



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Indicateurs de qualité généralisés
Analyse descriptive des résultats agrégés 2009
ANNEXE

Facteurs associés à la variabilité des résultats

Étude complémentaire des rapports 2008 et 2009 :

« Analyse descriptive des résultats agrégés »

Ces documents sont téléchargeables sur www.has-sante.fr

SOMMAIRE

Introduction	5
Méthodes	6
Deux thèmes et 5 indicateurs	6
Analyse statistique	7
Descriptif des facteurs associés : Thème « Dossier patient »	9
Type d'établissements de santé	9
Type d'activité	9
Caractéristiques des patients	11
Résultats : Thème « Dossier patient »	13
Population - Analyse descriptive	13
Établissements de santé « non répondants »	13
Indicateur « Tenue du dossier patient »	15
Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation complet »	19
Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur »	21
Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels - Mesure du poids »	23
Descriptif des facteurs associés : Thème « Tenue du dossier anesthésique »	25
Type d'établissements de santé	25
Type de séjour	25
Caractéristiques des patients	27
Résultats : Thème « Tenue du dossier anesthésique »	29
Population - Analyse descriptive	29
Établissements de santé « non répondants »	29
Analyses statistiques complémentaires	31
Conclusion	32

INTRODUCTION

Dans un cadre national et international favorable, la France a débuté en 2004 le processus de généralisation d'indicateurs de qualité par la mise en place du tableau de bord des infections nosocomiales, qui comprend aujourd'hui cinq indicateurs. Il s'est poursuivi en 2007 avec la mise en ligne par le Ministère de la Santé d'une plateforme d'informations sur les établissements de santé (ES) (www.platines.sante.gouv.fr).

Le Ministère de la Santé coordonne depuis 2004 la généralisation des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales, assure la production des résultats et leur diffusion. Pour sa part, la Haute Autorité de Santé (HAS) coordonne depuis 2008 la généralisation des indicateurs qui nécessitent une analyse des dossiers des patients, assure la production des résultats et les intègre dans un rapport annuel d'analyse consolidée.

Ce processus de généralisation s'inscrit dans une dynamique internationale engagée depuis une quinzaine d'années et marquée par l'émergence, en Europe et dans les pays transatlantiques, de nombreuses initiatives de recueil d'indicateurs de qualité des soins. Celles-ci visent à renforcer les stratégies d'amélioration de la qualité déjà en place : évaluation externe des hôpitaux (accréditation ou certification), évaluation des pratiques professionnelles (audit, revue de morbi-mortalité, revue de pertinence des soins), recommandations de bonnes pratiques, etc.). Elles répondent également aux besoins de transparence et d'information exprimés par les patients qui souhaitent participer aux choix concernant leur santé.

En 2008, la HAS a généralisé le recueil d'indicateurs de qualité à l'ensemble des établissements ayant des activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO). Ces indicateurs, issus du projet COordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière (www.compaqh.fr), sont intégrés à la nouvelle procédure de certification des établissements de santé (« V2010 ») et sont renseignés chaque année.

En juin 2009, une analyse descriptive des résultats obtenus a été publiée dans un rapport, résultats n'ayant pas vocation à être diffusés publiquement puisque s'agissant de la première campagne. Ce rapport annonçait la réalisation d'analyses statistiques complémentaires afin de mieux caractériser les facteurs associés aux résultats présentés.

Ces analyses ont été d'abord conduites sur les données de la campagne MCO 2008 afin d'identifier, quand ils apparaissaient pertinents, les facteurs associés aux variabilités observées. Une analyse visant à confirmer les hypothèses posées a ensuite été menée sur la base de données MCO 2009.

Les résultats de ces analyses complémentaires, concernant les indicateurs des thèmes « dossier patient » et « dossier d'anesthésie », sont décrits dans le présent rapport.

MÉTHODES

Le premier recueil généralisé des indicateurs de qualité a concerné l'ensemble des établissements ayant des activités de médecine, chirurgie et obstétrique, soit 1 314 établissements (données PMSI), à l'exception des hôpitaux locaux, des structures d'hospitalisation à domicile (HAD) et des centres spécialisés de dialyse.

Deux thèmes et 5 indicateurs

5 indicateurs, portant sur deux thèmes, ont été généralisés :

■ **Le thème « Dossier patient » qui se décline en 4 indicateurs :**

1. la tenue du dossier patient ;
2. le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation ;
3. le dépistage des troubles nutritionnels ;
4. la traçabilité de l'évaluation de la douleur avec une échelle.

■ **Le thème « Tenue du dossier anesthésique », qui recouvre un seul indicateur.**

► Tirage au sort

Pour évaluer ces 5 indicateurs, deux tirages au sort de dossiers patients ont été réalisés :

1. 80 dossiers pour le thème « Dossier patient » ;
2. 60 dossiers pour le thème « Tenue du dossier anesthésique ».

Le nombre de dossiers évalués est identique quelles que soient la taille et la catégorie des établissements de santé participant à la généralisation. En effet, ce nombre de dossiers, relativement faible, est un compromis entre une charge de travail acceptable, tout type de structure confondu, et statistiquement suffisant pour permettre d'avoir une estimation de la qualité des dossiers évalués (un intervalle de confiance à 95 % est présenté avec le résultat de chaque indicateur. L'intervalle de confiance est calculé sur l'échantillon et ne tient pas compte de l'activité de l'ES). Un seuil minimum de 30 dossiers à évaluer par établissement a été retenu pour que l'établissement entre dans les comparatifs nationaux : il est alors possible d'assumer que la distribution est normale et de calculer des intervalles de confiance.

► Outils de recueil

Des outils informatiques ont été développés par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) en partenariat avec la HAS :

- un logiciel de tirage au sort des séjours à analyser (Lotas) qui s'appuie sur les données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) :
 - de l'année 2007 pour le recueil 2008 ;
 - du premier semestre 2009 pour le recueil 2009.

Ce logiciel fonctionne avec le fichier des résumés de sortie standardisés ayant servi à la production des résumés de sortie anonymisés.

