



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Indicateurs de qualité généralisés en MCO

Campagne 2011

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

Juin 2012

Pourquoi ce document

Ce document présente les résultats des indicateurs sur la qualité du dossier patient dans le secteur MCO, généralisés par la HAS depuis 2008 à l'ensemble des établissements de santé.

Ces indicateurs donnent une image du niveau de qualité de chacun des établissements concernés. Ils constituent aussi, avec les autres indicateurs qualité, au niveau national et sous forme agrégée un observatoire de la qualité des soins dans les établissements de santé français.

Pour en savoir plus

Les résultats individuels des établissements sont disponibles sur :
www.platines.sante.gouv.fr

Le descriptif des indicateurs est disponible sur :
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_827025

Les rapports des campagnes précédentes sont disponibles sur :
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1098019

Pour nous contacter

ipaqss@has-sante.fr

Sommaire

Synthèse des résultats	5
Introduction	7
Analyse des résultats agrégés des indicateurs	9
Indicateur « Tenue du dossier patient »	9
Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation ».....	15
Indicateur « Évaluation de la douleur ».....	20
Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels ».....	25
Indicateur « Évaluation du risque d'escarre »	33
Analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats	36
Indicateur « Tenue du dossier patient »	36
Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation ».....	37
Indicateur « Évaluation de la douleur ».....	38
Indicateur « Mesure du poids »	39
Indicateur « Évaluation du risque d'escarre »	40
Conclusion	44
Annexes.....	45

Synthèse des résultats

Indicateurs généralisés

La bonne tenue du dossier du patient est un élément important de la qualité et de la coordination des soins dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. La quatrième itération du recueil des indicateurs sur la qualité du dossier du patient en secteur MCO s'est déroulée d'octobre 2011 à mars 2012. Quatre indicateurs obligatoires recueillis depuis 2008, et un indicateur optionnel recueilli depuis 2011 ont été analysés sur la base d'un même tirage au sort :

1. Tenue du dossier patient (TDP).
2. Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC).
3. Évaluation de la douleur (TRD).
4. Dépistage des troubles nutritionnels (DTN).
5. Évaluation du risque d'escarre (TRE) – indicateur optionnel.

Résultats

Les indicateurs sur la qualité du dossier du patient en MCO sont calculés sur la base d'un échantillon aléatoire de 80 dossiers tirés au sort parmi les séjours du secteur MCO du 1^{er} semestre 2011. Au niveau national, 96 236 dossiers ont été tirés au sort sur le premier semestre 2011.

Graphique 1 : Les indicateurs du thème « Dossier du patient »

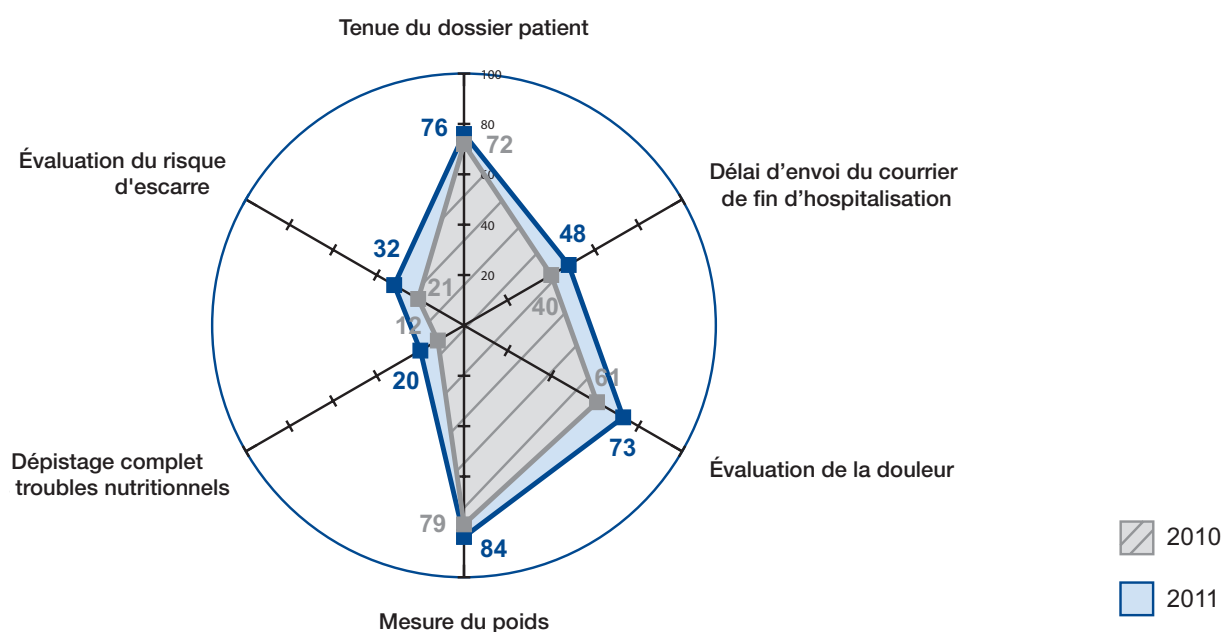


Tableau 1. Classement 2011 des établissements par rapport au seuil de performance

	Classe A		Classe B		Classe C		Classe D		Total
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
TDP	330	27	310	25	566	46	21	2	1 227
DEC	84	7	161	13	947	78	21	2	1 213
TRD	450	37	301	25	455	37	21	2	1 227
DTN1	608	50	392	32	196	16	21	2	1 217

La classe A contient les établissements de santé (ES) qui ont dépassé l'objectif de performance de 80/100 (pour méthode, Cf. [Annexe I](#)). Dans la classe B se trouvent ceux qui ont atteint cet objectif, et ceux qui ont un score inférieur se trouvent dans la classe C. Les ES qui avaient l'obligation de recueil et qui ne s'y sont pas soumis constituent la classe D.

Participation des ES

Descriptif du nombre d'ES (Cf. [Annexe II](#)) :

Pour cette campagne 2011, 1 152 ES ont atteint le seuil d'activité (plus de 500 séjours hors séance sur l'année 2010) rendant leur recueil obligatoire. Sur 344 ES qui n'étaient pas soumis à l'obligation de recueil des indicateurs du dossier du patient en MCO, 76 ES ont participé au recueil.

Recueil facultatif
Recueil facultatif pour les ES qui réalisent moins de 500 séjours MCO hors séance sur l'année 2010 (approché via un nombre de lits et/ou places installés < 10).

Au total, 138 226 dossiers ont été tirés au sort, et 103 054 dossiers ont été analysés. 2 014 dossiers n'ont pas été retrouvés (1,95 %).

Descriptif du panel (Cf. [Annexe II](#)) :

La population de patients étudiée comprend 44 % d'hommes. L'âge moyen est de 59 ans (médiane 64), et la durée de séjour moyenne est de 6,6 jours (médiane 64). 6 % des dossiers sont entièrement informatisés.

Introduction

La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et la Haute Autorité de Santé (HAS) ont décidé dès 2006 de mettre en œuvre un recueil généralisé d'indicateurs afin de disposer pour l'ensemble des établissements de santé (ES) de tableaux de bord de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins.

Ces indicateurs de qualité sont développés par des équipes de recherche coordonnées par les institutions en charge de leur généralisation.

La loi HPST n° 2009-879 du 21 juillet 2009 a renforcé l'utilisation des indicateurs de qualité au sein des ES. Elle constitue un progrès pour le droit à l'information collective de l'utilisateur en rendant obligatoire la publication, par chaque ES, d'indicateurs sur la qualité des soins.

Conformément à l'arrêté du 30 décembre 2009 et depuis juin 2010, les résultats des indicateurs généralisés par la HAS pour chacun des ES sont diffusés publiquement sur le site PLATINES (PLATeforme d'INformations sur les Établissements de Santé, www.platines.sante.gouv.fr) du ministère à partir de la 2^e campagne de recueil.

Chaque année, la liste des indicateurs mise à la disposition du public est fixée par un arrêté ministériel, qui définit également un objectif de performance à atteindre par les ES au terme de 3 campagnes de recueil.

En 2011, la Haute Autorité de Santé (HAS) a piloté la quatrième campagne de recueil des indicateurs généralisés sur le thème du dossier du patient en secteur MCO, dans le cadre de l'approche globale de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les ES. Le suivi d'indicateurs de qualité avec des données comparatives, mis en place et coordonné par la DGOS et la HAS, est utilisé à des fins de management interne¹, d'évaluation externe, de pilotage institutionnel, et de diffusion publique. Il permet de disposer pour l'ensemble

des ES de tableaux de bord de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins, et d'informations à l'attention des usagers².

Ce rapport présente les principaux constats issus de l'étude des résultats de la campagne 2011 concernant la qualité du dossier du patient dans le secteur MCO. Quatre indicateurs obligatoires depuis 2008, et un indicateur optionnel recueilli depuis 2011 ont été analysés sur la base d'un même tirage au sort de dossiers :

1. Tenue du dossier patient (TDP).
2. Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC).
3. Évaluation de la douleur (TRD).
4. Dépistage des troubles nutritionnels (DTN).
5. Évaluation du risque d'escarre (TRE) – indicateur optionnel.

Le recueil des données s'est déroulé entre novembre 2011 et février 2012. Ce rapport permet également de porter une appréciation sur l'évolution des résultats par rapport à la campagne précédente.

Le plan du rapport est le suivant :

1. Synthèse des résultats ;
2. Introduction ;
3. Analyse des résultats agrégés des indicateurs du thème du dossier patient en MCO ;
4. Analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats ;
5. Conclusion ;
6. Annexes (méthodes d'analyses et participation des établissements).

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

2. Arrêtés annuels de la DGOS fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins : les patients ont accès aux résultats de l'établissement dans lequel ils sont pris en charge.

Analyse des résultats agrégés des indicateurs

Indicateur « Tenue du dossier patient »

Description et mode d'évaluation

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

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

Les 10 critères évalués sont :

Critères communs à tous les dossiers :

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

Critères dépendants de la prise en charge :

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

Cet indicateur est intégré dans le manuel de certification V2010, au niveau du critère 14a : « Gestion du dossier du patient ».

Cet indicateur est calculé sur la base d'un échantillon aléatoire de 80 dossiers tirés au sort parmi les séjours du secteur MCO du premier semestre 2011. Seuls les séjours hors séances sont inclus dans le calcul de l'indicateur.

Les séances (CMD 28), les séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie, les séjours des nouveau-nés dits «non hospitalisés», les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissement, les séjours avec un GHM erreur, les séjours avec un GHM 23K02Z (explorations nocturnes et apparentées), et les séjours en UHCD non suivis d'un séjour en MCO sont exclus du champ du recueil de l'indicateur.

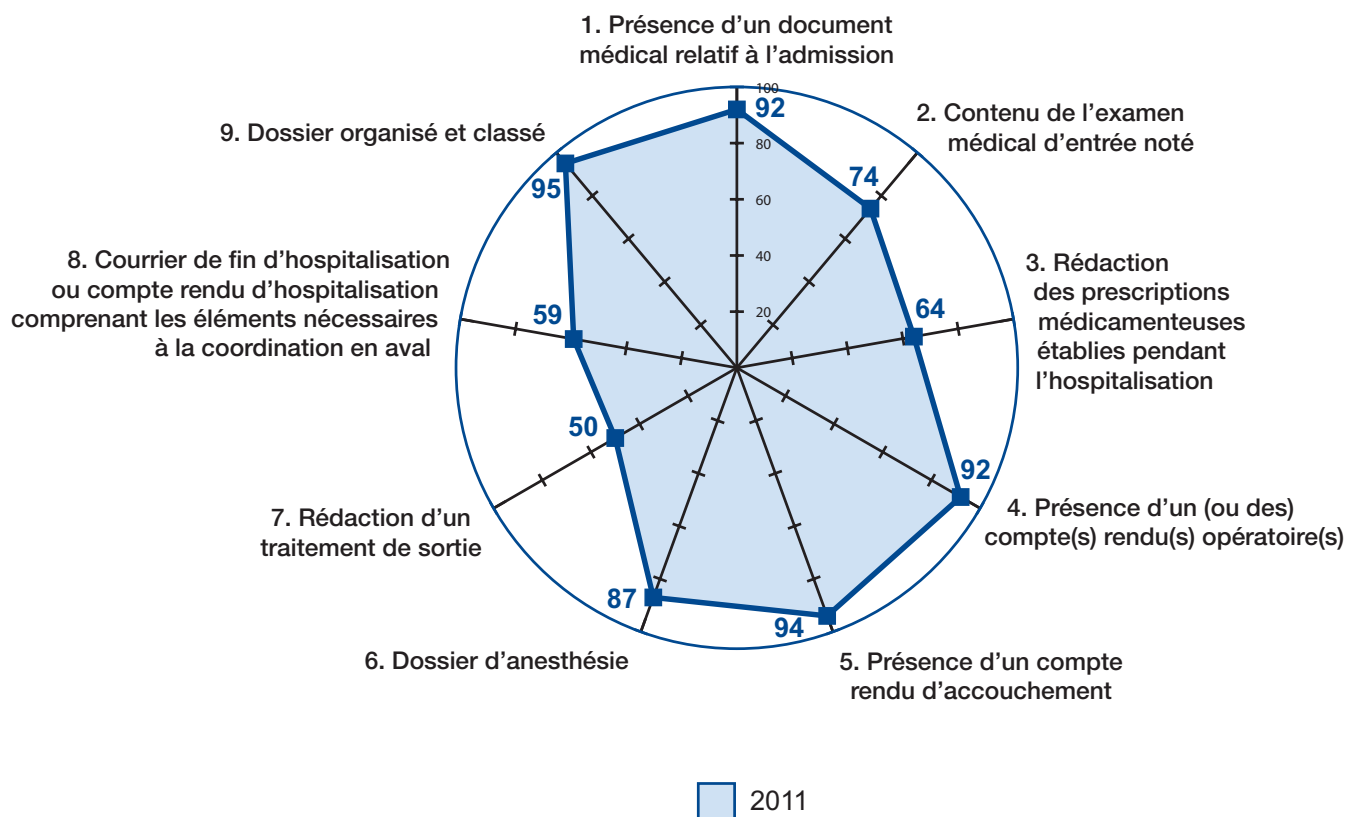
Analyse nationale

Tableau 1. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Statistiques descriptives (score compris entre 0 et 100)

Campagne	Nb d'ES	Nb de dossiers	Moyenne	Médiane	Min	Max
Base de référence nationale 2011	1 206	96 236	76	77	29	100
Base de référence nationale 2010	1 212	96 765	72	72	20	100

Seuls les ES avec plus de trente dossiers inclus sont pris en compte pour calculer la moyenne nationale. La médiane représente le seuil au-delà duquel la moitié des ES se situent.

