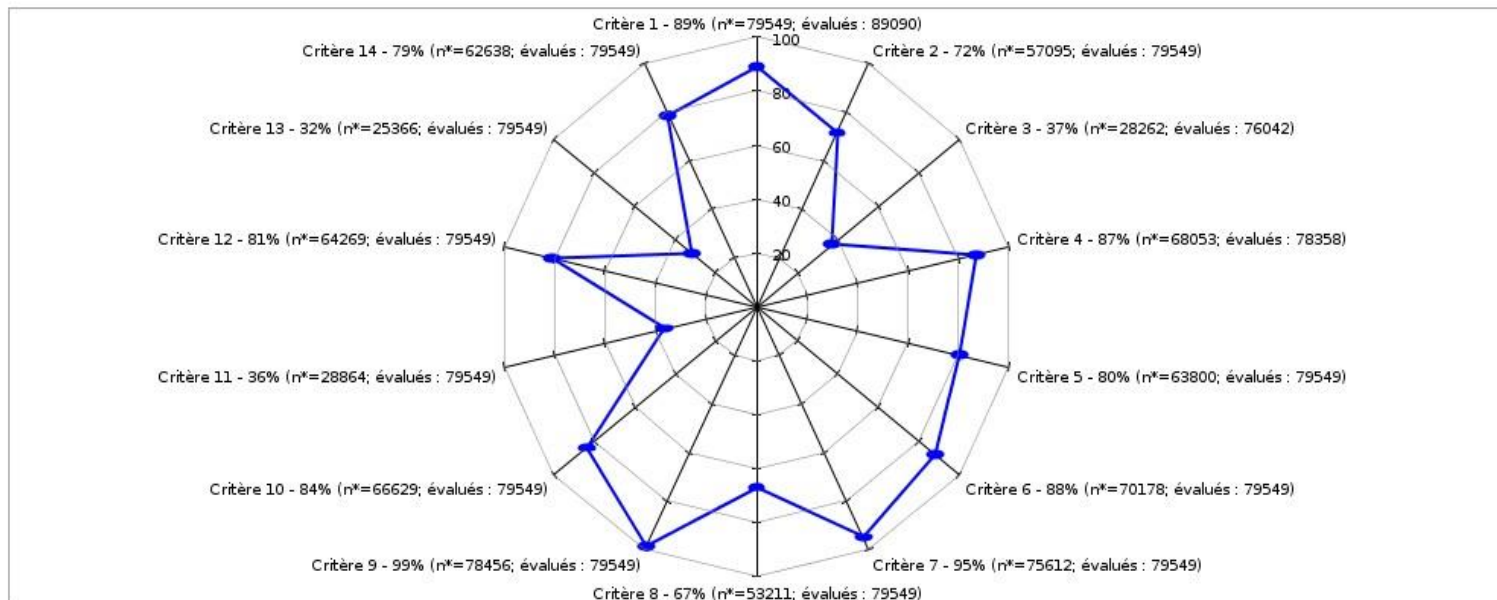
Catégorie ES	Nombre d'ES avec effectif N>= 31	Moyenne pondérée par catégorie en %
CH	469	37
CHU	60	41
CLCC	20	57
ESPIC/EBNL	114	47
Privé	464	52