- une plateforme internet sécurisée (Qualhas) à laquelle chaque établissement se connecte à l'aide d'un identifiant et d'un mot de passe afin de saisir les informations.

Ces outils permettent également la restitution en temps réel des résultats individuels descriptifs pour chacun des indicateurs recueillis par l'établissement et la mise en ligne des résultats comparatifs dès la clôture des recueils par la HAS.

Analyse statistique

Pour chaque campagne de recueil, une série de facteurs issus du recueil ou du PMSI ont été identifiés comme pouvant être potentiellement associés à la variabilité des résultats. L'analyse complémentaire réalisée au niveau des séjours tirés au sort a pour objectif d'évaluer si des niveaux différents de qualité existent en fonction des caractéristiques des patients ou de leur prise en charge.

Ce travail consiste en une analyse de variance en tenant compte des variables disponibles jugées pertinentes pour éclairer les différences observées. L'analyse a pour objectif de mesurer l'impact de chaque variable contrôlée sur les autres. Les variables utilisées ont été sélectionnées en fonction de chaque indicateur.

Étant donné le nombre important de dossiers analysés, les différences sont le plus souvent significatives ($p < 0,05$) : l'analyse s'attachera à identifier les facteurs présentant des écarts importants.

THÈME « DOSSIER PATIENT »



DESCRIPTIF DES FACTEURS ASSOCIÉS :

THÈME « DOSSIER PATIENT »

Type d'établissements de santé

Catégories « PLATINES » (2008)	Thème « Dossier patient »	
	Nbre de dossiers	%
1 - CH (n = 292) et PSPH (n = 89) de moins de 300 lits et places	30 531	34,2
2 - CH (n = 108) et PSPH (n = 4) de plus de 300 lits et places)	9 060	10,1
3 - Privés de moins de 100 lits et places (n = 284)	22 814	25,5
4 - Privés de plus de 100 lits et places (n = 265)	21 300	23,8
5 - CHU (n = 51) ¹	4 079	4,6
6 - CLCC (n = 20)	1 600	1,8
Total	89 384	100

Type d'activité

Type d'activité (2008)	Thème « Dossier patient »	
	Nbre de dossiers	%
Médecine	45 254	50,6
Chirurgie	36 775	41,1
Obstétrique	7 355	8,2
Total	89 384	100

Caractéristiques du séjour (2008)	Thème « Dossier patient »	
	Nbre de dossiers	%
Mono-Unité	81 431	91,1
Multi-Unités	7 953	8,9
Total	89 384	100

1. L'AP-HP a effectué un recueil dans 22 ES.

Durée de séjour (2008)	Thème « Dossier patient »	
	Nbre de dossiers	%
1 jour	17 865	20
Entre 2-3 jours	25 797	28,9
Entre 4-7 jours	20 535	23
Plus de 7 jours	25 187	28,2
Total	89 384	100

2008	Thème « Dossier patient »					
Durée du séjour \ Type d'activité	Médecine		Chirurgie		Obstétrique	
	Nbre de dossiers	%	Nbre de dossiers	%	Nbre de dossiers	%
1 jour	9 651	21,3	7 652	20,8	562	7,6
Entre 2-3 jours	10 983	24,3	13 584	36,9	1 230	16,7
Entre 4-7 jours	8 592	19	7 396	20,1	4 547	61,8
Plus de 7 jours	16 028	35,4	8 143	22,1	1 016	13,8
Total	45 254	100	36 775	100	7 355	100

La durée de séjour varie en fonction du secteur de prise en charge :

- en médecine, 1/3 des patients sont hospitalisés plus 7 de jours ;
- en chirurgie, 1/3 des séjours durent entre 2 et 3 jours ;
- en obstétrique, 2/3 des patientes sont hospitalisées entre 4 et 7 jours.

Informatisation du dossier	Thème « Dossier patient »			
	2008		2009	
	Nbre de dossiers	%	Nbre de dossiers	%
Oui	1 222	1,4	2 522	2,8
Partiellement	39 526	44,2	39 513	43,2
Non	48 636	54,4	49 428	54
Total	89 384	100	91 463	100

L'informatisation des dossiers est peu implantée dans les ES, et sa montée en charge reste lente : plus d'un dossier sur deux est encore entièrement « papier » en 2009.

Caractéristiques des patients

Âge des patients (2008)	Thème « Dossier patient »	
	Nbre de dossiers	%
1 - Moins de 18 ans	5 942	6,7
2 - Entre 18-60 ans	38 276	42,8
3 - Entre 60-75 ans	19 368	21,7
4 - Plus de 75 ans	25 798	28,9
Total	89 384	100

Les plus de 75 ans ne représentent que 8.8% de la population générale (INSEE) et près de 30% des patients hospitalisés.

Caractéristiques des établissements « Non Répondants »		
	Nbre d'ES	
Catégories « PLATINES »	2008	2009
CH et PSPH de moins de 300 lits/places	35	15
CH et PSPH de 300 lits/places et plus	12	1
Privés de moins de 100 lits/places	34	16
Privés de 100 lits/places et plus	11	5
CHU	1	0
CLCC	0	0
Autres*	6	-
Total	99	37
Discipline (SAE 2007)		
MCO	30	13
M / O / MO	22	12
C	19	6
MC	17	5
CO	5	1
Autres*	6	-
Total	99	37

* pour 6 établissements, les données SAE 2007 ne sont pas disponibles.

RÉSULTATS

THÈME « DOSSIER DU PATIENT »

Population - Analyse descriptive

En 2008, sur les 1 217 ES concernés par les quatre indicateurs du thème « dossier du patient », 1 118 ont effectué le recueil (48 % de statut public).

Établissements de santé « non répondants »

En 2008, seuls 99 établissements n'ont pas participé à cette campagne de recueil. La majorité de ces ES non répondants (69 %) sont des structures de faible capacité : publiques (35 %) et privées (34 %). L'ensemble des CLCC a participé et 1 seul CHU n'a pas effectué le recueil.

