



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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

Qualité de la tenue du dossier patient en soins de suite et de réadaptation

Résultats nationaux de la campagne 2014

Données 2013

4^e campagne nationale

Décembre 2014

Ce document présente les résultats issus du recueil national, en 2014, des indicateurs du thème « Qualité de la tenue du dossier patient en soins de suite et de réadaptation » sous la coordination de la Haute Autorité de Santé.

Ces indicateurs donnent une image du niveau de qualité des étapes clés de la prise en charge au sein de chacun des établissements concernés. Ils contribuent, au niveau national, à l'observation de la qualité des soins dans les établissements de santé français.

Rapport rédigé avant le contrôle qualité du recueil réalisé par les Agences Régionales de Santé (ARS)

Les résultats nationaux présentés dans ce rapport ne prennent pas en compte les résultats du contrôle qualité réalisé par les ARS dans le cadre de l'Orientation Nationale de Contrôle (ONC) demandée par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS).

Il a été décidé la publication du rapport dès la fin de la campagne nationale de recueil car l'ONC ne peut avoir un impact que sur les résultats individuels au niveau de l'établissement. Les référentiels nationaux restent inchangés.

Les résultats des indicateurs suite à l'ONC sont pris en compte dans le cadre de la diffusion publique sur le site Scope Santé et font l'objet d'un rapport national spécifique, diffusé sur le site de la HAS.

Où trouver les résultats de votre structure ?

Les résultats complets individuels et comparatifs de chaque structure sont accessibles sur la plateforme QUALHAS. Pour y accéder, contacter le Département de l'Information Médicale (DIM) de votre établissement.

Les résultats des indicateurs, diffusés publiquement par établissement, sont disponibles sur le site Scope Santé (www.scopesante.fr), site d'information sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé à destination des usagers, mis en place par la HAS, en partenariat avec le ministère chargé de la santé.

QUALITÉ DU DOSSIER PATIENT

Cet indicateur évalue la qualité du dossier du patient hospitalisé

> EN SAVOIR PLUS

Date des données : 2011

Fréquence de la mise à jour : tous les 2 ans

Source : QUALHAS

	Cotation	Couleur	Valeur de l'indicateur	Intervalle de confiance	Evolution depuis la dernière évaluation
Soins de suite et de réadaptation	B		78	[75 - 82]	Non concerné(non comparable)

Pour en savoir plus

Le descriptif des indicateurs est disponible sur le site internet :

www.has-sante.fr/portail/jcms/c_701657/ipaqss-2011-ssr-iteration-de-la-generalisation-du-recueil

Pour nous contacter

Pour toutes questions relatives aux indicateurs, le service IPAQSS (Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins) vous répondra par e-mail : ipaqss@has-sante.fr

Ce document a été rédigé par Rose Derenne, Frédéric Capuano et Christine Sorasith sous la responsabilité de Catherine Grenier, chef du service IPAQSS.

Le secrétariat est assuré par Virginie Mourao, SIPAQSS, HAS.

Rapport validé par le collège de la HAS le 11 décembre 2014.

Sommaire

Synthèse des résultats des indicateurs nationaux.....	5
Contexte.....	7
Descriptif de la campagne 2014	8
Indicateur « Tenue du dossier patient »	10
Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation ».....	13
Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels ».....	16
Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur ».....	19
Indicateur « Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarres ».....	22
Analyses complémentaires.....	24
Bilan et perspectives	25
Table des illustrations.....	27
Annexes	28
Annexe I. Méthodes de recueil et d'analyse	28
Annexe II. Résultats complémentaires.....	32
Références	46

Synthèse des résultats des indicateurs nationaux

Indicateurs nationaux

La 4^e campagne de recueil des indicateurs du thème « Qualité de la tenue du dossier patient en soins de suite et de réadaptation » s'est déroulée de mars à juin 2014.

Le recueil consiste en une enquête rétrospective portant sur un échantillon aléatoire de 80 dossiers de séjours uniques de patients, hospitalisés à temps plein, au moins 8 jours, en soins de suite et de réadaptation entre le 1^{er} mai et le 31 octobre 2013. Le tirage au sort est commun pour l'ensemble des indicateurs.