## Informations complémentaires

### Dossiers pris en compte pour l'indicateur

Dossiers évalués : 89 090

### Résultats détaillés par critères (14 critères composent le score national)

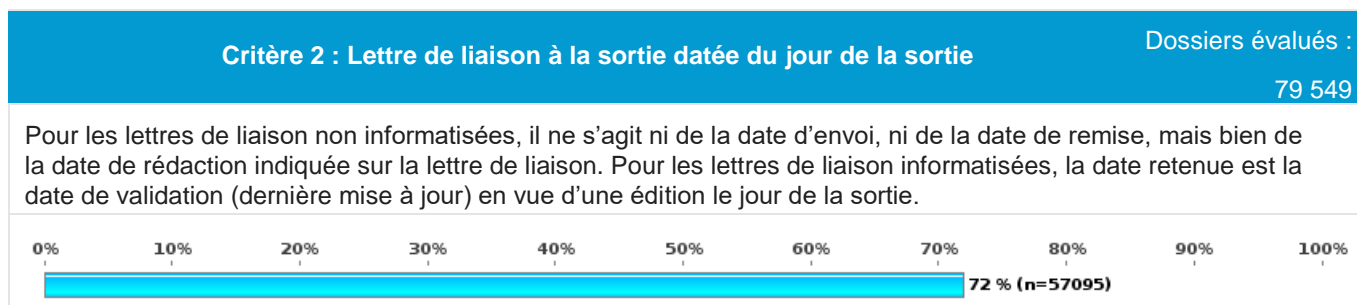


(\*) n = nombre de dossiers conformes

- Critère 1 : Lettre de liaison à la sortie retrouvée
- Critère 2 : Lettre de liaison à la sortie datée du jour de la sortie
- Critère 3 : Remise au patient de la lettre de liaison à la sortie
- Critère 4 : Nom et coordonnées du médecin destinataire
- Critère 5 : Identification du patient
- Critère 6 : Date d'entrée et date de sortie
- Critère 7 : Nom et coordonnées du signataire de la lettre de liaison à la sortie
- Critère 8 : Destination du patient à la sortie
- Critère 9 : Motif de l'hospitalisation
- Critère 10 : Synthèse médicale du séjour
- Critère 11 : Risques liés à l'hospitalisation
- Critère 12 : Actes techniques et examens complémentaires
- Critère 13 : Traitements médicamenteux
- Critère 14 : Planification des soins

### Critères indispensables





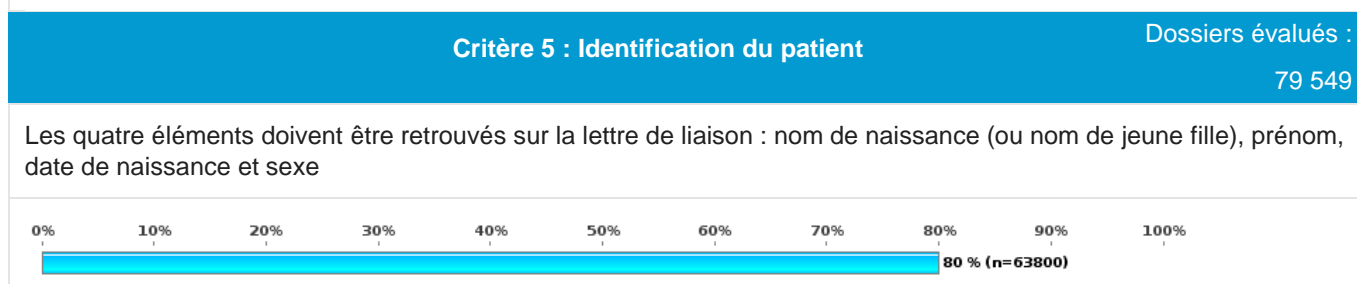
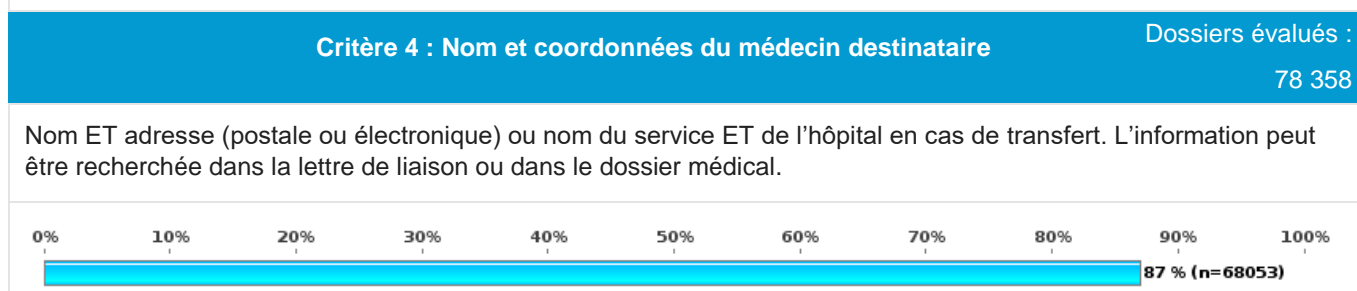
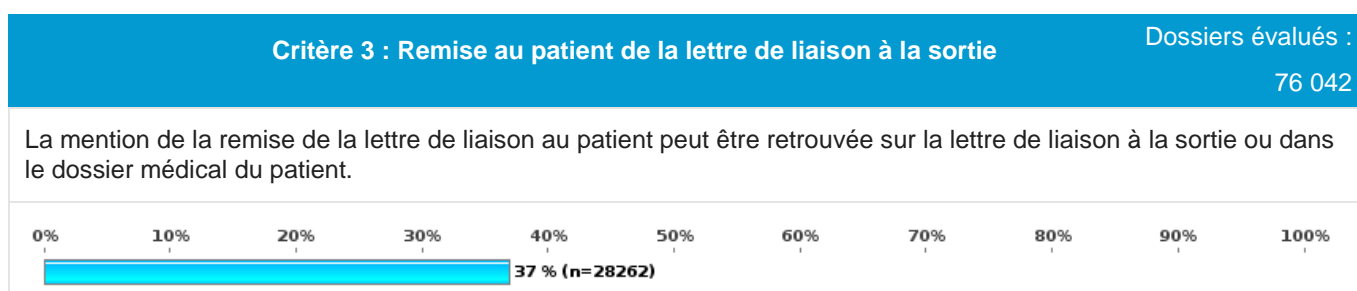
Détails de la non-conformité