Parmi les établissements « non répondants », on retrouve une répartition équivalente entre les établissements mono (Chirurgie ou Obstétrique) et pluri-disciplinaires.

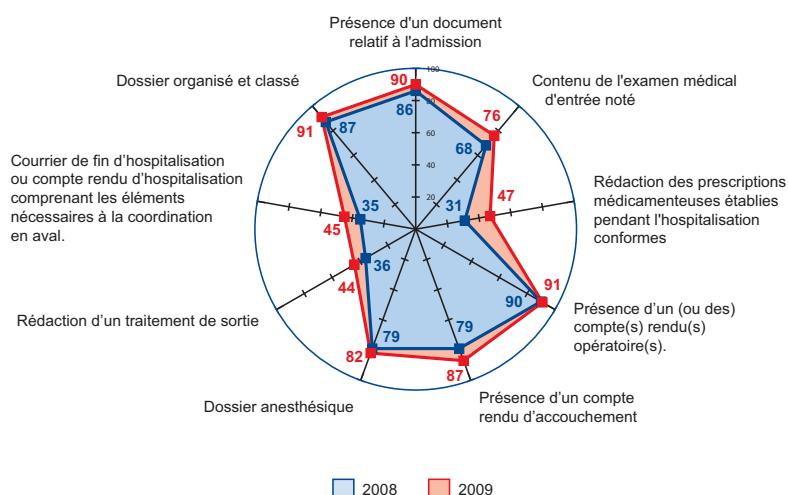
En 2008, mis à part la région Aquitaine et le service de santé des armées, toutes les régions avaient au moins un établissement n'ayant pas fait le recueil des indicateurs.

En 2009, 10 régions n'ont eu aucun ES « non répondant » (Martinique, Réunion, Haute Normandie, Centre, Bourgogne, Lorraine, Bretagne, Limousin, Auvergne, Languedoc Roussillon).

En 2009, le nombre d'établissements non répondant a fortement diminué. Parmi eux, 17 établissements n'ont participé à aucune des 2 campagnes de recueil : 7 privés, 7 CH et 3 PSPH.

Des établissements ont justifié leur non participation au regard d'un changement total d'activité (passage de MCO à SSR), d'un problème de compatibilité informatique vis-à-vis du PMSI, d'une fusion d'établissements au cours de l'année du recueil.

Graphique 1 – Critères² composant le score de la « Tenue du dossier patient »



Analyse Multivariée : « Tenue du dossier patient »		
Variables	Moyenne ajustée ³	
	2008 : 62 %	2009 : 70 %
Catégories « PLATINES »	p < 0,0001	p < 0,0001
1 - CH et ENL de moins de 300 lits/places	67,5	72,7
2 - CH et ENL de 300 lits/places et plus	66,6	69,5
3 - Privés de moins de 100 lits/places	64,9	72,9
4 - Privés de 100 lits/places et plus	63,4	69,3
5 - CHU	70,9	72
6 - CLCC	69,9	75,7
Type d'activité	p < 0,0001	p < 0,0001
Médecine	66,9	72
Chirurgie	69,7	74,3
Obstétrique	65	69,7
Caractéristiques du séjour	p < 0,0001	p = 0,1077
Mono-Unité	66,5	72,2
Multi-Unités	67,9	71,8
Informatisation du dossier	p < 0,0001	p < 0,0001
Oui	73,7	77,9
Partiellement	66,3	71,4
Non	61,6	66,7
Âge des patients	p < 0,0001	p < 0,0001
1 - Moins de 18 ans	69	73,4
2 - Entre 18-60 ans	66,9	71,4
3 - Entre 60-75 ans	66,3	71,1
4 - Plus de 75 ans	66,6	72,1
Durée de séjour	p < 0,0001	p < 0,0001
1 jour	63,2	66,7
Entre 2-3 jours	66,4	71,2
Entre 4-7 jours	68,7	74
Plus de 7 jours	70,5	76,1

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

3. Chaque résultat présenté prend en compte, dans une analyse multivariée, les autres facteurs analysés.

Indicateur « Tenue du dossier patient »

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

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

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

La moyenne inter-établissements du score de qualité de la tenue du dossier patient est de 62 % en 2008 et 70 % en 2009. Les critères de qualité qui ont les moins bons résultats sont ceux qui évaluent la qualité de la rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation ou à la sortie, ainsi que le contenu du courrier de fin d'hospitalisation (ou compte rendu d'hospitalisation).

► Analyses statistiques complémentaires

► Facteurs associés à la qualité du dossier

En 2008, les dossiers tirés au sort et analysés dans les CHU et les CLCC ont les meilleurs scores. L'informatisation améliore la qualité de tenue du dossier, même si elle ne représente que 1,4 % des dossiers analysés. À l'inverse, la qualité de tenue du dossier varie peu en fonction du secteur de prise en charge. Enfin, plus la durée de séjour est longue, meilleure est la tenue du dossier.

Ces constats sont confirmés par les données 2009 qui objectivent également une amélioration des résultats toutes catégories d'ES confondues. Ce sont les dossiers analysés au sein des CLCC qui obtiennent, en moyenne, les meilleurs scores.