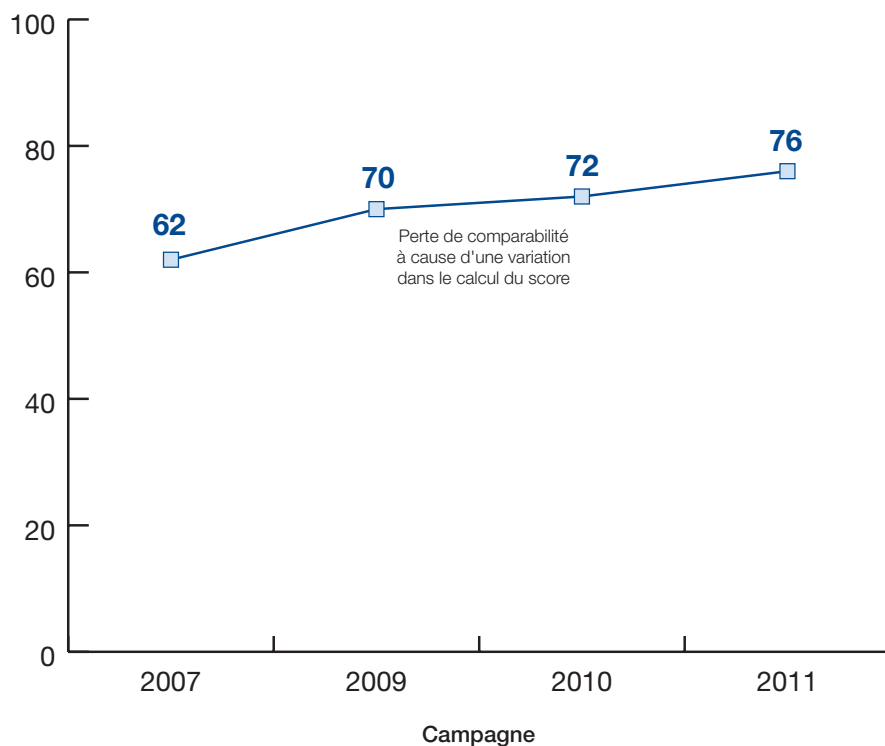
Graphique 2. Critères³ composant le score de la « Tenue du dossier patient »



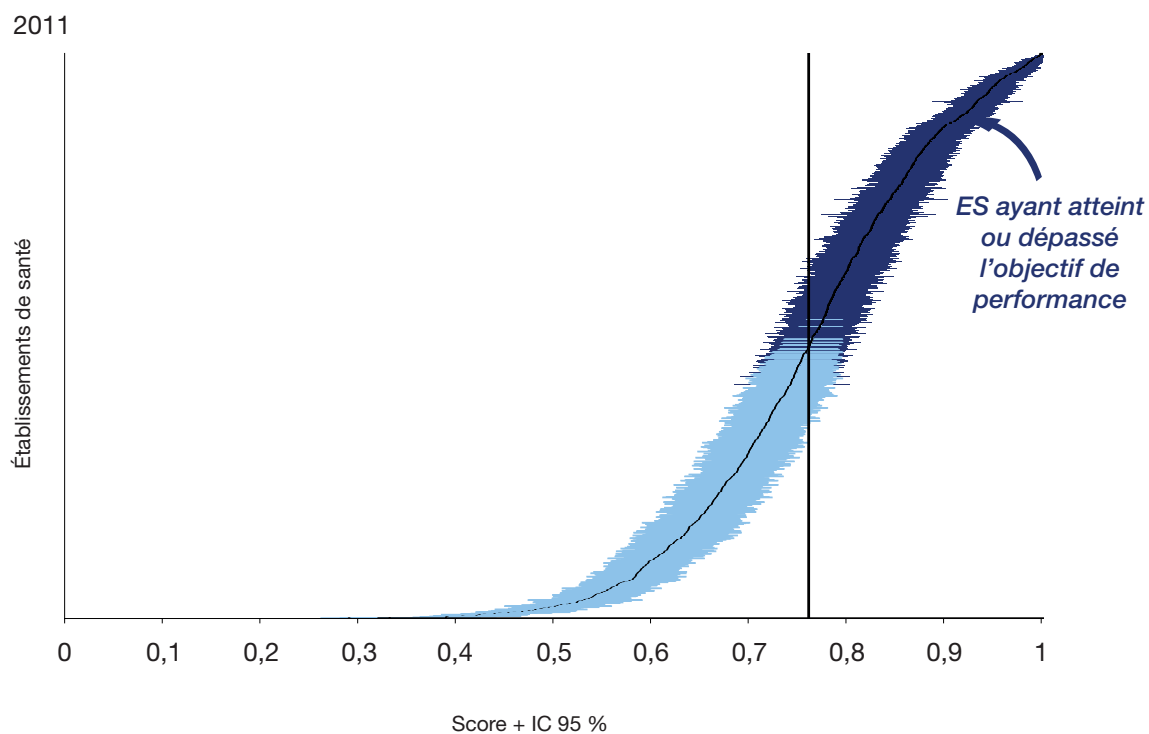
L'évolution des critères se trouve en [Annexe II](#).

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

Graphique 3. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Tendance de l'évolution de la moyenne nationale



Graphique 4. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Variabilité nationale



Chaque barre horizontale représente le score d'un ES et son intervalle de confiance à 95%. La barre verticale est la moyenne nationale. Les ES ayant atteint ou dépassé l'objectif de performance sont représentés en bleu.

Au vu du graphique, la variabilité inter-établissements existe, ce qui est confirmé par le classement par rapport à la moyenne nationale (Cf. [Annexe II, tableau 35](#)).

Objectif de performance

L'objectif de performance fixé à 80/100 correspond à une exigence de qualité : il est attendu qu'au moins 8 patients sur 10 aient un dossier patient de qualité. En 2011, la moitié des établissements (52 %) ont atteint ou dépassé ce seuil (classe A et B).

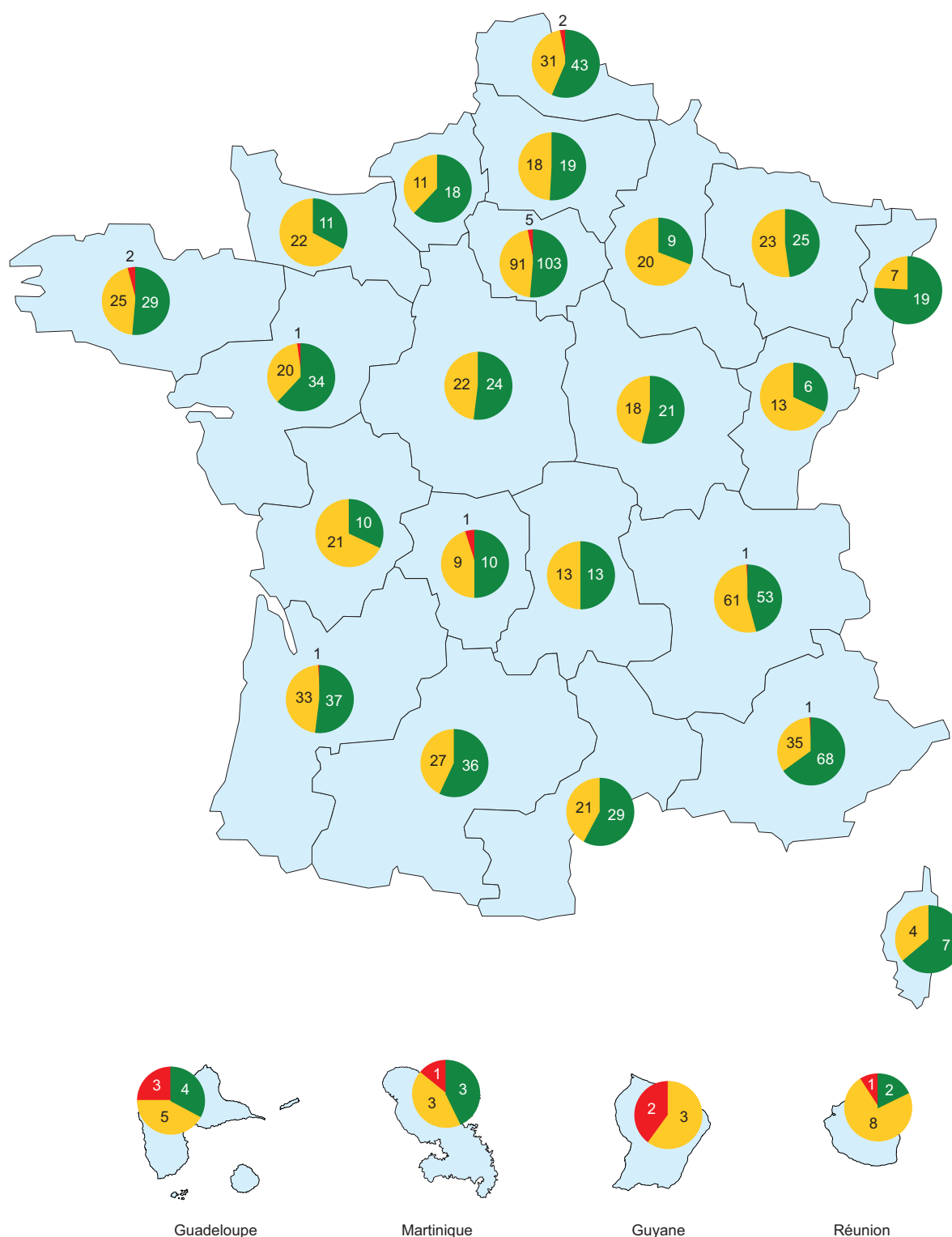
Tableau 2. Indicateur « Tenue du dossier patient »
Distribution par rapport à l'objectif de performance de 80 %

Année	Classe A		Classe B		Classe C		Classe D		Total
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
2011	330	27	310	25	566	46	21	2	1 227
2010	198	16	232	19	782	63	28	2	1 240

La classe A contient les ES qui ont dépassé l'objectif de performance. Dans la classe B se trouvent ceux qui ont atteint cet objectif, et ceux qui ont un score inférieur se trouvent dans la classe C. Les ES qui avaient l'obligation de recueil mais qui n'ont pas participé constituent la classe D.

Cartographie 1. Indicateur « Tenue du dossier patient »

Analyse régionale – Distribution par rapport à l'objectif de performance



La proportion d'ES en classe A et B varie de 0 % (Guyane) à 73 % (Alsace). Le descriptif des moyennes régionales se trouve en [Annexe II, tableau 36](#).

Tableau 3. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Évolution des classes des ES entre 2010 et 2011

	Nb (%) d'ES ayant perdu au moins 1 classe	Nb (%) d'ES n'ayant pas changé de classe	Nb (%) d'ES ayant gagné au moins 1 classe	Total
Entre 2010 et 2011	71 6 %	762 65 %	334 29 %	1 167

Parmi les 1 239 établissements comparables à l'objectif de performance de 80 %, 1 167 avaient des données en 2010, ce qui a permis de calculer l'évolution des résultats (pour 72 ES, il n'était pas possible de calculer d'évolution⁴).

Parmi les 334 ES (29 %) qui ont gagné au moins une classe, 24 % sont passés de la classe C à la classe A, 25 % sont passés de la classe B à la classe A, et 51 % de la classe C à B.

Parmi les 762 ES (65 %) qui n'ont pas changé de classe, 20 % étaient déjà en classe A, et 14 % étaient déjà dans la classe B.