	Nb de dossiers	%
<b>Causes de non-conformité</b>		
Lettre de liaison à la sortie non datée	2 628	3%
Date postérieure à la date de la sortie	19 826	25%

**Rappel :**

Pour les critères qui suivent (6 critères médico-administratifs et 6 critères médicaux), l'analyse du contenu de la lettre de liaison à la sortie est maintenue, quelle que soit la date de rédaction de la lettre de liaison à la sortie, de manière à donner l'ensemble de l'information aux ES sur les lettres de liaison retrouvées, pour leurs actions d'amélioration de la qualité.

Critères médico-administratifs



Détails de la non-conformité

	Nb de dossiers	%
<b>Causes de non-conformité (*)</b>		
Absence du nom de naissance (ou nom de jeune fille)	9 172	12%
Absence du prénom	276	0%
Absence de la date de naissance	5 525	7%
Absence du Sexe	3 149	4%

(\*) Un dossier peut avoir plusieurs causes de non-conformité.

**Critère 6 : Date d'entrée et date de sortie** Dossiers évalués : 79 549

Les deux éléments doivent être retrouvés sur la lettre de liaison : date d'entrée et date de sortie.



**Critère 7 : Nom et coordonnées du signataire de la lettre de liaison à la sortie** Dossiers évalués : 79 549

Identité du signataire de la lettre de liaison à la sortie (nom ET service ET hôpital) ET ses coordonnées (adresse postale ou mail) ou téléphone).



**Critère 8 : Destination du patient à la sortie** Dossiers évalués : 79 549

Destination du patient (domicile, autre établissement...).



Critères médicaux

**Critère 9 : Motif de l'hospitalisation** Dossiers évalués : 79 549

Raison(s) pour laquelle (lesquelles) le patient a été hospitalisé.



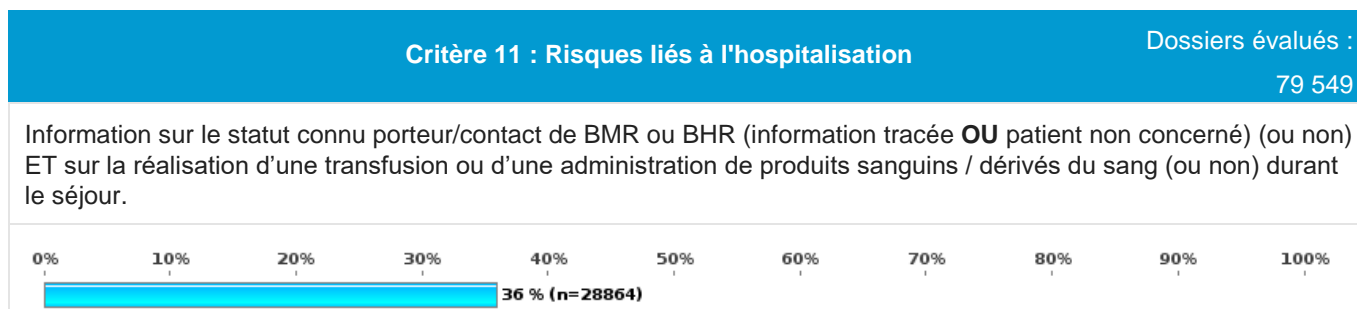
**Critère 10 : Synthèse médicale du séjour** Dossiers évalués : 79 549

Synthèse de la prise en charge du patient au cours du séjour ET synthèse de la situation clinique du patient à sa sortie.