Qualité de rédaction des prescriptions médicamenteuses pendant l'hospitalisation (% d'éléments tracés)				
	2008		2009	
	Dossier non informatisé N = 72 848 (87 %)	Dossier informatisé N = 11 325 (13 %)	Dossier non informatisé N = 67 358 (79 %)	Dossier informatisé N = 18 371 (21 %)
Prescriptions retrouvées et conformes	24,9	67,1	37,7	78,3
Prescriptions médicamenteuses retrouvées	90,7	96	93	96,3
<i>Si prescriptions médicamenteuses retrouvées, présence de :</i>				
1 - Nom et prénom du patient	96,7	98,8	98,1	99,3
2 - Date de prescription	88,7	96,7	90,9	98,1
3 - Signature du prescripteur	52,5	77,6	62,6	86,9
4 - Nom du prescripteur	47,7	81,9	60,3	89,6
5 - Dénomination des médicaments	96,9	98,2	98,5	98,9
6 - Posologie	88,3	95,2	92,4	97,5

► Analyse du lien entre le critère « prescriptions médicamenteuses » et l'informatisation de la prescription

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

Pour étayer cette hypothèse, la rédaction des prescriptions médicamenteuses (en cours d'hospitalisation ou à la sortie) a été analysée (sur la base 2008) en fonction de leur informatisation :

- les prescriptions médicamenteuses sont informatisées dans 13 % des dossiers analysés ;
- les prescriptions médicamenteuses informatisées sont correctement rédigées dans 67 % des cas alors qu'elles ne le sont que pour 25 % des prescriptions non informatisées ;
- l'informatisation de la prescription médicamenteuse améliore sa disponibilité (96 % vs 90,7 %) et la qualité des informations contenues notamment pour ce qui concerne l'identification du prescripteur (signature : 77,6 % vs 52,5 % et nom : 81,9 % vs 47,7 %).

Ces constats sont confirmés par l'analyse des données 2009 :

- l'informatisation des prescriptions progresse : + 8 points ;
- l'informatisation des prescriptions reste peu développée : 1/5 prescriptions sont informatisées ;
- l'informatisation améliore sensiblement le classement des prescriptions (96 % prescriptions retrouvées) et la qualité de leur rédaction (tous les critères ont un score > 90 %).

Analyse Multivariée : « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation complet »		
Variables	Moyenne ajustée	
	2008 : 26 %	2009 : 34 %
Catégories « PLATINES »	p < 0,0001	p < 0,0001
1 - CH et ENL de moins de 300 lits/places	32,9	38,5
2 - CH et ENL de 300 lits/places et plus	34,6	35,1
3 - Privés de moins de 100 lits/places	18,8	28
4 - Privés de 100 lits/places et plus	16,2	22,6
5 - CHU	28,1	28,5
6 - CLCC	38,5	39,1
Type d'activité	p < 0,0001	p < 0,0001
Médecine	34,8	39,2
Chirurgie	25,4	31,1
Obstétrique	24,4	25,7
Caractéristiques du séjour	p < 0,0001	p = 0,1598
Mono-Unité	26,6	32,3
Multi-Unités	30	31,6
Informatisation du dossier	p < 0,0001	p < 0,0001
Oui	29,1	33,8
Partiellement	29,6	33
Non	25,9	29,1
Âge des patients	p < 0,0001	p < 0,0001
1 - Moins de 18 ans	28	31,9
2 - Entre 18-60 ans	26,7	30,8
3 - Entre 60-75 ans	27,8	31,1
4 - Plus de 75 ans	30,3	34,2
Durée de séjour	p < 0,0001	p < 0,0001
1 jour	20,8	22,3
Entre 2-3 jours	26,1	29,1
Entre 4-7 jours	31,2	35,6
Plus de 7 jours	34,5	41

Présence du courrier de fin d'hospitalisation dans le dossier			
		2008 % - N = 87 073	2009 % - N = 90 529
Courrier retrouvé		79,6	82,4
Catégories « PLATINES »	1 - CH et ENL de moins de 300 lits/places	88,1	91,2
	2 - CH et ENL de 300 lits/places et plus	87,8	90,9
	3 - Privés de moins de 100 lits/places	69,3	71,7
	4 - Privés de 100 lits/places et plus	72,5	75,1
	5 - CHU	84,1	87,1
	6 - CLCC	91	94,2
Type d'activité	Médecine	87,3	88,6
	Chirurgie	72,8	77,3
	Obstétrique	65,1	72,1
Informatisation	Oui	80,5	87,5
	Partiellement	84,5	85,6
	Non	75,3	78,4
Durée de séjour	1 jour	70,1	73,4
	Entre 2-3 jours	76,3	89
	Entre 4-7 jours	80,4	84,6
	Plus de 7 jours	88,6	91,8

Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation complet »

Le courrier de fin d'hospitalisation, document signé par un médecin de l'établissement et adressé au médecin de ville ou à la structure de transfert, ou encore remis au patient le jour de sa sortie, est un élément essentiel de la continuité des soins.

L'envoi des courriers de fin d'hospitalisation doit être effectué réglementairement dans un délai de 8 jours.

L'indicateur évalue la qualité et le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation.

En moyenne, au niveau national, 26 % des séjours en 2008 avaient un courrier de fin d'hospitalisation précisant tous les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins et adressés dans un délai inférieur ou égal à huit jours, et 34 % en 2009.

► Analyses statistiques complémentaires

► Facteurs associés aux résultats de l'indicateur

Les éléments recherchés pour évaluer cet indicateur renvoient à des pratiques organisationnelles optimisées nécessitant notamment une coordination entre les soignants pour préparer la sortie du patient et le personnel administratif pour finaliser et adresser le courrier aux professionnels d'aval.

L'informatisation du dossier, même si elle améliore la formalisation du courrier a peu d'impact sur ces pratiques organisationnelles.

C'est au sein des établissements privés que cet indicateur a les moins bons résultats : pour 30 % des séjours, il n'a été retrouvé ni courrier ni compte rendu de fin d'hospitalisation.

Le médecin généraliste qui prend en charge une femme après un accouchement, ne reçoit aucune information hospitalière pour plus d'une patiente sur 3.

Enfin, les résultats de cet indicateur sont moins bons quand les séjours sont de courte durée.