Parmi les 71 ES ayant perdu au moins une classe, 9 (13 %) sont passés de la classe A à C.

Constats principaux sur les résultats de l'indicateur « Tenue du dossier patient »

- Le score moyen national pour l'indicateur TDP est de 76 en 2011 : il a progressé de 4 points depuis la campagne 2010.
- Le résultat de certains critères a doublé en 4 ans (prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation, courrier de fin d'hospitalisation renseigné). La rédaction des prescriptions établies pendant l'hospitalisation n'est réalisée que dans 6 cas sur 10, et la rédaction d'un traitement de sortie que dans un cas sur deux. La rédaction d'un courrier de fin d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval n'est réalisée que dans 6 cas sur 10.
- La variabilité nationale persiste (29 % - 100 %), et est confirmée par les écarts de moyennes régionales allant de 57 % (Guyane) à 81 % (PACA).
- La moitié des ES a atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % (classe A et B). Le pourcentage d'ES par région ayant atteint ou dépassé l'objectif de performance varie de 0 % (Guyane) à 73 % (Alsace).

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

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

Description et mode d'évaluation

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

Le courrier de fin d'hospitalisation résume les conclusions de l'hospitalisation et établit des préconisations de prise en charge après la sortie afin d'assurer une bonne coordination « hôpital - ville » ou « hôpital - structure de transfert ». Signé par le médecin de l'établissement, il est adressé au médecin de ville, à la structure de transfert, ou est remis au patient le jour de sa sortie. Réglementairement, ce courrier doit être envoyé dans un délai de 8 jours suivant la sortie du patient.

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

Cet indicateur est intégré dans le manuel de certification V2010, au niveau du critère 24a : « Sortie du patient ».

Analyse nationale

Tableau 4. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » - Statistiques descriptives (en %)

Campagne	Nb d'ES	Nb de dossiers	Moyenne	Médiane	Min	Max
2011	1 192	93 967	48	49	0	100
2010	1 195	94 536	40	40	0	100

Seuls les ES avec plus de trente dossiers inclus sont pris en compte pour calculer la moyenne nationale. La médiane représente le seuil au-delà duquel la moitié des ES se situent.

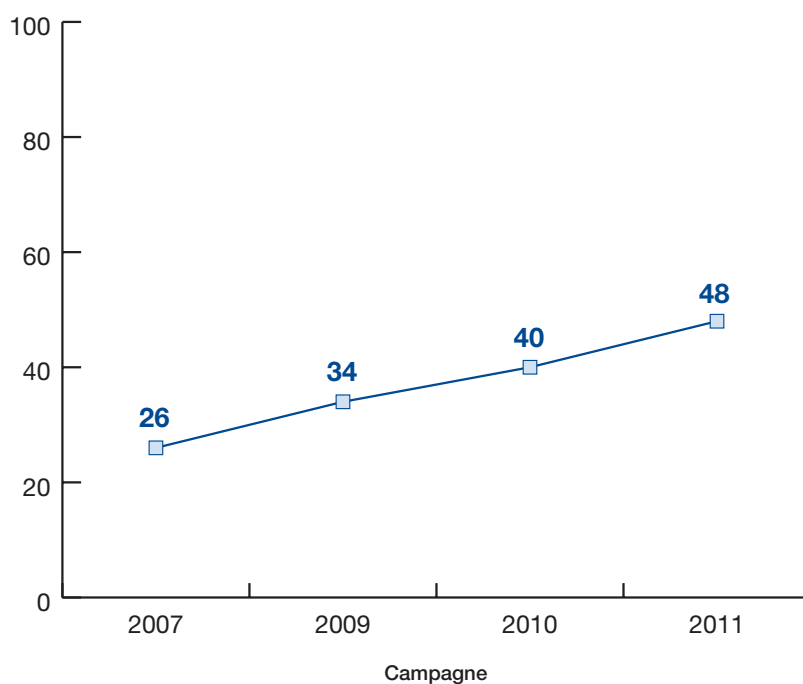
Tableau 5. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » - Causes de non conformités (en %)

% CR non retrouvé	25
% CR incomplet et Délai > 8 jours	12
% CR incomplet et Délai ≤ 8 jours	43
% CR complet et Délai > 8 jours	21

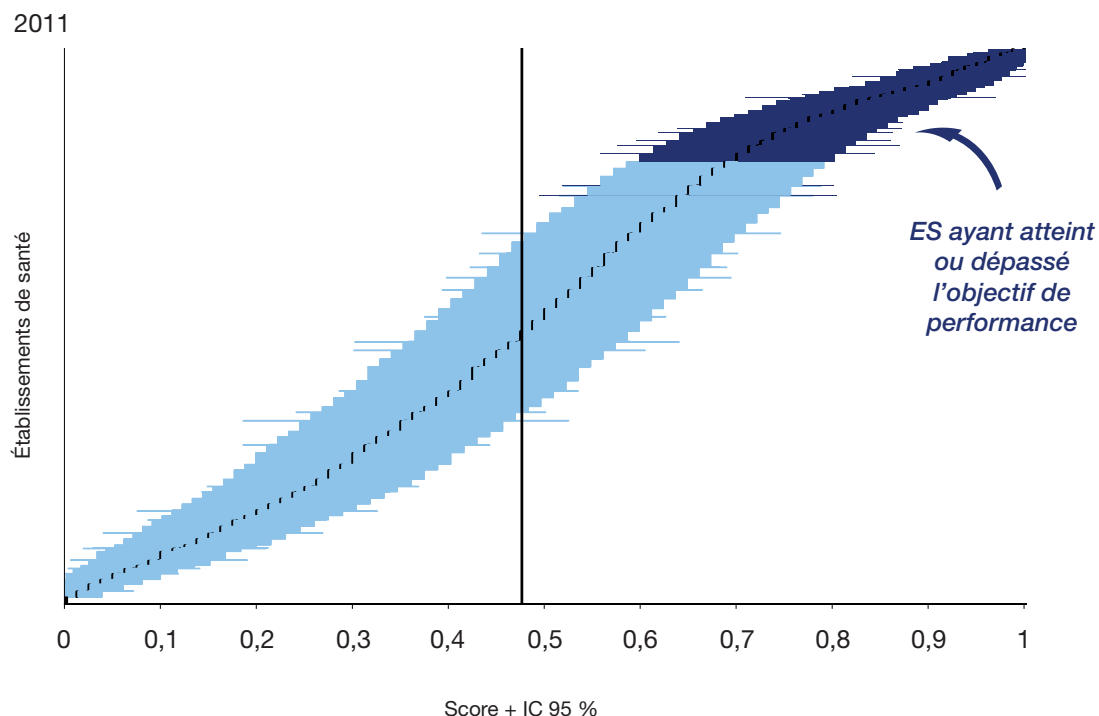
La non conformité est plus souvent due au caractère incomplet du compte-rendu (55 %).

Graphique 5. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation »

Tendance de l'évolution de la moyenne nationale



Graphique 6. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » - Variabilité nationale



Chaque barre horizontale représente le score d'un ES et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale. Les ES ayant atteint ou dépassé l'objectif de performance sont représentés en bleu.

Au vu du graphique, la variabilité inter-établissements existe, ce qui est confirmé par le classement par rapport à la moyenne nationale (Cf. [Annexe II, tableau 36](#)).

Objectif de performance

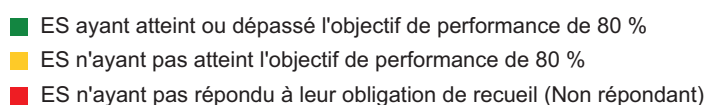
L'objectif de performance fixé à 80 % correspond à une exigence de qualité. En 2011, seulement 20 % des établissements ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 %.

Tableau 6. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » - Distribution par rapport à l'objectif de performance de 80 %

Année	Classe A		Classe B		Classe C		Classe D		Total
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
2011	84	7	161	13	947	78	21	2	1 213
2010	40	3	113	9	1 042	85	28	2	1 223

La classe A contient les ES qui ont dépassé l'objectif de performance. Dans la classe B se trouvent ceux qui ont atteint cet objectif, et ceux qui ont un score inférieur se trouvent dans la classe C. Les ES qui avaient l'obligation de recueil mais qui n'ont pas participé constituent la classe D.

Analyse régionale – Distribution par rapport à l'objectif de performance



18 | Indicateurs de qualité généralisés en MCO • Campagne 2011 • Analyse descriptive des résultats agrégés et analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats

Tableau 7. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » - Évolution des classes des ES entre 2010 et 2011

	Nb (%) d'ES ayant perdu au moins 1 classe	Nb (%) d'ES n'ayant pas changé de classe	Nb (%) d'ES ayant gagné au moins 1 classe	Total
Entre 2010 et 2011	41 4 %	963 84 %	147 13 %	1 151

Parmi les 1 225 établissements comparables à l'objectif de performance de 80 %, 1 151 avaient des données en 2010, ce qui a permis de calculer l'évolution des résultats (pour 74 ES, il n'était pas possible de calculer d'évolution⁵).

147 (13 %) ES ont gagné au moins une classe, parmi lesquels 23 sont passés de la classe C à A (16 %), 97 sont passés de la classe C à B (66%), et 27 sont passés de la classe B à A (18 %).

Parmi les 963 ES qui n'ont pas changé de classe de performance entre 2010 et 2011, 31 (3 %) étaient déjà en classe A en 2010.

Concernant les 41 ES (4 %) ayant perdu au moins une classe, 2 ES (5 %) sont passés de la classe A à la classe C, 6 ES (15 %) de la classe A à la classe B, et 33 ES (80 %) de la classe B à C.

Constats principaux sur les résultats de l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation »

- La moyenne nationale de l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » est de 48, soit une progression de 8 points par rapport à 2010, après une augmentation de 6 points par rapport à la campagne 2009.
- La variabilité nationale persiste (0 -100 %), et est retrouvée au niveau des écarts de moyennes régionales allant de 33 % (Réunion) à 57 % (Nord Pas de Calais).
- En 2011, seulement 20 % des ES ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % (classe A et B). Ceci est retrouvé au niveau de la variation du pourcentage d'ES en région ayant atteint ou dépassé l'objectif de performance, allant de 0 % (Guyane) à 34 % (Midi Pyrénées).

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

Indicateur « Évaluation de la douleur »

Description et mode d'évaluation

La prise en charge de la douleur est une priorité de santé publique. La traçabilité de l'évaluation de la douleur avec une échelle est un préalable nécessaire à une bonne qualité de la prise en charge de la douleur. Elle doit être systématiquement évaluée et « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur » (article L.1110-5 du CSP).

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

Cet indicateur est intégré dans le manuel de certification V2010, au niveau du critère 12a : « Prise en charge de la douleur ».

Analyse nationale

Tableau 8. Indicateur « Évaluation de la douleur » - Statistiques descriptives (en %)

Campagne	Nb d'ES	Nb de dossiers	Moyenne	Médiane	Min	Max
2011	1 206	96 236	73	79	0	100
2010	1 212	96 765	61	66	0	100

Seuls les ES avec plus de trente dossiers inclus sont pris en compte pour calculer la moyenne nationale. La médiane représente le seuil au-delà duquel la moitié des ES se situent.

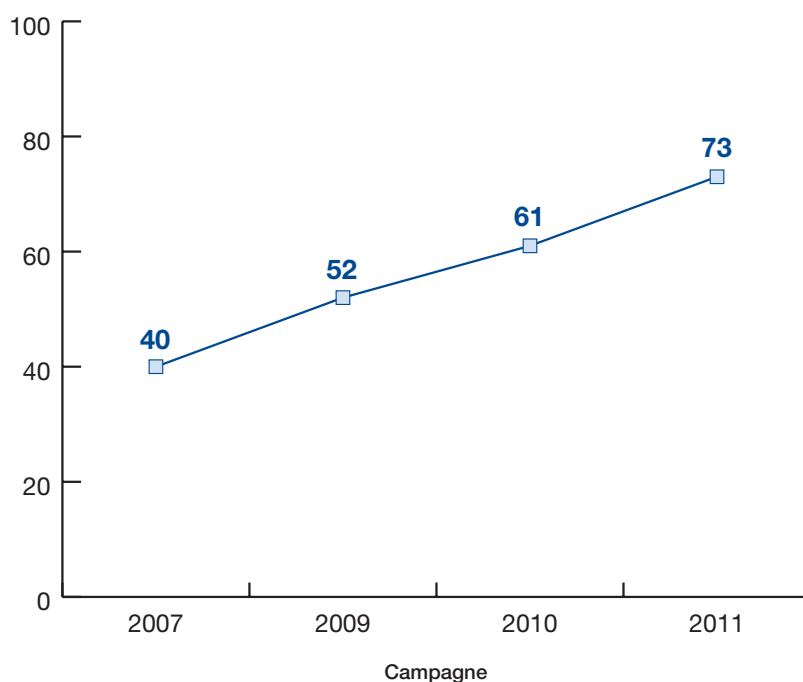
Tableau 9 : Indicateur « Évaluation de la douleur » - Causes de non conformités (en %)

Pas de mesure	1 ^{re} mesure sans échelle	2 ^e mesure sans échelle	Pas de 2 ^e mesure
50	34	6	10