	Nb de dossiers	%
<b>Causes de non-conformité (*)</b>		
Absence de la synthèse de la prise en charge du patient au cours du séjour	4 728	6%
Absence d'une synthèse de la situation clinique du patient à sa sortie	11 782	15%

(\*) Un dossier peut avoir plusieurs causes de non-conformité.



Détails de la non-conformité

Items pris en compte dans le calcul du critère « risques liés aux soins »

	Nb de dossiers	%
<b>Causes de non-conformité (*)</b>		
Absence d'information sur le statut connu porteur/contact de BMR ou BHR pendant le séjour	49 024	62%
Absence d'information sur la réalisation d'une transfusion ou d'une administration de produits sanguins / dérivés du sang (ou non) durant le séjour	45 076	57%

(\*) Un dossier peut avoir plusieurs causes de non-conformité.

Items non pris en compte dans le calcul du critère « risques liés aux soins »

	Nb de dossiers	%
<b>Causes de non-conformité (*)</b>		
Absence d'information sur la pose d'un dispositif médical implantable (ou non) durant le séjour	61 579	77%
Absence d'information sur la survenue d'évènements indésirables (ou non) pendant le séjour	55 613	70%

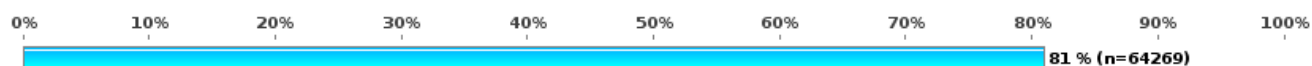
(\*) Un dossier peut avoir plusieurs causes de non-conformité.

### Critère 12 : Actes techniques et examens complémentaires

Dossiers évalués :

79 549

Conclusion ou information sur des actes techniques ou des examens complémentaires réalisés pendant l'hospitalisation retrouvée sur la lettre de liaison à la sortie (ou aucun examen réalisé pendant l'hospitalisation ou résultats d'examens en attente).



### Critère 13 : Traitements médicamenteux

Dossiers évalués :

79 549

Doivent être retrouvés :

- la liste des médicaments à l'entrée du patient ou la mention de l'absence de traitement à l'entrée ; ET
- la liste des médicaments à la sortie du patient (avec pour chaque prescription de médicament : sa dénomination commune, sa posologie (dosage unitaire ET le rythme d'administration), sa voie d'administration ET sa durée de traitement) ou la mention de l'absence de traitement à la sortie.



	Nb de dossiers	%
<b>Causes de non-conformité (*)</b>		
Absence de trace écrite du traitement du patient à son entrée	37 647	47%
Absence de trace écrite d'un traitement de sortie	12 928	16%
Absence de dénomination des médicaments (dossiers évalués=62226)	2 893	5%
Absence de posologie (dossiers évalués=62226)	8 711	14%
Absence de voie d'administration (dossiers évalués=62226)	19 258	31%
Absence de durée du traitement (dossiers évalués=62226)	20 446	33%

(\*) Un dossier peut avoir plusieurs causes de non-conformité.

Pour la campagne nationale 2018, l'item "mention de la suppression, de la modification ou de la poursuite du traitement à l'entrée, ou de la poursuite du traitement habituel" a été recueilli mais ne rentre pas dans le calcul du critère 13.

	Nb de dossiers	%
<b>Retrouve-t-on une mention de la suppression, de la modification, ou de la poursuite du traitement à l'entrée ou du traitement habituel ?(*)</b>		
Oui	21 645	60%
Non	14 612	40%

(\*) Calcul du critère parmi les dossiers où une trace écrite du traitement du patient à son entrée (ou pas de traitement à l'entrée) et une trace écrite d'un traitement de sortie (ou pas de traitement à la sortie) sont retrouvées.