Analyse Multivariée : «Traçabilité de l'évaluation de la douleur »		
Variables	Moyenne ajustée	
	2008 : 40 %	2009 : 52 %
Catégories « PLATINES »	p < 0,0001	p < 0,0001
1 - CH et ENL de moins de 300 lits/places	24,7	39,1
2 - CH et ENL de 300 lits/places et plus	19,3	30
3 - Privés de moins de 100 lits/places	41,3	59,7
4 - Privés de 100 lits/places et plus	50,9	63,4
5 - CHU	37,1	45,1
6 - CLCC	59,8	75,8
Type d'activité	p < 0,0001	p < 0,0001
Médecine	31,2	43,9
Chirurgie	60	72,9
Obstétrique	25,3	40,7
Caractéristiques du séjour	p = 0,2083	p = 0,3803
Mono-Unité	39,2	52,3
Multi-Unités	38,5	52,7
Informatisation du dossier	p < 0,0001	p < 0,0001
Oui	40,5	56,7
Partiellement	39,5	51,5
Non	36,6	49,3
Âge des patients	p < 0,0001	p < 0,0001
1 - Moins de 18 ans	37	48,5
2 - Entre 18-60 ans	41,9	55,78
3 - Entre 60-75 ans	41,1	55,3
4 - Plus de 75 ans	35,5	50,6
Durée de séjour	p < 0,0001	p < 0,0001
1 jour	33,9	46,5
Entre 2-3 jours	39,3	53,6
Entre 4-7 jours	40,4	55
Plus de 7 jours	41,9	55,1

Évaluation de la douleur avec une échelle								
	Médecine		Chirurgie		Obstétrique		Total	
	2008 N = 45 254	2009 N = 46 612	2008 N = 36 775	2009 N = 36 406	2008 N = 7 355	2009 N = 8 398	2008 N = 89 384	2009 N = 91 416
Oui	28 %	41 %	67 %	80 %	26 %	42 %	44 %	57 %

Suivi de la douleur avec une échelle chez le patient algique								
	Médecine		Chirurgie		Obstétrique		Total	
	2008 N = 9 832	2009 N = 14 532	2008 N = 21 501	2009 N = 25 369	2008 N = 1 704	2009 N = 3 109	2008 N = 33 037	2009 N = 43 010
Oui	83 %	84 %	91 %	93 %	89 %	91 %	88 %	90 %

Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur »

La prise en charge de la douleur est une priorité de santé publique (plans nationaux de lutte contre la douleur 2002-2005 et 2006-2010).

Cet indicateur évalue la traçabilité de l'évaluation de la douleur avec une échelle dans le dossier patient. Il est présenté sous la forme d'un taux, et correspond à la proportion de séjours pour lesquels il existe au moins un résultat de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du patient non algique ou au moins deux résultats de mesure de la douleur dans le dossier du patient algique. Dans le cas d'un patient algique, la première mesure, réalisée avec une échelle, diagnostique la présence de douleur, la deuxième mesure est considérée comme une mesure de suivi qui doit également être réalisée avec une échelle.

En 2008, la traçabilité de l'évaluation de la douleur avec une échelle, qui constitue un préalable à la prise en charge et au suivi adapté du patient douloureux, est en moyenne à 40 % ; la variabilité des résultats est importante, ainsi, pour la moitié des établissements, la douleur n'est évaluée que pour 1 patient sur 3. En 2009, une amélioration des résultats est montrée avec une moyenne inter-établissements et une médiane aux alentours de 50 %.

► Analyses statistiques complémentaires

► Facteurs associés aux résultats de l'indicateur

Les éléments recherchés pour évaluer cet indicateur reposent sur une nécessaire traçabilité des évaluations réalisées quel qu'en soit le résultat (patient algique ou non) et sur les modalités de cette évaluation (utilisation d'échelles validées).

C'est dans les établissements privés de 100 lits et plus (51 %) et dans les CLCC (60 %) que la douleur est le plus souvent évaluée. En chirurgie, l'évaluation de la douleur est tracée dans 60 % des dossiers alors qu'en médecine et en obstétrique, elle n'est retrouvée que pour respectivement 31 % et 25 %.

L'amélioration des pratiques démontrée par les résultats 2009 confirme également la persistance de leur variabilité :

- variabilité entre les catégories d'établissements : l'évaluation de la douleur est mieux tracée dans les CLCC et les établissements privés, quelle que soit leur taille ;
- variabilité entre les types d'activité : en chirurgie cette évaluation est conforme pour ¾ des patients.
- variabilité en fonction de l'âge des patients : chez les enfants et les personnes âgées, l'évaluation de la douleur est le moins souvent tracée ;

L'amélioration observée lors des résultats 2009 est liée à :

- une amélioration des pratiques quant à l'utilisation d'échelle pour évaluer la douleur ;
- un suivi adapté des patients algiques par une évaluation de suivi de la douleur avec une échelle.

Analyse Multivariée : « Dépistage des troubles nutritionnels »		
Variables	Moyenne ajustée 2009	
	Niveau 1 75 %	Niveau 3 7 %
Catégories « PLATINES »	p < 0,0001	p < 0,0001
1 - CH et ENL de moins de 300 lits/places	69,2	5,4
2 - CH et ENL de 300 lits/places et plus	65,8	3,5
3 - Privés de moins de 100 lits/places	83	7,9
4 - Privés de 100 lits/places et plus	82	4,6
5 - CHU	75,8	8
6 - CLCC	89,4	30,4
Type d'activité	p < 0,0001	p < 0,0001
Médecine	72,7	12,1
Chirurgie	82,4	7,9
Caractéristiques du séjour	p < 0,0001	p < 0,0001
Mono-Unité	79,7	11,3
Multi-Unités	75,4	8,7
Informatisation du dossier	p < 0,0001	p < 0,0001
Oui	82,7	12
Partiellement	75,9	10,1
Non	74	7,9
Âge des patients	p < 0,0001	p < 0,0001
1 - Entre 18-60 ans	79,1	10,9
2 - Entre 60-75 ans	79,6	10,7
3 - Plus de 75 ans	73,9	8,4
Durée de séjour	p < 0,0001	p < 0,0001
Entre 2-3 jours	76	8,6
Entre 4-7 jours	76,5	10,1
Plus de 7 jours	80,2	11,3

Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels - Mesure du poids »

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

L'analyse complémentaire porte uniquement sur l'année 2009. En effet, les consignes de remplissage ont été précisées entre les 2 campagnes et permettent pour l'évaluation 2009 de récupérer les informations tracées lors de la consultation anesthésique. Cette précision apportée dans les consignes a modifié les conditions de l'évaluation du critère pour le deuxième recueil. Dans ces conditions, il n'est pas possible d'affirmer si l'évolution de l'indicateur est liée à la précision des consignes ou à l'amélioration des pratiques.