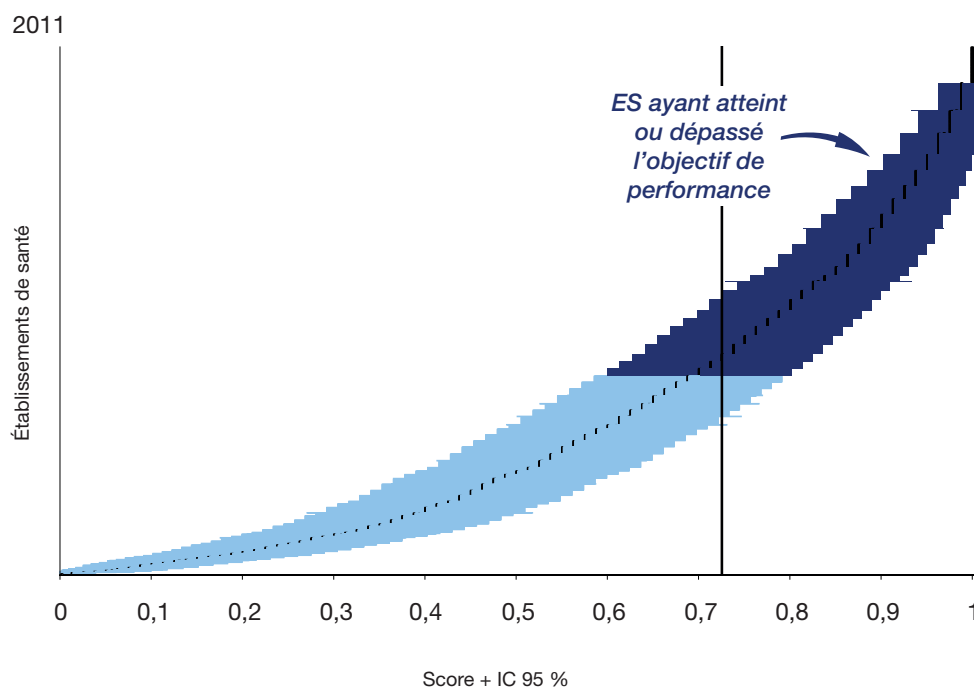
La non conformité est le plus souvent liée à l'absence de mesure de la douleur (avec ou sans échelle : 50 %) qu'à l'absence d'utilisation d'une échelle (40 %).

Graphique 7. Indicateur « Évaluation de la douleur »

Tendance de l'évolution de la moyenne nationale



Graphique 8. Indicateur « Évaluation de la douleur » - Variabilité nationale



Chaque barre horizontale représente le score d'un ES et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale. Les ES ayant atteint ou dépassé l'objectif de performance sont représentés en bleu.

Au vu du graphique, la variabilité inter-établissements existe, ce qui est confirmé par le classement par rapport à la moyenne nationale (Cf. [Annexe II, tableau 35](#)).

Objectif de performance

L'objectif de performance fixé à 80 % correspond à une exigence de qualité. En 2011, 60 % des ES ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % (classe A et B).

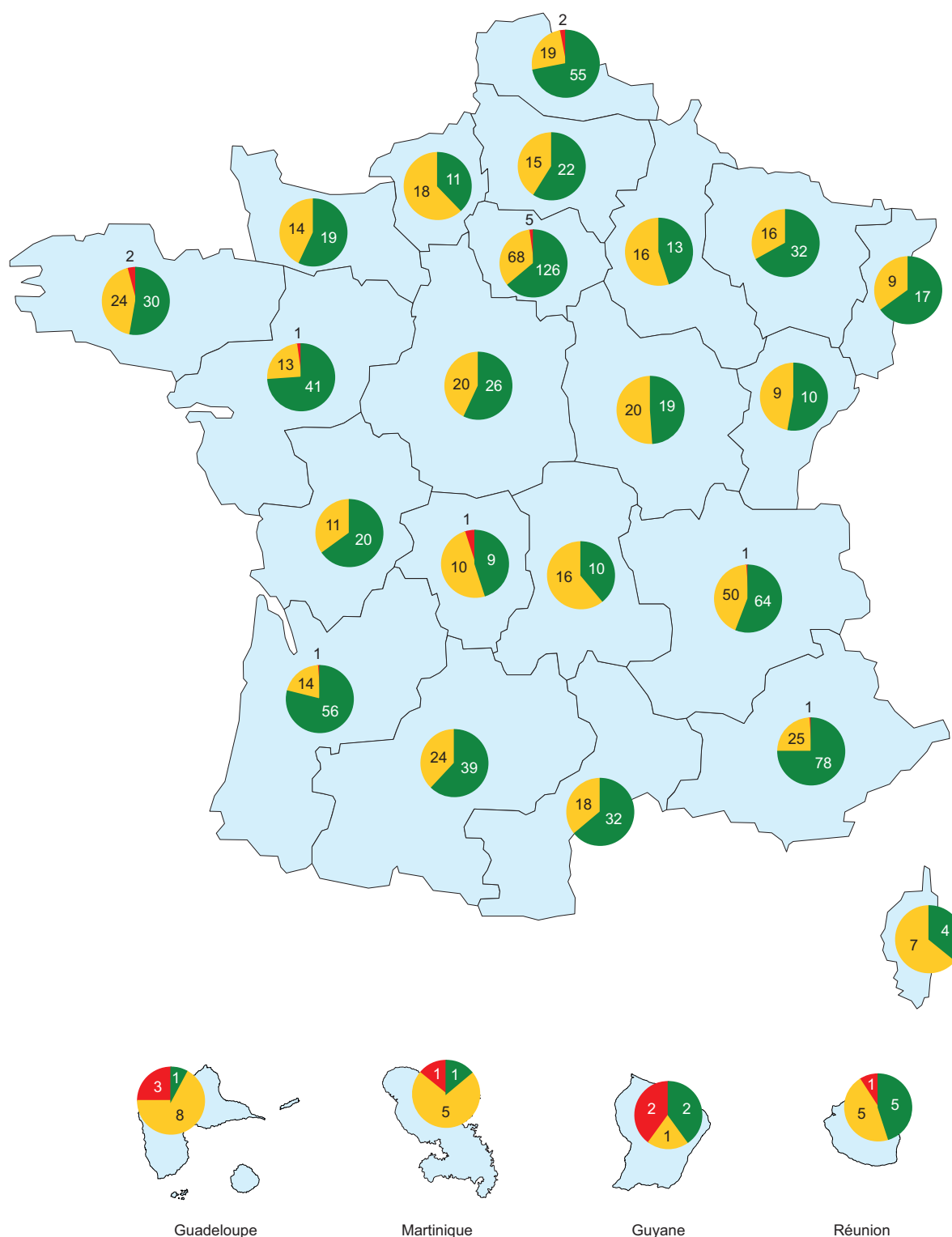
Tableau 10. Indicateur « Évaluation de la douleur »
Distribution par rapport à l'objectif de performance de 80 %

Année	Classe A		Classe B		Classe C		Classe D		Total
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
2011	450	37	301	25	455	37	21	2	1 227
2010	306	25	265	21	641	52	28	2	1 240

La classe A contient les ES qui ont dépassé l'objectif de performance. Dans la classe B se trouvent ceux qui ont atteint cet objectif, et ceux qui ont un score inférieur se trouvent dans la classe C. Les ES qui avaient l'obligation de recueil mais qui n'ont pas participé constituent la classe D.

Cartographie 3. Indicateur « Évaluation de la douleur »

Analyse régionale – Distribution par rapport à l'objectif de performance



- ES ayant atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 %
- ES n'ayant pas atteint l'objectif de performance de 80 %
- ES n'ayant pas répondu à leur obligation de recueil (Non répondant)

Le descriptif des moyennes régionales se trouve en [Annexe II, tableau 38](#). La proportion d'ES en classe A et B varie de 8 % (Guadeloupe) à 79 % (Aquitaine).

Tableau 11. Indicateur « Évaluation de la douleur » - Évolution des classes des ES entre 2010 et 2011

	Nb (%) d'ES ayant perdu au moins 1 classe	Nb (%) d'ES n'ayant pas changé de classe	Nb (%) d'ES ayant gagné au moins 1 classe	Total
Entre 2010 et 2011	56 5 %	764 65 %	347 30 %	1 167

Parmi les 1 239 établissements comparables à l'objectif de performance de 80 %, 1 167 avaient des données en 2010, ce qui a permis de calculer l'évolution des résultats (pour 72 ES, il n'était pas possible de calculer d'évolution⁶).

347 ES ont gagné au moins une classe, parmi lesquels 126 (36 %) sont passés de la classe B à la classe A, 169 (49 %) de la classe C à B, et 52 (15 %) de la classe C à A.

Parmi les 764 ES (65 %) qui n'ont pas changé de classe, 35 % étaient déjà dans la classe A en 2010.

Parmi les 56 ES qui ont perdu au moins une classe, 27(48 %) sont passés de la classe A à C.

Constats principaux sur les résultats de l'indicateur « Évaluation de la douleur »

- La moyenne nationale de l'indicateur « Évaluation de la douleur » est de 73 %, soit une augmentation de 12 points par rapport à la campagne 2010.
- La variabilité nationale (0-100 %) est retrouvée en région, allant de 31 % (Guadeloupe) à 82 % (Aquitaine).
- Au niveau national, 60 % des ES ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % (classe A et B). La proportion d'ES par région ayant atteint ou dépassé cet objectif varie de 8 % (Guadeloupe) à 79 % (Aquitaine).

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

Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels »

Description et mode d'évaluation

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

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

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

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

Mesure du poids

Le niveau 1 de l'indicateur DTN évalue si une mesure du poids a été effectuée et notée dans le dossier du patient, dans les 48 premières heures du séjour. Seul ce niveau fait l'objet d'une diffusion publique des résultats.

Cet indicateur (niveau 1) est intégré dans le manuel de certification V2010, au niveau du critère 19b : « Troubles de l'état nutritionnel du patient. »

Analyse nationale

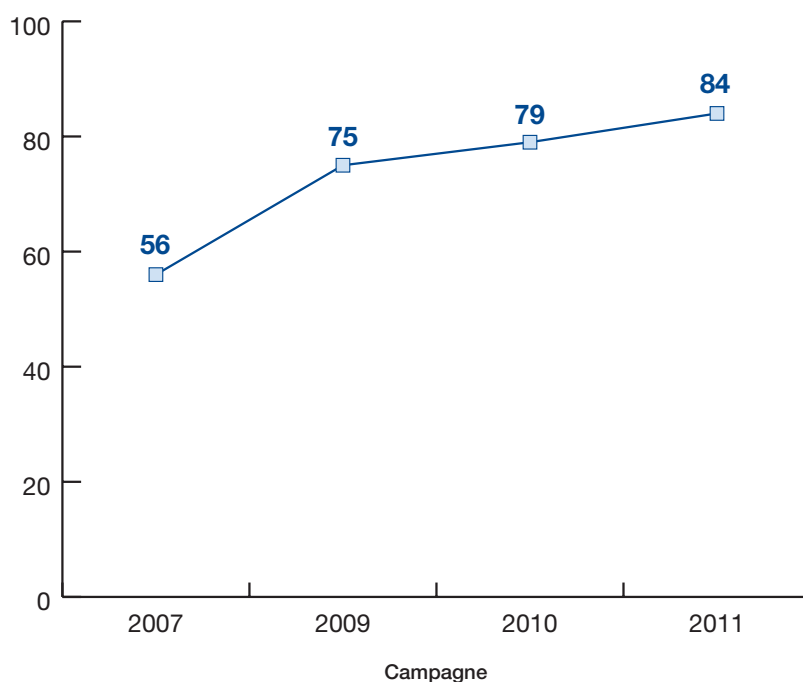
Tableau 12. Indicateur « Mesure du poids » - Statistiques descriptives (en %)

Campagne	Nb d'ES	Nb de dossiers	Moyenne	Médiane	Min	Max
2011	1 196	94 463	84	89	0	100
2010	1 200	94 907	79	84	0	100

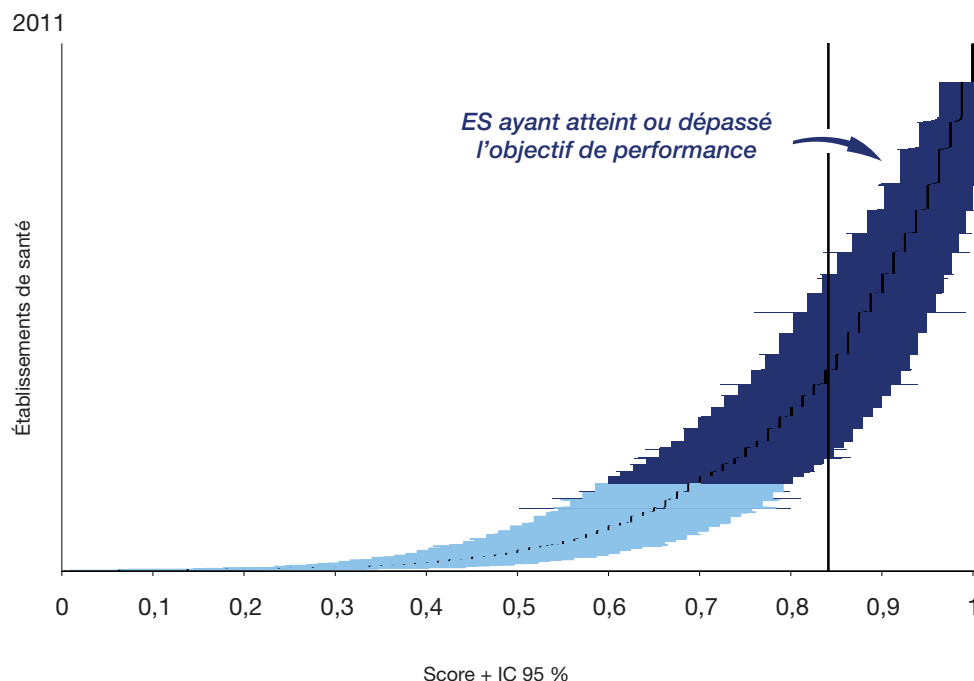
Seuls les ES avec plus de trente dossiers inclus sont pris en compte pour calculer la moyenne nationale. La médiane représente le seuil au-delà duquel la moitié des ES se situent.