**Critère 14 : Planification des soins**

Dossiers évalués

:79549

Information sur la planification des soins, prévue en amont de l'hospitalisation (ex : programme personnalisé de soins réévalué/à jour...), déjà faite ou à faire par le patient (rendez-vous médicaux (y compris chez le médecin traitant), examens complémentaires à faire, soins infirmiers ou de rééducation).



# Dépistage des troubles nutritionnels - ancien niveau 2

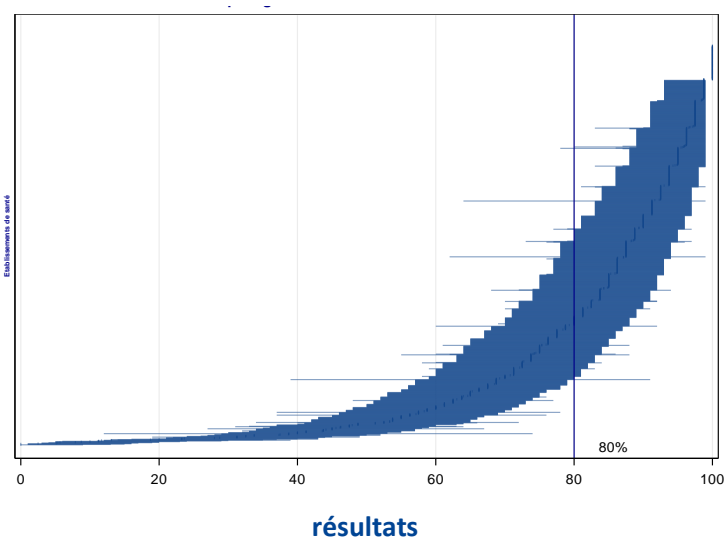
## Résultats nationaux

### ► Ensemble des dossiers analysés

Nombre d'ES	1 147
Nombre de dossiers	89 029
Moyenne	84%

### ► ES éligibles avec au moins 10 dossiers – Distribution des résultats

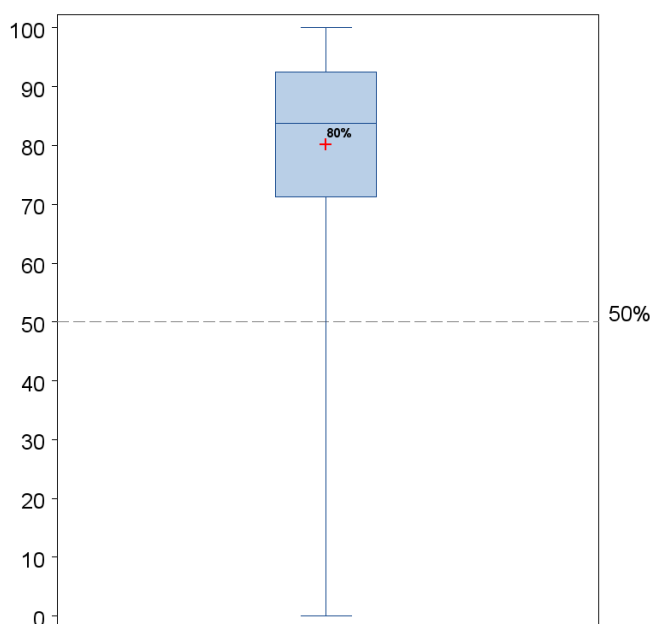
Nombre d'ES	1 143
Nombre de dossiers	89 011
Moyenne pondérée ES	80%
Résultat min obtenu par les ES	0%
1er quartile	71%
Médiane	84%
3ème quartile	93%
Résultat max obtenu par les ES	100%



### ► Représentation BoxPlot de la distribution

Graphique : Représentation BoxPlot de la distribution

Indicateur : Dépistage des troubles nutritionnels - Ancien niveau 2





► **Positionnement des ES par rapport à la moyenne nationale**

	Indicateur : Dépistage des troubles nutritionnels - ancien niveau 2						Total
	Moyenne nationale dépassée		Moyenne nationale atteinte		Moyenne nationale non atteinte		
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
<b>Données 2017</b>	519	45.4	436	38.1	188	16.4	1 143