Les résultats montrent qu'en moyenne, le poids est tracé dans 75 % des dossiers alors que le calcul de l'IMC et l'information sur la variabilité du poids ne se retrouvent que dans 7 % des dossiers : autrement dit, deux patients sur trois sont pesés en début de séjour et moins d'un patient sur dix a une évaluation des troubles nutritionnels conforme aux recommandations.

► Analyses statistiques complémentaires

► Facteurs associés au dépistage des troubles nutritionnels

Dépister les troubles nutritionnels nécessite de peser le patient, de l'interroger sur l'évolution récente de son poids et de calculer son indice de masse corporelle.

Le poids est tracé dans le dossier plus de 8 fois sur 10 pour les patients hospitalisés :

- dans les CLCC et les établissements privés ;
- pour des séjours en chirurgie (à noter à l'inverse que pour 20 % des patients qui sont opérés, le poids n'est pas tracé alors que cette information doit être prise en compte pour conduire l'anesthésie) ;
- pour des séjours de plus de 7 jours ;
- si le dossier est informatisé.

À l'inverse, chez le sujet âgé, le poids est moins tracé et les troubles nutritionnels sont évalués pour moins d'un patient sur dix.

THÈME « TENUE DU DOSSIER ANESTHÉSIQUE »



DESCRIPTIF DES FACTEURS ASSOCIÉS : THÈME « TENUE DU DOSSIER ANESTHÉSIQUE »

Type d'établissements de santé

Catégories « PLATINES » (2008)	Thème « Tenue du dossier anesthésique »	
	Nbre de dossiers	%
1 - CH (n = 228) et PSPH (n = 55) de moins de 300 lits et places	17 023	28,3
2 - CH (n = 111) et PSPH (n = 4) de plus de 300 lits et places	6 968	11,6
3 - Privés de moins de 100 lits et places (n = 253)	15 989	26,6
4 - Privés de plus de 100 lits et places (n = 264)	15 920	26,5
5 - CHU (n = 51)	3 039	5,1
6 - CLCC (n = 19)	1 140	1,9
Total	60 079	100

Type de séjour

Type d'activité (2008)	Thème « Tenue du dossier anesthésique »	
	Nbre de dossiers	%
Médecine	16 310	27,2
Chirurgie	36 675	61
Obstétrique	7 094	11,8
Total	60 079	100

Les actes d'endoscopie sous anesthésie représentent près de 60 % de l'activité « médecine ».

Informatisation du dossier	Thème « Tenue du dossier anesthésique »			
	2008		2009	
	Nbre de dossiers	%	Nbre de dossiers	%
Oui	786	1,3	1 856	3,1
Partiellement	12 304	20,5	14 721	24,2
Non	46 989	78,2	44 193	72,7
Total	60 079	100	60 077	100

En 2007, l'informatisation du dossier d'anesthésie était très peu développée (1,3 %) et la tendance évolutive ne témoigne pas d'une montée en charge rapide (3,1 % en 2009).

Intervention programmée (2008)	Thème « Tenue du dossier anesthésique »	
	Nbre de dossiers	%
Oui	50 158	83,5
Non	9 921	16,5
Total	60 079	100

Ambulatoire	Thème « Tenue du dossier anesthésique »			
	2008		2009	
	Nbre de dossiers	%	Nbre de dossiers	%
Ambulatoire ⁴	29 780	49,6	23 316	38,4
Hospitalisation complète	30 299	50,4	37 454	61,6
Total	60 079	100	60 770	100

Plus de 80 % des interventions sont programmées et moins de 40 % sont réalisées en ambulatoire.

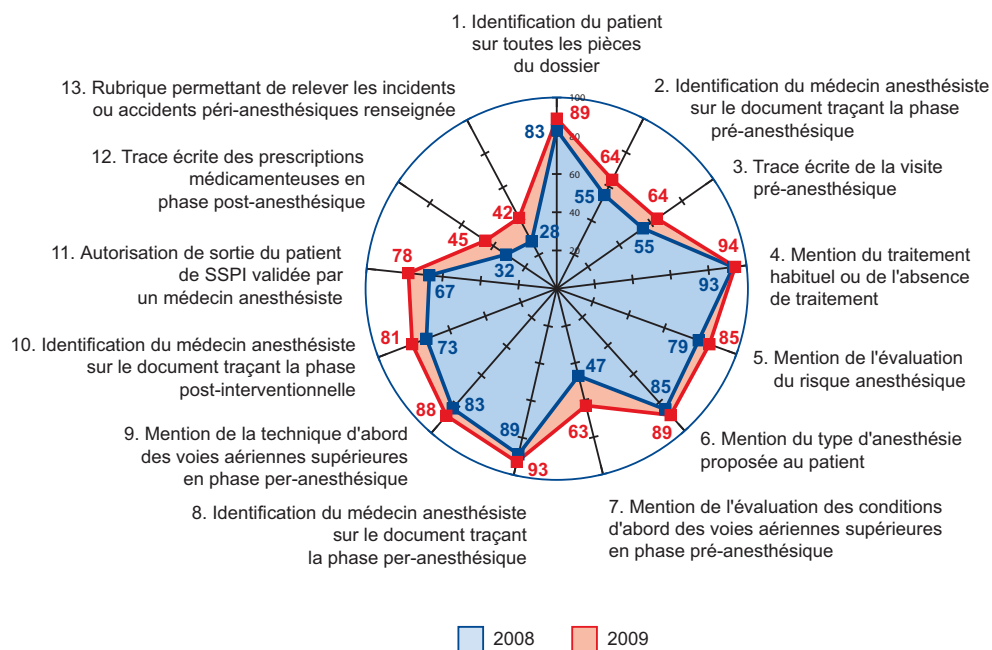
Il n'est pas possible d'analyser l'évolution Ambulatoire/Hospitalisation complète entre 2008 et 2009. En effet, en 2008, les séjours de moins de 48 heures sont considérés comme ambulatoires (codes GHM 24).