Graphique 9. Indicateur « Mesure du poids »

Tendance de l'évolution de la moyenne nationale



Graphique 10. Indicateur « Mesure du poids » - Variabilité nationale



Chaque barre horizontale représente le score d'un ES et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale. Les ES ayant atteint ou dépassé l'objectif de performance sont représentés en bleu.

Au vu du graphique, la variabilité inter-établissements existe, ce qui est confirmé par le classement par rapport à la moyenne nationale (Cf. [Annexe II, tableau 35](#)).

Objectif de performance

L'objectif de performance fixé à 80 % correspond à une exigence de qualité. En 2011, 81 % des ES ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % (classe A et B).

Tableau 13. Indicateur « Mesure du poids »

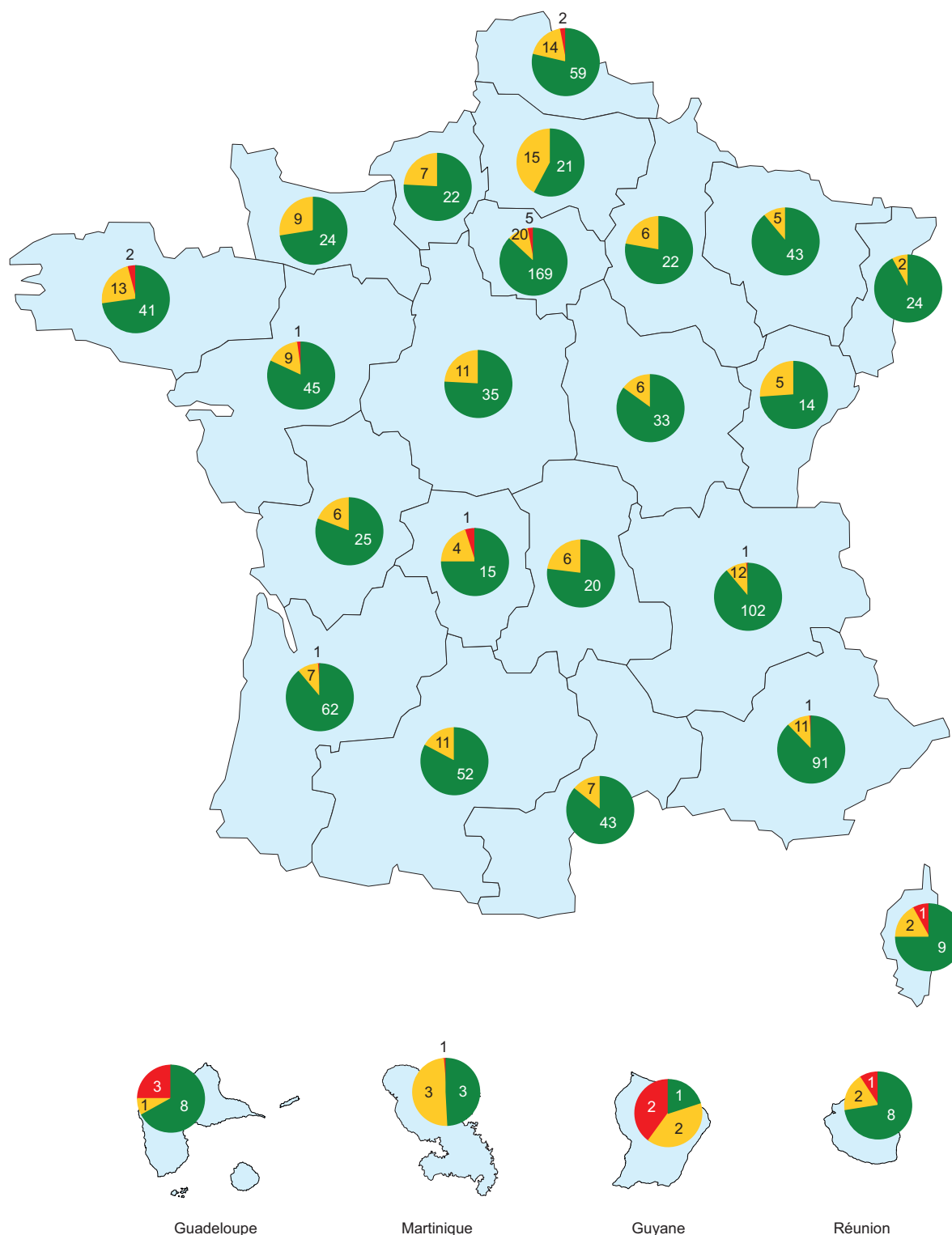
Distribution par rapport à l'objectif de performance de 80 %

Année	Classe A		Classe B		Classe C		Classe D		Total
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
2011	608	50	392	32	196	16	21	2	1 217
2010	510	42	374	30	316	26	28	2	1 228

La classe A contient les ES qui ont dépassé l'objectif de performance. Dans la classe B se trouvent ceux qui ont atteint cet objectif, et ceux qui ont un score inférieur se trouvent dans la classe C. Les ES qui avaient l'obligation de recueil mais qui n'ont pas participé constituent la classe D.

Cartographie 4. Indicateur « Mesure du poids »

Analyse régionale – Distribution par rapport à l'objectif de performance



La proportion d'ES en classe A et B varie de 20 % (Guyane) à 92 % (Alsace). Le descriptif des moyennes régionales se trouve en [Annexe II, tableau 39](#).

Tableau 14. Indicateur « Mesure du poids » - Évolution des classes des ES entre 2010 et 2011

	Nb (%) d'ES ayant perdu au moins 1 classe	Nb (%) d'ES n'ayant pas changé de classe	Nb (%) d'ES ayant gagné au moins 1 classe	Total
Entre 2010 et 2011	111 10 %	751 65 %	296 26 %	1 158

Parmi les 1 229 établissements comparables à l'objectif de performance de 80 %, 1 158 avaient des données en 2010, ce qui a permis de calculer l'évolution des résultats (pour 71 ES, il n'était pas possible de calculer d'évolution⁷).

Parmi les 296 ES ayant gagné au moins une classe, 139 (47 %) sont passés de la classe B à A, 122 (41 %) sont passés de la classe C à la classe B, et 35 (12 %) de la classe C à A.

Parmi les 751 ES qui n'ont pas changé de classe, 420 ES (56 %) étaient déjà dans la classe A en 2010.

Parmi les 111 ES ayant perdu au moins une classe, 9 (8 %) sont passés de la classe A à C.

Constats principaux sur les résultats de l'indicateur « Mesure du poids »

- La moyenne nationale de l'indicateur « Mesure du poids » est de 84 %, soit une augmentation de 5 points par rapport à la campagne 2010.
- Cependant, la variabilité nationale persiste (0-100 %), et est retrouvée au niveau de la variation des moyennes régionales, allant de 53 % (Guyane) à 89 % (Alsace).
- Au niveau national, 81 % des ES ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % (classe A et B), et la proportion d'ES par région ayant atteint ou dépassé cet objectif varie de 20 % (Guyane) à 92 % (Alsace).

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

Dépistage complet des troubles nutritionnels

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

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

Analyse nationale

Tableau 15. Indicateur « Dépistage complet des troubles nutritionnels » - Statistiques descriptives (en %)

Campagne	Nb d'ES	Nb de dossiers	Moyenne	Médiane	Min	Max
2011	1 196	94 463	20	9	0	100
2010	1 200	94 907	12	4	0	100

Seuls les ES avec plus de trente dossiers inclus sont pris en compte pour calculer la moyenne nationale. La médiane représente le seuil au-delà duquel la moitié des ES se situent.

Tableau 16 : Indicateur « Dépistage complet des troubles nutritionnels »

Causes de non conformités (en %) à l'indicateur

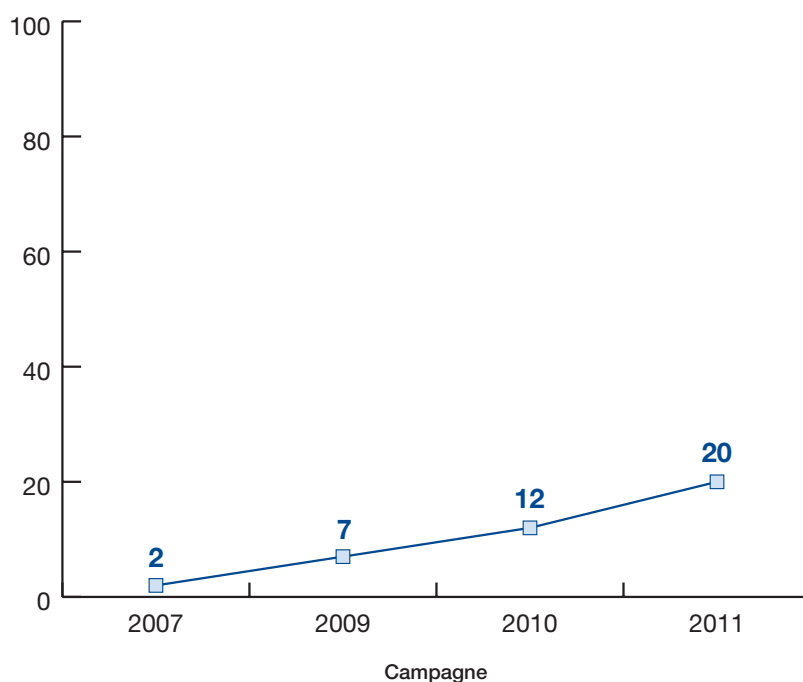
% de dossiers où un élément est manquant		
Poids	Variation du poids	IMC
16	75	46

OU

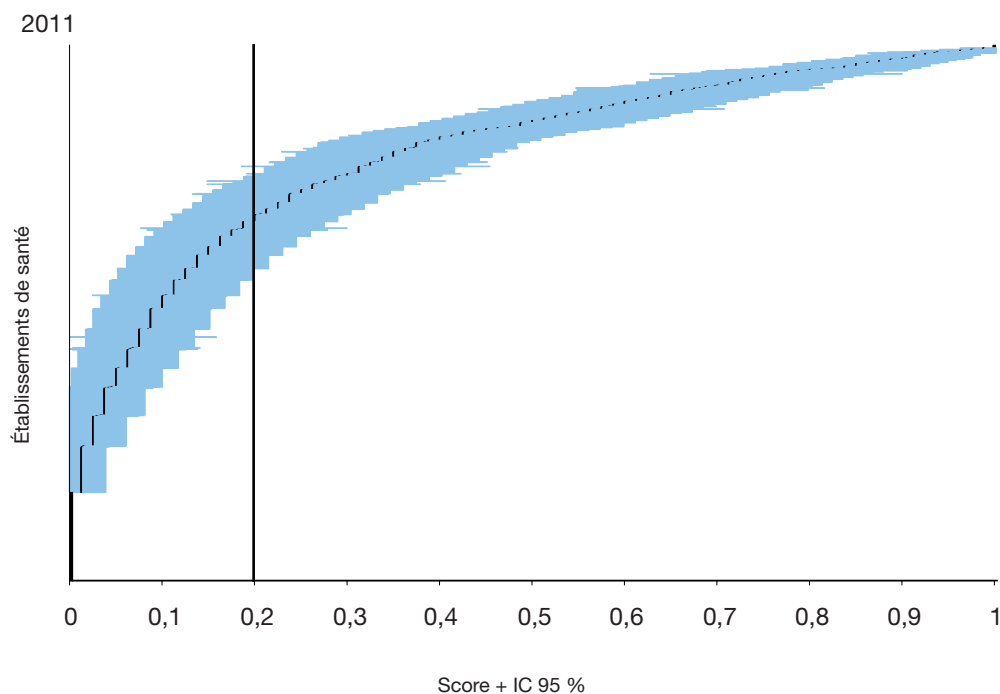
% d'éléments manquants parmi les dossiers non conformes	
Tous	19
2 éléments	32
1 élément	49

Graphique 11. Indicateur « Dépistage complet des troubles nutritionnels »

Tendance de l'évolution de la moyenne nationale



Graphique 12. Indicateur « Dépistage complet des troubles nutritionnels » - Variabilité nationale



Chaque barre horizontale représente le score d'un ES et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale. Les ES ayant atteint ou dépassé l'objectif de performance sont représentés en bleu.