► **Positionnement des ES par rapport à l'objectif de performance**

	Indicateur : Dépistage des troubles nutritionnels - ancien niveau 2						Total
	Objectif de performance dépassé Classe A		Objectif de performance atteint Classe B		Objectif de performance non atteint Classe C		
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
<b>Données 2017</b>	519	45.4	436	38.1	188	16.4	1 143

► **Évolution des ES par rapport au précédent recueil**

	Indicateur : Dépistage des troubles nutritionnels - ancien niveau 2						Total
	Positive		Stable		Négative		
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
<b>Données 2017</b>	253	23.1	735	67.2	106	9.7	1 094

## Résultats régionaux

### ► Moyennes régionales (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
1 143	80

Régions	Nombre d'ES avec effectif N>= 10	Moyenne régionale pondérée en %
Auvergne-Rhône-Alpes	137	83
Bourgogne-Franche-Comté	53	84
Bretagne	52	81
Centre-Val de Loire	44	78
Corse	10	80
Grand Est	105	86
Guadeloupe	8	45
Guyane	5	38
Hauts de France	102	80
Ile de France	174	73
Martinique	4	86
Normandie	58	79
Nouvelle Aquitaine	107	82
Occitanie	106	84
Océan Indien	10	71
PACA	111	83
Pays de la Loire	49	76

## Résultats par catégorie

### ► Moyennes par catégorie d'établissement (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
1 143	80

Catégorie ES	Nombre d'ES avec effectif N>= 10	Moyenne pondérée par catégorie en %
CH	477	77
CHU	60	73
CLCC	20	90
ESPIC/EBNL	115	83
Privé	471	91

## Informations complémentaires

Dossiers pris en compte pour l'indicateur	
Dossiers évalués :	89029
Dossiers exclus(*) :	37356

(\*) Patient hospitalisé moins de 2 jours ou âgé de moins de 18 ans ou pris en charge au cours des 2 premiers jours du séjour en réanimation ou en soins intensifs ou en surveillance continue ou en maternité ou en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) ou en soins palliatifs

Poids ET Indice de Masse Corporelle (IMC) OU poids Et variation du poids notés dans le dossier au cours des deux premiers jours du séjour (ancien niveau 2)

Tableau des conformités des anciens niveaux 1 et 3 de l'indicateur DTN.

	Nb de dossiers	%
<b>Total de la conformité</b>		
Poids noté dans le dossier au cours des deux premiers jours du séjour (ancien niveau 1)	79 801	90%
Poids ET IMC ET variation du poids notés dans le dossier au cours des deux premiers jours du séjour (ancien niveau 3)	37 360	42%

# Patients et séjours pris en compte

## ► Patients et séjours

### Qualité de la lettre de liaison à la sortie

Age (en années)						Durée des séjours (en jours)					
Moyenne = 60,96 - Ecart-type = 23,77						Moyenne = 6,04 - Ecart-type = 7,44					
Médiane = 66,00						Médiane = 4,00					
Min = 0 - Max = 110						Min = 1 - Max = 396					
			Sexe			Séjour					
	Nb	%		Nb	%		%	%		Nb	%
Moins de 18 ans	4 775	5%	Masculin	39 392	44%	Mono RUM	77 649	87%	Moins de 2	18 013	20%
De 18 à 25 ans	3 604	4%	Féminin	46 698	56%	Multi RUM	11 441	13%	De 2 à 4	32 703	37%
De 26 à 49 ans	17 369	19%	Total	89 090	100%	Total	89 090	100%	De 5 à 29	37 078	42%
De 50 à 64 ans	16 277	18%							30 et plus	1 296	1%
65 ans ou plus	47 065	53%							Total	89 090	100%
Total	89 090	100%									