4.

Caractéristiques des patients

Âge des patients (2008)	Thème « Tenue du dossier anesthésique »	
	Nbre de dossiers	%
1 - Moins de 18 ans	5 538	9,2
2 - Entre 18-60 ans	32 245	53,7
3 - Entre 60-75 ans	12 811	21,3
4 - Plus de 75 ans	9 485	15,8
Total	60 079	100

Graphique 2 – Critères composant le score de la « Tenue du dossier anesthésique »



Caractéristiques des établissements « Non Répondants »		
	Nbre d'ES	
Catégories « PLATINES »	2008	2009
CH et PSPH de moins de 300 lits/places	15	10
CH et PSPH de 300 lits/places et plus	5	1
Privés de moins de 100 lits/places	22	15
Privés de 100 lits/places et plus	9	5
CHU	1	0
CLCC	0	0
Total	52	31
Discipline (SAE 2007)		
MCO	16	14
M / O / MO	14	7
C	14	5
MC	4	4
CO	4	1
Total	52	31

RÉSULTATS

THÈME « TENUE DU DOSSIER ANESTHÉSIQUE »

Le dossier d'anesthésie constitue un élément essentiel de la continuité des soins. Il contient l'ensemble des informations concernant les phases pré-, per- et post-anesthésiques, et contribue au partage de l'information entre les différents médecins intervenant à chaque étape de la prise en charge anesthésique. Ce support d'information constitue un élément indispensable à la coordination des soins et participe à la maîtrise du risque anesthésique.

L'indicateur qui évalue la tenue du dossier anesthésique, est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100 calculé à partir de 13 critères au maximum. La qualité de la tenue du dossier anesthésique est d'autant plus grande que le score est proche de 100.

Population - Analyse descriptive

En 2008, sur les 1 059 ES concernés par le thème « Tenue du dossier anesthésique », 1 008 ont effectué le recueil (44 % de statut public). Parmi les 6 établissements qui avaient un nombre de cas < 30 sur l'année pour le recueil 2008, 3 établissements ne sont plus identifiés pour le recueil 2009 et les 3 autres ont eu une activité suffisante pour participer au recueil 2009.

La moyenne nationale inter-établissements du score de qualité de la tenue du dossier anesthésique est de 67 % en 2008 et de 75 % en 2009. Au niveau national, les critères de qualité qui ont les moins bons résultats concernent la traçabilité de l'évaluation des conditions d'abord des voies aériennes supérieures, la rédaction des prescriptions médicamenteuses en phase post-anesthésique et l'information traçant les incidents ou accidents péri-anesthésiques.

Établissements de santé « non répondants »

Seuls 52 établissements n'ont pas participé à la première campagne de recueil. La majorité des établissements non répondants sont des structures de petite taille. Parmi eux, on retrouve une répartition équivalente entre les établissements mono (C) et pluri disciplinaires. L'ensemble des CLCC a participé et seul 1 CHU n'a pas effectué le recueil.

En 2009, le nombre d'établissements non participants a régressé. Parmi les 31 non répondants, 8 établissements n'ont participé à aucune des 2 campagnes de recueil : 6 privés, 1 PSPH et 1 CH.

En 2008, dans 7 régions, il n'y a eu aucun ES « non répondant » : Alsace, Aquitaine, Basse Normandie, Champagne Ardenne, Corse, Limousin, Midi Pyrénées. En 2009, 13 régions n'ont eu aucun ES « non répondant » (Martinique, Réunion, Haute Normandie, Centre, Basse Normandie, Bourgogne, Alsace, Pays de la Loire, Bretagne, Aquitaine, Limousin, Auvergne, Languedoc Roussillon). Un certain nombre d'établissement ont justifié leur non participation au regard d'un changement total d'activité (passage de MCO à SSR), d'un problème de compatibilité informatique vis-à-vis du PMSI, d'une fusion d'établissements au cours de l'année du recueil.

Analyse Multivariée : « Tenue du dossier anesthésique »		
Variables	Moyenne ajustée	
	2008 : 67 %	2009 : 75 %
Catégories « PLATINES »	p < 0,0001	p < 0,0001
1 - CH et ENL de moins de 300 lits/places	68,2	76,8
2 - CH et ENL de 300 lits/places et plus	67,7	76,4
3 - Privés de moins de 100 lits/places	64,7	76,1
4 - Privés de 100 lits/places et plus	63,8	73,6
5 - CHU	71,4	76,8
6 - CLCC	78,4	86,5
Type d'activité	p < 0,0001	p < 0,0001
Médecine	68,7	77,3
Chirurgie	72,6	80,3
Obstétrique	65,8	75,5
Âge des patients	p = 0,0052	p < 0,0001
1 - Moins de 18 ans	69,1	76,5
2 - Entre 18-60 ans	69,4	78,4
3 - Entre 60-75 ans	69,1	78,3
4 - Plus de 75 ans	68,6	77,6
Informatisation du dossier	p < 0,0001	p < 0,0001
Oui	69,7	81,7
Partiellement	70,5	77,6
Non	66,9	73,9
Intervention programmée	p < 0,0001	p = 0,0142
Oui	69,2	78
Non	68,9	77,4
Ambulatoire	p < 0,0001	p < 0,0001
Ambulatoire	68,2	76,9
Hospitalisation complète	69,9	78,4