Le recueil des indicateurs est obligatoire lorsque l'établissement totalise au moins 80 séjours uniques de patients adultes hospitalisés à temps plein au moins 8 jours en soins de suite et de réadaptation sur la période du tirage au sort.

Le thème « Qualité de la tenue du dossier patient en soins de suite et de réadaptation » est composé de 4 indicateurs obligatoires et d'un indicateur optionnel, recueillis nationalement depuis 2010.

► Indicateurs obligatoires

- Tenue du dossier patient.
- Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation.
- Dépistage des troubles nutritionnels (niveaux 1).
- Traçabilité de l'évaluation de la douleur.

► Indicateur optionnel

- Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarres.

Diffusion publique des résultats

Les résultats des indicateurs du thème sont diffusés publiquement en novembre 2014 sur le site Scope Santé de la HAS (www.scopesante.fr).

L'indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » comporte 3 niveaux, seul le niveau 1 fait l'objet d'une diffusion publique. L'indicateur « Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarres » étant optionnel, il ne fait pas l'objet de diffusion publique.

Les résultats sont exprimés par rapport à l'atteinte d'un objectif de performance fixé nationalement à 80 % pour les quatre indicateurs diffusés.

Participation des établissements (ES)

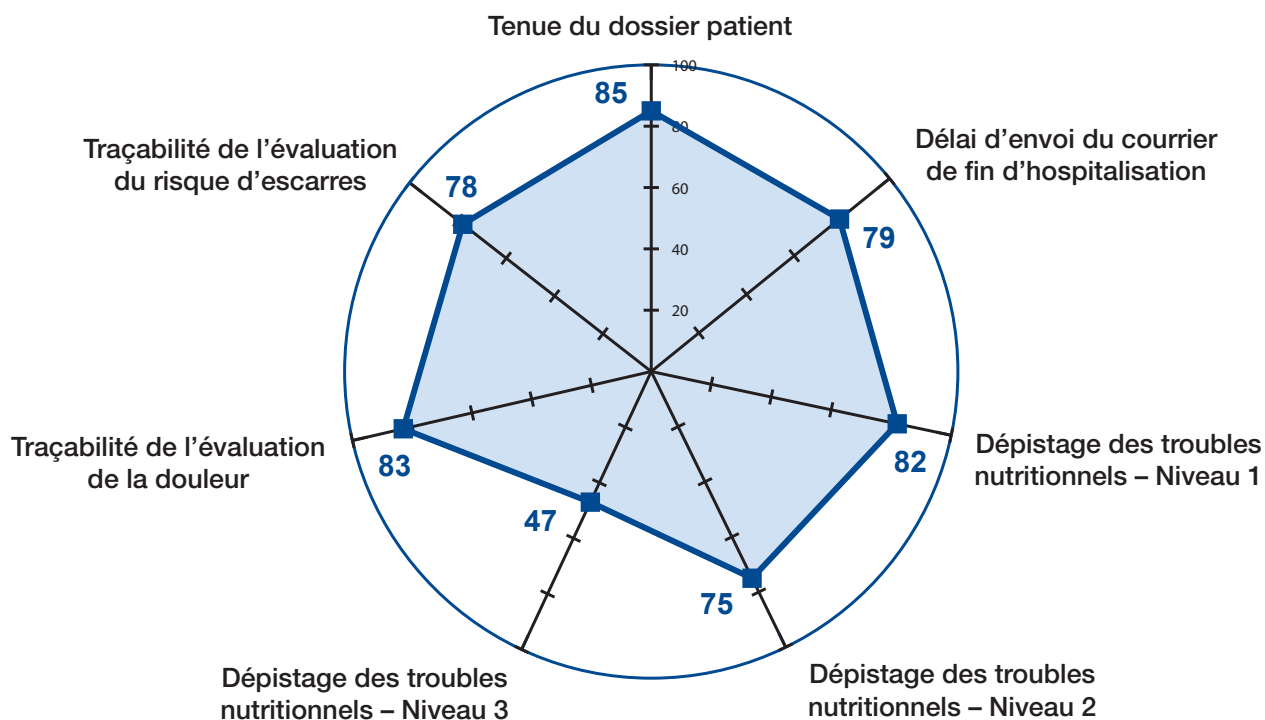
Pour cette campagne, 1 242 ES devaient réaliser le recueil de façon obligatoire. Parmi ceux-ci, 10 ne l'ont pas réalisé ou finalisé et sont considérés comme des établissements « non répondants » (taux de participation de 99 %). Au total, 1 405 ES ont réalisé le recueil des indicateurs (173 ES l'ont réalisé même si le recueil était facultatif par rapport à leur activité).