### Dépistage des troubles nutritionnels - Ancien niveau 2

Age (en années)						Durée des séjours (en jours)					
Moyenne = 68,46 - Ecart-type = 18,30						Moyenne = 7,15 - Ecart-type = 7,27					
Médiane = 71,00						Médiane = 5,00					
Min = 18 - Max = 115						Min = 2 - Max = 198					
			Sexe			Séjour					
	Nb	%		Nb	%		%	%		Nb	%
Moins de 18 ans	0	0%	Masculin	41 423	47%	Mono RUM	84 538	95%	Moins de 2	0	0%
De 18 à 25 ans	2 219	2%	Féminin	47 606	53%	Multi RUM	4 491	5%	De 2 à 4	41 870	47%
De 26 à 49 ans	12 427	14%	Total	89 029	100%	Total	89 029	100%	De 5 à 29	45 748	51%
De 50 à 64 ans	17 451	20%							30 et plus	1 411	2%
65 ans ou plus	56 932	64%							Total	89 029	100%
Total	89 029	100%									

## ► Informatisation des séjours pris en compte pour l'indicateur

### Qualité de la lettre de liaison à la sortie

	Nb	%
Oui	20 967	24
Non	2 939	3
Partiellement	65 184	73
Total	89 090	100

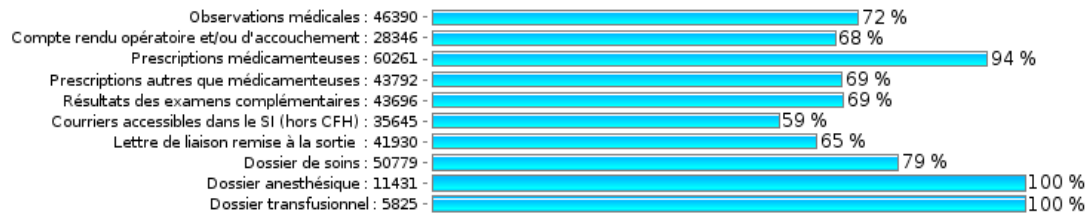
### Informatisation partielle



### Dépistage des troubles nutritionnels - Ancien niveau 2

	Nb	%
Oui	22 247	25
Non	2 270	3
Partiellement	64 512	72
Total	89 029	100

### Informatisation partielle



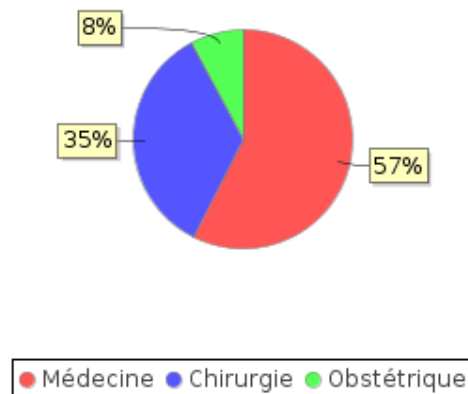
### ► Dossiers traités

#### Qualité de la lettre de liaison à la sortie

		Nb	%
	Retrouvés et évalués	12 8645	98%
Dossiers non évalués	Dossiers exclus pour cause d'incohérence PMSI	570	0%
	Dossiers exclus car le patient ne souhaite pas que les données le concernant soient exploitées	145	0%
	Non retrouvés	1 299	1%
Total		130 659	100%

#### Activité de soins MCO

	Nb	%
Médecine	51 140	57%
	31 053	35%
Obstétrique	6 897	8%
Non attribuée	0	0%
Total	89 090	100%

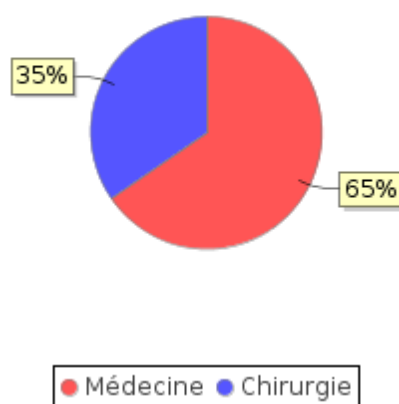


## Dépistage des troubles nutritionnels - Ancien niveau 2

		Nb	%
	Retrouvés et évalués	128 645	98%
Dossiers non évalués	Dossiers exclus pour cause d'incohérence PMSI	570	0%
	Dossiers exclus car le patient ne souhaite pas que les données le concernant soient exploitées	145	0%
	Non retrouvés	1 299	1%
Total		130 659	100%

## Activité de soins MCO

	Nb	%
Médecine	58 231	65%
Chirurgie	30 798	35%
Obstétrique	0	0%
Non attribuée	0	0%
Total	89 029	100%





Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur

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