Au vu du graphique, la variabilité inter-établissements existe, ce qui est confirmé par le classement par rapport à la moyenne nationale (Cf. [Annexe II, tableau 35](#)).

Constats principaux sur les résultats de l'indicateur « Dépistage complet des troubles nutritionnels »

- La moyenne nationale du taux de dépistage complet des troubles nutritionnels est de 20 %, soit une augmentation de 8 points par rapport à la campagne 2010, après une augmentation de 5 points entre la campagne 2009 et la campagne 2010.
- L'absence de notification de la variation du poids avant l'admission (75 % des dossiers) est plus fréquente que l'absence de notification de l'IMC (46 % des dossiers) et du poids (16 % des dossiers) à l'admission.
- La variabilité nationale persiste (0% à 100 %), et est retrouvée en région, allant de 3 % (Martinique) à 35 % (Guadeloupe).

Indicateur « Évaluation du risque d'escarre »

Description et mode d'évaluation

Le second recueil optionnel de l'indicateur « Évaluation du Risque d'Escarre » dans le secteur MCO porte sur le même tirage au sort de dossiers du premier semestre 2011, que les 4 autres indicateurs du Dossier Patient.

Cet indicateur évalue la traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre dans les 2 jours suivant l'admission d'un patient adulte. Il ne fait pas l'objet d'une diffusion publique des résultats.

Sur les 1 206 ES ayant participé au recueil des indicateurs du thème « Dossier Patient MCO », 887 ES ont choisi de participer au recueil de cet indicateur optionnel en 2011, soit un taux de participation de 74 %. Les 887 ES ont tous inclus plus de trente dossiers, et composent ainsi le référentiel national.

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

Analyse nationale

Tableau 17. Indicateur « Évaluation du risque d'escarre » - Statistiques descriptives (en %)

Campagne	Nb d'ES	Nb de dossiers	Moyenne	Médiane	Min	Max
2011	887	70 325	32	8	0	100
2010	780	61 877	21	1	0	100

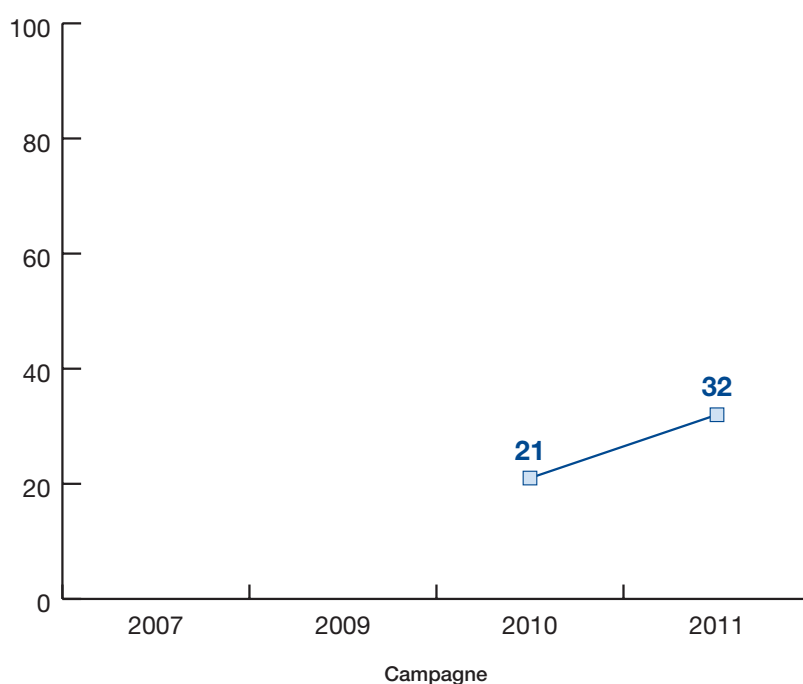
Seuls les ES avec plus de trente dossiers inclus sont pris en compte pour calculer la moyenne nationale. La médiane représente le seuil au-delà duquel la moitié des ES se situent.

Tableau 18. Indicateur « Évaluation du risque d'escarre » - Causes de non conformités (en %) à l'indicateur

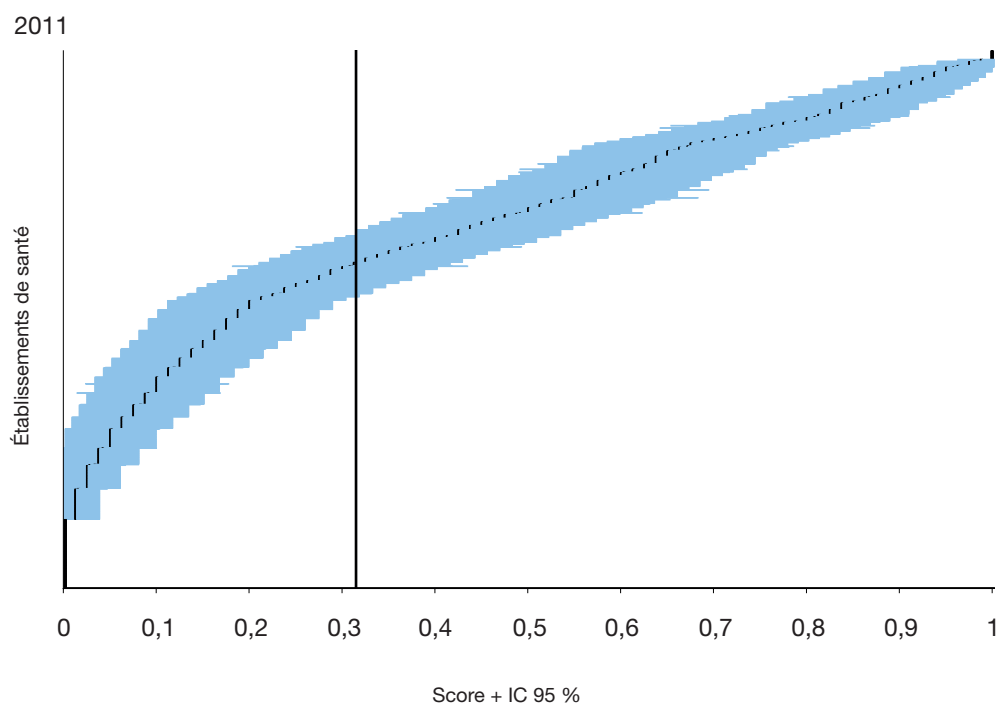
Évaluation du risque d'escarre non retrouvée	Pas de conclusion vis-à-vis du risque d'escarre
89	11

Graphique 13. Indicateur « Évaluation du risque d'escarre »

Tendance de l'évolution de la moyenne nationale



Graphique 14. Indicateur « Évaluation du risque d'escarre » - Variabilité nationale



Chaque barre horizontale représente le score d'un ES et son intervalle de confiance à 95%. La barre verticale est la moyenne nationale. Les ES ayant atteint ou dépassé l'objectif de performance sont représentés en bleu.

Au vu du graphique, la variabilité inter-établissements existe, ce qui est confirmé par le classement par rapport à la moyenne nationale (Cf. [Annexe II, tableau 35](#)).

Constats principaux sur les résultats de l'indicateur « Évaluation du risque d'escarre »

- En 2011, 74 % des ES concernés par le recueil des indicateurs du thème Dossier Patient en MCO ont participé au recueil de l'indicateur optionnel « Évaluation du risque d'Escarre », soit une augmentation de 9 points par rapport à la campagne 2010.
- Au niveau national, le risque d'escarre est évalué à l'admission pour 32 % des séjours, soit une augmentation de 11 points par rapport à la campagne 2010.
- L'absence de conformité est plus souvent liée à l'absence d'évaluation du risque d'escarre (89 %) qu'à l'absence de conclusion vis-à-vis du risque d'escarre (11 %).
- La variabilité nationale (0 - 100 %) est retrouvée au niveau régional : 0 % (Guyane) à 44 % (PACA).

Analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats

Indicateur « Tenue du dossier patient »

La seule variable associée aux résultats de l'évaluation du critère « rédaction des prescriptions médicamenteuses pendant l'hospitalisation » est l'informatisation du dossier du patient.

Tableau 19. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Impact de l'informatisation sur la qualité des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation

	2008		2009		2010		2011	
	Prescriptions non informatisées N = 72 848 87 %	Prescriptions informatisées N = 11 325 13 %	Prescriptions non informatisées N = 67 358 79 %	Prescriptions informatisées N = 18 371 21 %	Prescriptions non informatisées N = 62 697 69 %	Prescriptions informatisées N = 28 604 31 %	Prescriptions non informatisées N = 55 177 60 %	Prescriptions informatisées N = 36 177 40 %
Conformité du critère « Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation » (%)								
Prescriptions retrouvées et conformes	25	67	38	78	41	85	47	89
Prescriptions médicamenteuses retrouvées	91	96	93	96	95	98	96	98
Analyse détaillée par item (% d'éléments tracés)								
Si prescriptions médicamenteuses retrouvées, présence de :								
1. Nom et prénom du patient	97	99	98	99	99	100	99	100
2. Date de prescription	89	97	91	98	93	99	94	99
3. Signature du prescripteur	53	78	63	87	68	92	72	95
4. Nom du prescripteur	48	82	60	90	67	94	72	96
5. Dénomination des médicaments	97	98	98,5	99	99	100	99	100
6. Posologie	88	95	92	98	94	99	95	99
7. Voie d'administration	-	-	-	-	80	95	82	97

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

La rédaction des prescriptions médicamenteuses au cours de l'hospitalisation a été comparée entre 2008 et 2011 en fonction de leur informatisation :

- En 2011, les prescriptions médicamenteuses sont informatisées dans 4 dossiers sur 10 contre 3 dossiers sur 10 en 2010, 2 dossiers sur 10 en 2009, et 1 dossier sur 10 en 2008.
- En 2011, les prescriptions médicamenteuses sont deux fois mieux rédigées quand elles sont informatisées (89 % versus 47 %). Ce résultat est similaire à celui obtenu en 2010 (85 % versus 41 % dans les deux cas).
- L'informatisation de la prescription médicamenteuse améliore la traçabilité de paramètres, comme l'identification du prescripteur (signature : 95 % versus 72 % ; nom : 96 % versus 72 %) et la voie d'administration (97 % versus 82 %).

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

Les seules variables associées aux résultats de l'indicateur DEC sont le type de prise en charge et la durée de séjour.

1. Analyse du lien entre le délai d'envoi du courrier et le type de prise en charge

Tableau 20. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation »
Résultats de l'indicateur en fonction du type de prise en charge

	2008		2009		2010		2011	
	% dossiers	Moyenne %	% dossiers	Moyenne %	% dossiers	Moyenne %	% dossiers	Moyenne %
Médecine	51	34	51	37	53	40	53	54
Chirurgie	41	16	40	27	39	33	39	41
Obstétrique	8	20	9	26	8	34	8	41

La proportion de courriers contenant les informations requises, envoyés dans un délai inférieur ou égal à 8 jours est significativement plus importante en médecine (54 %) qu'en chirurgie et en obstétrique (41 %).

Entre 2008 et 2011, la proportion de courriers répondant aux critères de l'indicateur a significativement augmenté en médecine (+ 20 points : passage de 34 % à 54 %), a doublé en obstétrique (+ 21 points), et a presque triplé en chirurgie (+ 25 points).

2. Analyse du lien entre le délai d'envoi du courrier et la durée de séjour

Tableau 21. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation »

Résultats de l'indicateur en fonction de la durée de séjour

	2008		2009		2010		2011	
	% dossiers	Moyenne %	% dossiers	Moyenne %	% dossiers	Moyenne %	% dossiers	Moyenne %
1 jour	20	17	21	24	18	27	19	37
2-3 jours	29	20	29	28	27	34	28	43
4-7 jours	23	26	23	34	23	39	28	50
> 7 jours	28	35	27	42	31	44	25	57

Entre 2008 et 2011, la proportion de courriers répondant aux critères de l'indicateur a doublé pour les séjours d'une durée de 1 jour, de 2-3 jours, et de 4-7 jours ; et a pratiquement doublé pour les séjours d'une durée supérieure à 7 jours (35 % à 57 %).

La proportion de courriers répondant aux critères augmente avec la durée de séjour : 37 % (séjour de 1 jour) versus 57 % (séjour de plus de 7 jours) en 2011.

Indicateur « Évaluation de la douleur »

Les seules variables associées aux résultats de l'indicateur TRD sont l'âge et le type de prise en charge.