Qualité de la rédaction des prescriptions médicamenteuses post-anesthésique (% d'éléments tracés)				
	2008		2009	
	Dossier non informatisé N = 48 343	Dossier informatisé N = 3 904	Dossier non informatisé N = 43 281	Dossier informatisé N = 5 610
Prescriptions retrouvées et conformes	28,7	60	41,5	71,6
Prescriptions médicamenteuses retrouvées	75,8	90,6	81,6	92,1
<i>Si prescriptions médicamenteuses retrouvées, présence de :</i>				
1 - Nom et prénom du patient	95,6	99	97	99,6
2 - Date de prescription	89,5	97,3	91,2	99,1
3 - Signature du prescripteur	68	81,3	77	87,5
4 - Nom du prescripteur	71,8	94,3	80,2	95,7
5 - Dénomination des médicaments	97,8	99,3	98,8	98,6
6 - Posologie	90,3	91,4	94,3	95,5
7 - Voie d'administration des médicaments	72,7	85,2	79,2	90

Analyses statistiques complémentaires

► Facteurs associés à la tenue du dossier anesthésique

En 2008 et 2009, les dossiers tirés au sort dans les CLCC ont en moyenne les meilleurs scores avec 78 % et 86 % de conformité. Le mode d'hospitalisation (ambulatoire vs hospitalisation complète) n'influe pas sur la qualité de tenue du dossier. L'informatisation améliore le score global du dossier anesthésique.

► Analyse du lien entre le critère « prescriptions médicamenteuses » et l'informatisation des prescriptions

La conformité des prescriptions médicamenteuses en phase post-anesthésique a été analysée au regard de leur informatisation (dossier totalement informatisé ou prescriptions informatisées – 7,5 % en 2008 et 11,5 % en 2009)

Les prescriptions informatisées sont conformes dans 60% des cas alors que la conformité n'est que de 28,7 % pour les prescriptions non informatisées.

L'informatisation de la prescription améliore surtout sa disponibilité (90,6 % vs 75,8 %), l'identification du prescripteur (signature : 81,3 % vs 68 % et nom : 94,3 % vs 71,8 %) et l'indication de la voie d'administration des médicaments : 85,2 % vs 72,7 %).

Ces constats sont confirmés par l'analyse des résultats 2009 :

- l'informatisation des prescriptions progresse mais reste peu développée (11,5 % des dossiers) ;
- l'informatisation améliore la conservation des prescriptions et la qualité de leur rédaction, tous les critères analysés ont un score > 90 % ;
- l'identification du prescripteur et plus précisément sa signature reste l'information la moins bien tracée.

CONCLUSION

Après deux années de recueil, une importante variabilité des résultats est toujours observée justifiant la pertinence des indicateurs.

Cette analyse descriptive complémentaire des facteurs associés à la variabilité des résultats des indicateurs généralisés en 2008 et 2009 sur le thème « qualité de la prise en charge et dossier patient » permet des constats qui peuvent aider à identifier les domaines où des améliorations de la qualité sont nécessaires et ainsi de mieux cibler les actions à définir.

Pour l'indicateur « tenue du dossier patient », le taux de dossier conforme est passé de 62 % à 70 % en un an. Cette progression se retrouve sur l'ensemble des modalités des différents facteurs analysés. Cependant, les écarts observés sont toujours présents en 2009. On observe de meilleurs résultats quand le dossier est informatisé et dans les CLCC. Les dossiers sont moins bien tenus pour les séjours de courte durée.

Vingt et un pour cent des prescriptions médicamenteuses sont informatisés en 2009 (+ 8 points entre les deux campagnes). L'informatisation améliore sensiblement les résultats de l'ensemble des critères évaluant la qualité de rédaction des prescriptions.

En ce qui concerne l'indicateur « délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation complet », son taux passe de 26 % à 34 % entre les deux campagnes. Les améliorations, en fonction de la catégorie d'ES, sont hétérogènes et les résultats des ES privés, qui étaient les plus bas en 2008, ont fortement progressé. Cependant, les écarts sont toujours présents entre les catégories d'établissements et les résultats restent toujours bas, même pour les meilleurs, avec moins de 40 % de courriers complets et envoyés sous 8 jours.

Enfin, en 2009, pour 1 patiente sur 4 prise en charge en obstétrique, le courrier de fin d'hospitalisation n'est pas retrouvé et pour seulement 1 patiente sur 4, un courrier complet a été adressé sous 8 jours au médecin traitant.

En valeur absolue, l'indicateur qui a le plus progressé est celui mesurant la traçabilité de l'évaluation de la douleur (de 40 % à 52 %). L'utilisation d'une échelle pour évaluer la douleur et suivre le patient algique est plus souvent tracée dans le dossier. Toutes les modalités des facteurs analysés ont progressé mais de fortes différences sont toujours présentes selon les catégories d'établissement (les meilleurs étant les CLCC), l'activité (meilleure traçabilité lors d'une prise en charge en chirurgie) et l'informatisation du dossier. À noter que c'est chez les enfants et les personnes âgées que cet indicateur a les moins bons résultats.

En 2009, le dépistage des troubles nutritionnels, évalué dans le dossier par le poids, la variation du poids et le calcul de l'IMC est réalisé plus souvent dans les CLCC, en chirurgie, et lors des séjours de plus de 7 jours. Chez le sujet âgé, les troubles nutritionnels sont ainsi évalués pour moins d'un patient sur 3 même si les résultats montrent que globalement 3 patients sur 4 sont pesés à l'admission.

L'indicateur « tenue du dossier anesthésique » a progressé entre les deux recueils (67 % à 75 %). Le mode d'hospitalisation (ambulatoire vs hospitalisation complète) ou le type d'intervention (programmée ou non) n'influent pas sur la qualité du dossier d'anesthésie. À l'inverse, l'informatisation améliore sensiblement cette qualité.

L'informatisation est souvent présentée pour expliquer les différences dans la qualité du dossier. Elle reste néanmoins très peu répandue puisque seulement 3 % des dossiers audités le sont et que près d'un dossier sur deux est entièrement papier. Enfin, 1 établissement sur 3 n'a aucune informatisation de ses dossiers.

Pour conclure, ces analyses complètent l'interprétation des résultats descriptifs agrégés et permettent de préciser les facteurs associés aux variabilités.

Les facteurs décrits dans ce rapport peuvent aider au benchmarking entre les établissements et au ciblage des actions d'amélioration à mettre en œuvre.



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