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

Tableau 22. Indicateur « Évaluation de la douleur » - Résultats de l'indicateur en fonction de l'âge

	2008		2009		2010		2011	
	% dossiers	Moyenne %	% dossiers	Moyenne %	% dossiers	Moyenne %	% dossiers	Moyenne %
- 18 ans	7	36	6	43	6	49	6	60
18 - 75 ans	64	44	64	56	60	66	62	75
PA > 75 ans	29	32	30	46	34	56	32	69

Les résultats ont augmenté de 13 points entre 2010 et 2011 pour les personnes âgées (PA) de plus de 75 ans, de 11 points pour les mineurs, et de 9 points pour les 18-75 ans.

La douleur reste moins souvent évaluée avec une échelle chez les PA de plus de 75 ans que chez les 18-75 ans, même si l'écart est plus faible en 2011 : 6 points de moins (versus 10 points de moins en 2010). Il en est de même pour les patients mineurs : 15 points de moins que pour les 18-75 ans en 2011 (versus 17 points en 2010).

Les différences populationnelles présentes les années précédentes persistent en 2011.

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

Tableau 23. Indicateur « Évaluation de la douleur »

Résultats de l'indicateur en fonction du type de prise en charge

	2008		2009		2010		2011	
	% dossiers	Moyenne %	% dossiers	Moyenne %	% dossiers	Moyenne %	% dossiers	Moyenne %
Médecine	51	24	51	37	53	49	54	64
Chirurgie	41	62	40	76	39	81	39	88
Obstétrique	8	24	9	39	8	47	8	58

Les résultats ont augmenté de 15 points entre 2010 et 2011 en médecine, de 11 points en obstétrique, et de 7 points chirurgie.

En 2011, l'évaluation de la douleur reste moins souvent tracée en médecine qu'en chirurgie, même si l'écart est plus faible qu'en 2010 : 8 points de moins (24 points versus 32 points en 2010). Il en est de même en obstétrique : 4 points de moins (30 points versus 34 points en 2010).

Indicateur « Mesure du poids »

La seule variable associée aux résultats de la mesure du poids est l'âge.

Tableau 24. Mesure du poids - Résultats de l'indicateur en fonction de l'âge des patients

	2009		2010		2011	
	% dossiers	Moyenne %	% dossiers	Moyenne %	% dossiers	Moyenne %
18-75 ans	64	78	70	82	63	87
PA > 75 ans	36	69	30	73	37	80

Au niveau national, la mesure du poids a augmenté de 5 points par rapport à la campagne 2010. Cette augmentation concerne toutes les classes d'âge : 18-75 ans (+ 5 points) et personnes âgées (PA) de plus de 75 ans (+ 7 points).

Des différences populationnelles persistent : le poids est moins bien tracé chez les PA de plus de 75 ans que chez les 18-75 ans (80 % versus 87 %).

Indicateur « Évaluation du risque d'escarre »

Les seules variables associées aux résultats de l'indicateur « Évaluation du risque d'escarre » sont le type de prise en charge, l'âge, et la durée de séjour.

1. Influence du type de prise en charge sur l'évaluation du risque d'escarre (analyse univariée)

Tableau 25. Indicateur « Évaluation du risque d'escarre » - Résultats de l'indicateur en fonction du type de prise en charge

	2010			2011		
	Nb de dossiers	% de dos-siers	Moyenne (%)	Nb de dossiers	% de dos-siers	Moyenne (%)
Médecine	40 423	65	23	45 539	65	34
Chirurgie	21 532	35	17	24 847	35	27

Au niveau national, l'évaluation du risque d'escarre a augmenté de 11 % en médecine, et de 10 % en chirurgie, par rapport à la campagne 2010.

Le risque d'escarre reste plus souvent évalué au début du séjour en médecine (34 %) qu'en chirurgie (27 %).

2. Influence de l'âge et de la durée de séjour sur l'évaluation du risque d'escarre (analyse bivariée)

Tableau 26. Indicateur « Évaluation du risque d'escarre » - Résultats de l'indicateur en fonction de l'âge et de la durée de séjour

	Durée de séjour	2010			2011		
		Nb de dossiers	% de dossiers	Moyenne (%)	Nb de dossiers	% de dossiers	Moyenne (%)
18 - 60 ans	2 - 3 jours	9 897	47	13	11 296	47	23
	4 - 7 jours	7 084	33	15	8 077	34	27
	Plus de 8 jours	4 230	20	21	4 429	19	30
	Total	21 211	100		23 802	100	
60 - 75 ans	2 - 3 jours	5 148	33	15	6 197	34	24
	4 - 7 jours	4 811	31	18	5 706	32	30
	Plus de 8 jours	5 609	36	25	6 179	34	37
	Total	15 568	100		18 079	100	
+ de 75 ans	2 - 3 jours	4 783	21	17	5 543	20	27
	4 - 7 jours	6 543	29	24	7 777	27	35
	Plus de 8 jours	13 850	50	30	15 185	53	42
	Total	22 652	100		28 505	100	

Pour une même durée de séjour, l'évaluation du risque d'escarre augmente faiblement avec l'âge.

Pour une classe d'âge donnée, l'évaluation du risque d'escarre augmente avec la durée de séjour. Pour chaque classe d'âge, on constate une amélioration (de 9 % à 15 %) entre la campagne 2010 et la campagne 2011.

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

Tableau 27 – Indicateur « Évaluation du risque d'escarre » - Résultats de l'indicateur en fonction du type de prise en charge et de la durée de séjour

	Type de prise en charge	2010			2011		
		Nb de dossiers	% de dossiers	Moyenne (%)	Nb de dossiers	% de dossiers	Moyenne (%)
18 - 60 ans	Médecine	10 609	50	16	11 807	50	27
	Chirurgie	10 602	50	15	11 995	50	25
	Total	21 211	100		23 802	100	
60 - 75 ans	Médecine	9 732	63	21	11 188	62	32
	Chirurgie	5 836	37	18	6 891	38	27
	Total	15 568	100		18 079	100	
+ de 75 ans	Médecine	20 082	80	27	22 544	79	39
	Chirurgie	5 094	20	21	5 961	21	29
	Total	25 176	100		28 505	100	

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

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

Constats principaux sur les analyses des facteurs associées à la variabilité des résultats

- L'informatisation des prescriptions médicamenteuses améliore la qualité de leur rédaction.
- La proportion de courriers répondant aux critères qualité de l'indicateur augmente avec la durée de séjour, et est significativement plus importante en médecine (54 %) qu'en chirurgie (41 %) et en obstétrique (41 %).
- **Les différences persistent en fonction du type de prise en charge et de la classe d'âge :**
 - l'évaluation de la douleur est mieux tracée en chirurgie (88 %) qu'en médecine (64 %) et en obstétrique (58%). Elle est également mieux tracée chez les 18-75 ans (75 %) et les plus de 75 ans (69 %) que chez les moins de 18 ans (60 %).
 - le poids est mieux tracé chez les 18-75 ans (87 %) que les personnes âgées de plus de 75 ans (80 %).
 - l'évaluation du risque d'escarre à l'admission est plus fréquente quand l'âge augmente, et quand la durée de séjour augmente ; elle est également plus fréquente en médecine (34 %) qu'en chirurgie (27 %).

Conclusion

Les indicateurs généralisés sont intégrés aux différents dispositifs applicables aux établissements (ES) de santé (procédure de certification, contractualisation, etc.) et sont accessibles au grand public à partir du site Platines.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a piloté au dernier trimestre 2011 la quatrième campagne de recueil des indicateurs généralisés sur le thème du dossier du patient en secteur MCO. Ce recueil a permis aux ES participants d'analyser leurs résultats individuels et comparatifs, et de mesurer l'impact des actions d'amélioration mises en place lors des trois précédents recueils.

Les résultats présentés dans ce rapport sont issus d'une analyse de dossiers de patients hospitalisés au cours du 1^{er} semestre 2011. Leur analyse permet plusieurs constats :

- **Pour tous les indicateurs, une amélioration dans les temps est constatée suite aux quatre campagnes :**
 - **la mesure du poids a dépassé l'objectif de performance de 80 %** : en 2011, la moyenne nationale est de 84 % (augmentation de 28 points en 4 ans) ;
 - **la tenue du dossier patient s'est améliorée en 4 ans** : le score de conformité national 2011 est de 76 % (augmentation de 14 points 4 ans), et est proche de l'objectif national de performance de 80 %. En 2011, 52 % des ES ont atteint ou dépassé l'objectif de performance ;
 - **l'évaluation de la douleur avec une échelle s'est également améliorée** : la moyenne nationale de l'indicateur « Évaluation de la douleur » est de 73 % (augmentation de 33 points en 4 ans). 60 % des ES ont atteint ou dépassé l'objectif de performance ;
 - l'envoi d'un courrier de fin d'hospitalisation, avec l'ensemble des informations requises et dans un délai inférieur ou égal à 8 jours, a augmenté de 22 points en 4 ans (passage de 26 % à 48 %), mais reste à améliorer. Seulement 20 % des établissements ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 %.
- L'informatisation du dossier médical, qui est souvent présentée comme une solution pour améliorer le partage d'information, reste très faible au niveau national (6 % des dossiers totalement informatisés), et a progressé de 2 points en 1 an. Elle améliore néanmoins la **qualité des prescriptions médicamenteuses** [les prescriptions informatisées deux fois mieux rédigées (89 %) que celles sous format papier (47 %)].
- Outre les constats nationaux, certaines régions présentent de meilleurs résultats que d'autres, qu'il s'agisse de la moyenne régionale ou de la proportion d'ES ayant atteint ou dépassé le seuil de performance de 80 % (classe A et B).
- En 2011, 74 % des ES ont participé au recueil de l'indicateur concernant l'évaluation du risque d'escarre (augmentation de 9 % par rapport à la campagne 2010), ce qui traduit l'intérêt des ES pour cet indicateur.

Le bilan de cette campagne, au regard des années passées, montre l'implication des professionnels de santé dans l'amélioration de la qualité de la tenue du dossier patient, et l'impact des actions d'amélioration qui ont été mises en œuvre.

Face à la progression de ces résultats, il est prévu pour le programme 2012-2016 de modifier le rythme de recueil des indicateurs du dossier patient MCO, et de passer à un recueil biennal (tous les 2 ans), en alternance avec les indicateurs de pratique clinique. Les établissements auront ainsi une année complète pour mettre en place des plans d'actions d'amélioration entre deux mesures.

Annexe I : Méthodes d'analyse

► Recueil des données

Outils de recueil

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 et se composent :

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

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.

Conditions de recueil

Séjours analysés	Recueil obligatoire ⁸	Recueil facultatif ⁹
80 séjours tirés au sort sur le 1 ^{er} semestre 2011.	ES réalisant plus de 500 séjours MCO hors séance* sur l'année 2010 (*approché via un nombre de lits et/ ou places installés < 10).	Recueil facultatif pour les ES qui réalisent moins de 500 séjours hors séance sur l'année 2010.

Le recueil des indicateurs consiste en une enquête rétrospective portant sur un échantillon aléatoire de séjours réalisés sur le 1^{er} semestre 2011. Au maximum, quatre-vingt séjours doivent être analysés par chaque ES.

8. La liste des ES soumis à un recueil obligatoire ou facultatif est arrêtée par l'ATIH.

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

Le nombre de dossiers évalués est identique quelles que soient la taille et la catégorie des établissements de santé participant à la généralisation. En effet, ce nombre de dossiers, relativement faible, est un compromis entre une charge de travail acceptable, tous types de structure confondus, et un niveau statistique 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.

► Méthodes de comparaison

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

- une « référence nationale » ;
- une « référence régionale » : les ES ont accès aux résultats de leur région ;
- une « référence par catégorie d'ES » : les ES ont accès aux résultats de leur catégorie ; centres hospitaliers (CH), centres hospitaliers universitaires (CHU), établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), établissements privés, ou encore « autres publics ».

► Méthodes de présentation des résultats

Dans ce rapport, deux présentations sont proposées. Les ES sont comparés par rapport :

- à la moyenne nationale (de tous les ES), via des pictogrammes de couleur vert, jaune et orange ;
- à l'objectif national de performance de 80 %, via des classes « A », « B » et « C » ; la classe « D » correspond aux établissements « non répondants ».

Positionnement par rapport à la moyenne nationale

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



ES dont la borne basse de l'IC à 95 % est supérieure à la moyenne du groupe de référence : la position de l'ES est dite « **significativement supérieure à la moyenne du groupe de référence** »¹⁰.



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



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

10. La référence nationale ne prend pas en compte les ES non répondants.

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

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

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

► Méthodes d'analyse des facteurs associés

La conformité des indicateurs a été analysée au regard d'un certain nombre de facteurs associés :

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

Annexe II : Tableaux annexes

► Population de la base

Descriptif de la population : âge, type de prise en charge, durée des séjours, degré d'informatisation.

Tableau 28. Répartition des dossiers en fonction des classes d'âge (2009-2011)

Classe d'âge	% de dossiers 2009	% de dossiers 2010	% de dossiers 2011
< 18 ans	6	6	6
Entre 18 - 75 ans	64	60	62
Plus de 75 ans	29	34	32
Total	100	100	100

Tableau 29. Répartition des dossiers en fonction du type d'activité (2009-2011)

Classe d'âge	% de dossiers 2009	% de dossiers 2010	% de dossiers 2011
Médecine	51	53	53
Chirurgie	40	39	39
Obstétrique	9	8	8
Total	100	100	100

Tableau 30. Répartition des dossiers en fonction de la durée de séjour (2009-2011)

Durée de séjour	% de dossiers 2009	% de dossiers 2010	% de dossiers 2011
1 jour	21	18	19
2 - 3 jours	29	27	28
4 - 7 jours	23	23	28
> 7 jours	27	31	25
Total	100	100	100

Tableau 31. Répartition des dossiers en fonction du niveau d'informatisation (2009-2011)

Degré d'informatisation	% de dossiers 2009	% de dossiers 2010	% de dossiers 2011
Informatisation totale	3	4	6
Aucune informatisation	43	36	31
Informatisation partielle	54	59	63
Total	100	100	100

► **Résultats par critère des 4 années de recueil**

Tableau 32. Évolution des critères

Sources	2011	2010	2009	2008
Présence d'un document médical relatif à l'admission	92	91	90	86
Contenu de l'examen médical d'entrée noté	74	70	76	68
Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation	64	55	47	31
Présence d'un (ou des) compte(s) rendu(s) opératoire(s)	92	91	91	89
Présence d'un compte rendu d'accouchement	94	92	91	87
Dossier d'anesthésie	87	85	83	79
Dossier transfusionnel	86	84	79	69
Rédaction d'un traitement de sortie	50	44	44	36
Courrier de fin d'hospitalisation ou compte rendu d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval	59	52	45	35
Dossier organisé et classé	95	94	91	87

► **Descriptif des effectifs des établissements de santé**

Tableau 33. Effectifs

Campagne	Population totale*	Base de référence nationale	Nb d'ES n'entrant pas dans la base de référence nationale	
		Nb d'ES N > 30	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec effectif N ≤ 30
2011	1 228	1 206	21	1

* La population totale correspond aux ES ayant l'obligation de réaliser le recueil ainsi qu'aux ES en statut facultatif qui ont choisi de réaliser le recueil. Autrement dit, cette population comprend les ES entrant dans la base de référence nationale, ceux dont l'effectif est ≤ 30 sur la période de recueil, ainsi que les ES non répondants.

Tableau 34. Nb d'ES pris en compte pour le calcul de la moyenne

Indicateur	Nb d'ES avec N > 30
TDP	1 206
DEC	1 192
TRD	1 206
DTN1	1 196
DTN3	1 196
TRE	887

► Distribution des ES par rapport a la moyenne nationale

Tableau 35. Distribution par rapport à la moyenne nationale

	Moyenne nationale					Total
TDP	76	Nombre d'ES	466	320	420	1 206
		% d'ES	39	27	35	
DEC	48	Nombre d'ES	396	386	410	1 192
		% d'ES	33	32	34	
TRD	73	Nombre d'ES	555	290	361	1 206
		% d'ES	46	24	30	
DTN 1	84	Nombre d'ES	520	420	256	1 196
		% d'ES	43	35	21	
DTN 3	20	Nombre d'ES	285	239	672	1 196
		% d'ES	24	20	56	

► Distribution des moyennes régionales par indicateur

Tableau 36. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Moyennes régionales

	ES composant la référence	Moyenne nationale = 76	ES n'entrant pas dans la référence	
	Nb d'ES avec N > 30	Moyenne	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec N ≤ 30
Alsace	26	78	0	0
Aquitaine	70	78	1	1
Auvergne	26	74	0	0
Basse Normandie	33	71	0	0
Bourgogne	39	74	0	0
Bretagne	54	75	2	0
Centre	46	77	0	0
Champagne Ardenne	29	71	0	0
Corse	11	76	0	0
Franche Comté	19	72	0	0
Guadeloupe	9	70	3	0
Guyane	3	57	2	0
Haute Normandie	29	79	0	0
Ile de France	194	76	5	0
Languedoc Roussillon	50	78	0	0
Limousin	19	76	1	0
Lorraine	48	76	0	0
Martinique	6	72	1	0
Midi Pyrénées	63	77	0	0
Nord Pas de Calais	74	76	2	0
PACA	103	81	1	0
Pays de la Loire	54	77	1	0
Picardie	37	75	0	0
Poitou Charentes	31	73	0	0
Réunion	10	65	1	0
Rhône Alpes	114	77	1	0

Tableau 37. Indicateur « Délai d'envoi des courriers » - Moyennes régionales

	ES composant la référence	Moyenne nationale = 48	ES n'entrant pas dans la référence	
	Nb d'ES avec N > 30	Moyenne	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec N ≤ 30
Alsace	26	49	0	0
Aquitaine	69	53	1	2
Auvergne	26	44	0	0
Basse Normandie	33	46	0	0
Bourgogne	39	48	0	0
Bretagne	54	43	2	0
Centre	45	47	0	1
Champagne Ardenne	29	35	0	0
Corse	11	35	0	0
Franche Comté	18	46	0	1
Guadeloupe	9	44	3	0
Guyane	3	35	2	0
Haute Normandie	28	54	0	1
Ile de France	191	41	5	3
Languedoc Roussillon	49	53	0	1
Limousin	19	50	1	0
Lorraine	48	52	0	0
Martinique	6	43	1	0
Midi Pyrénées	62	53	0	1
Nord Pas de Calais	73	57	2	1
PACA	103	55	1	0
Pays de la Loire	54	44	1	0
Picardie	37	52	0	0
Poitou Charentes	31	47	0	0
Réunion	9	33	1	1
Rhône Alpes	111	43	1	3

Tableau 38. Indicateur « Évaluation de la douleur » - Moyennes régionales

	ES composant la référence	Moyenne nationale = 73	ES n'entrant pas dans la référence	
	Nb d'ES avec N > 30	Moyenne	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec N ≤ 30
Alsace	26	79	0	0
Aquitaine	70	82	1	1
Auvergne	26	59	0	0
Basse Normandie	33	71	0	0
Bourgogne	39	63	0	0
Bretagne	54	69	2	0
Centre	46	70	0	0
Champagne Ardenne	29	66	0	0
Corse	11	57	0	0
Franche Comté	19	63	0	0
Guadeloupe	9	31	3	0
Guyane	3	60	2	0
Haute Normandie	29	66	0	0
Ile de France	194	73	5	0
Languedoc Roussillon	50	73	0	0
Limousin	19	67	1	0
Lorraine	48	77	0	0
Martinique	6	37	1	0
Midi Pyrénées	63	72	0	0
Nord Pas de Calais	74	78	2	0
PACA	103	81	1	0
Pays de la Loire	54	80	1	0
Picardie	37	68	0	0
Poitou Charentes	31	72	0	0
Réunion	10	63	1	0
Rhône Alpes	114	71	1	0

Tableau 39. Indicateur « Mesure du poids » - Moyennes régionales

	ES composant la référence	Moyenne nationale = 84	ES n'entrant pas dans la référence	
	Nb d'ES avec N > 30	Moyenne	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec N ≤ 30
Alsace	26	89	0	0
Aquitaine	69	86	1	2
Auvergne	26	80	0	0
Basse Normandie	33	81	0	0
Bourgogne	39	84	0	0
Bretagne	54	81	2	0
Centre	46	82	0	0
Champagne Ardenne	28	78	0	1
Corse	11	79	0	0
Franche Comté	19	82	0	0
Guadeloupe	9	81	3	0
Guyane	3	53	2	0
Haute Normandie	29	82	0	0
Ile de France	189	87	5	5
Languedoc Roussillon	50	85	0	0
Limousin	19	83	1	0
Lorraine	48	87	0	0
Martinique	6	74	1	0
Midi Pyrénées	63	82	0	0
Nord Pas de Calais	73	84	2	1
PACA	102	88	1	1
Pays de la Loire	54	81	1	0
Picardie	36	76	0	1
Poitou Charentes	31	83	0	0
Réunion	10	79	1	0
Rhône Alpes	114	87	1	0

Tableau 40. Indicateur « Dépistage complet des troubles nutritionnels » - Moyennes régionales

	ES composant la référence	Moyenne nationale = 20	ES n'entrant pas dans la référence	
	Nb d'ES avec N > 30	Moyenne	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec N ≤ 30
Alsace	26	24	0	0
Aquitaine	69	22	1	2
Auvergne	26	15	0	0
Basse Normandie	33	10	0	0
Bourgogne	39	18	0	0
Bretagne	54	16	2	0
Centre	46	18	0	0
Champagne Ardenne	28	19	0	1
Corse	11	26	0	0
Franche Comté	19	12	0	0
Guadeloupe	9	35	3	0
Guyane	3	5	2	0
Haute Normandie	29	22	0	0
Ile de France	189	15	5	5
Languedoc Roussillon	50	27	0	0
Limousin	19	16	1	0
Lorraine	48	28	0	0
Martinique	6	3	1	0
Midi Pyrénées	63	24	0	0
Nord Pas de Calais	73	24	2	1
PACA	102	29	1	1
Pays de la Loire	54	16	1	0
Picardie	36	15	0	1
Poitou Charentes	31	9	0	0
Réunion	10	21	1	0
Rhône Alpes	114	20	1	0

Tableau 41. Indicateur « Évaluation du risque d'escarre » - Moyennes régionales

	ES composant la référence	Moyenne nationale = 32	ES n'entrant pas dans la référence	
	Nb d'ES avec N > 30	Moyenne	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec N ≤ 30
Alsace	21	21	0	5
Aquitaine	50	25	1	21
Auvergne	23	22	0	3
Basse Normandie	23	28	0	10
Bourgogne	31	33	0	8
Bretagne	38	34	2	16
Centre	37	30	0	9
Champagne Ardenne	21	17	0	8
Corse	5	34	0	6
Franche Comté	16	25	0	3
Guadeloupe	5	28	3	4
Guyane	1	0	2	2
Haute Normandie	17	18	0	12
Ile de France	131	31	5	63
Languedoc Roussillon	38	37	0	12
Limousin	15	30	1	4
Lorraine	41	43	0	7
Martinique	5	10	1	1
Midi Pyrénées	42	31	0	21
Nord Pas de Calais	57	42	2	17
PACA	75	44	1	28
Pays de la Loire	42	30	1	12
Picardie	30	30	0	7
Poitou Charentes	24	27	0	7
Réunion	10	28	1	0
Rhône Alpes	83	27	1	31

► Distribution des moyennes par catégorie d'ES

Tableau 42. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Statistiques descriptives par catégorie d'ES

	ES composant la référence	Moyenne nationale = 76	ES n'entrant pas dans la référence	
	Nb d'ES avec N > 30	Moyenne	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec N ≤ 30
Autres publics	3	70	2	0
CH	482	76	3	1
CHU	58	75	1	0
CLCC	20	81	0	0
Privé	529	76	11	0
ESPIC	114	78	4	0

38 ES de l'AP-HP ont fait le recueil.

Tableau 43. Indicateur « Délai d'envoi des courriers » - Statistiques descriptives par catégorie d'ES

	ES composant la référence	Moyenne nationale = 48	ES n'entrant pas dans la référence	
	Nb d'ES avec N > 30	Moyenne	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec N ≤ 30
Autres publics	3	36	2	0
CH	479	54	3	4
CHU	58	43	1	0
CLCC	20	57	0	0
Privé	521	42	11	8
ESPIC	111	51	4	3

Tableau 44. Indicateur « Évaluation de la douleur » - Statistiques descriptives par catégorie d'ES

	ES composant la référence	Moyenne nationale = 73	ES n'entrant pas dans la référence	
	Nb d'ES avec N > 30	Moyenne	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec N ≤ 30
Autres publics	3	70	2	0
CH	482	58	3	1
CHU	58	61	1	0
CLCC	20	91	0	0
Privé	529	86	11	0
ESPIC	114	75	4	0

Tableau 45. Indicateur « Mesure du poids » - Statistiques descriptives par catégorie d'ES

	ES composant la référence	Moyenne nationale = 84	ES n'entrant pas dans la référence	
	Nb d'ES avec N > 30	Moyenne	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec N ≤ 30
Autres publics	3	83	2	0
CH	482	76	3	1
CHU	58	82	1	0
CLCC	20	93	0	0
Privé	524	91	11	5
ESPIC	109	86	4	5

Tableau 46. Indicateur « Dépistage complet des troubles nutritionnels » - Statistiques descriptives par catégorie d'ES

	ES composant la référence	Moyenne nationale = 20	ES n'entrant pas dans la référence	
	Nb d'ES avec N > 30	Moyenne	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec N ≤ 30
Autres publics	3	27	2	0
CH	482	17	3	1
CHU	58	16	1	0
CLCC	20	43	0	0
Privé	524	21	11	5
ESPIC	109	22	4	5

Tableau 47. Indicateur « Évaluation du risque d'escarre » - Statistiques descriptives par catégorie d'ES

	ES composant la référence	Moyenne nationale = 32	ES n'entrant pas dans la référence	
	Nb d'ES avec N > 30	Moyenne	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec N ≤ 30
Autres publics	2	24	2	1
CH	421	30	3	62
CHU	42	22	1	16
CLCC	6	35	0	14
Privé	340	33	11	189
ESPIC	76	38	4	38



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

n°ISBN : 978-2-11-128567-5