Population évaluée

- 113 997 dossiers patient évalués au niveau national.
- 62 % de femmes.
- Âge moyen 75 ans, avec 50 % des patients âgés de plus de 80 ans.
- Durée moyenne des séjours = 37 jours (médiane à 30 jours).

Résultats des indicateurs

Graphique 1. Les indicateurs du thème « Qualité de la tenue du dossier patient en soins de suite et de réadaptation » - Campagne DPA SSR 2014 – données 2013



Les résultats sont présentés sous la forme de moyennes nationales pondérées sur l'activité (prenant en compte dans son calcul le nombre de dossiers éligibles par établissement) afin d'assurer une meilleure représentativité des résultats.

Pour les indicateurs diffusés publiquement, le pourcentage des ES ayant un résultat supérieur ou égal à l'objectif de performance est rapporté dans la suite du rapport.

Contexte

Politique nationale des indicateurs qualité et sécurité des soins

En 2006, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et la Haute Autorité de Santé (HAS) ont engagé des travaux pour mettre en œuvre un recueil national d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins afin de disposer, pour l'ensemble des établissements de santé, de tableaux de bord de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins.

Ces indicateurs ont été développés et testés par l'équipe de recherche COordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité (Hôpital, Patient, Sécurité, Territoire (COMPAQ-HPST) sous la coordination des institutions en charge de leur généralisation. Les travaux ont été conduits avec les professionnels intervenant dans la prise en charge en soins de suite et de réadaptation.

Le programme de généralisation des indicateurs, le thème des indicateurs à développer et les modalités de leur utilisation et diffusion sont discutés par le Comité de Pilotage de la Généralisation des Indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins (COPIL), co-animé par la DGOS et la HAS, et regroupant l'ensemble des parties prenantes dont les fédérations d'établissements de santé, les représentants de directeurs et de présidents de la Commission Médicale d'Établissement (CME), l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) et les représentants des usagers et des patients.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires renforce l'utilisation des indicateurs de qualité et de sécurité des soins au sein des établissements de santé et constitue un progrès pour le droit à l'information collective de l'utilisateur en rendant obligatoire la publication, par chaque établissement de santé, d'indicateurs sur la qualité des soins. La liste des indicateurs mis à la disposition du public est fixée annuellement par arrêté ministériel (arrêté du 11 février 2014 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats publiés, chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins).

En outre, les résultats de certains de ces indicateurs sont diffusés publiquement sur internet à partir de la deuxième campagne nationale. Cette diffusion publique se faisait auparavant sur le site internet PLATINES de la DGOS et se fait depuis le 28 novembre 2013 sur le site Scope Santé de la HAS (www.scopesante.fr).

Du fait de l'opposabilité croissante des indicateurs [utilisation dans des tableaux de bord de pilotage, Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), dispositif d'Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ), etc.], un contrôle qualité de leur recueil s'avère nécessaire. Depuis 2013, une orientation nationale de contrôle demandée par l'IGAS et coordonnée par la DGOS et la HAS s'applique à l'ensemble des indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins. Le principe du contrôle qualité du recueil des indicateurs nationaux est d'assurer la fiabilité de l'autoévaluation réalisée lors des campagnes nationales de mesure, en mettant en place une procédure de contrôle aléatoire.

Le champ de cette inspection pour l'année 2014 vise les quatre indicateurs recueillis et diffusés publiquement pour le secteur de soins de suite et de réadaptation.

Tous les établissements de santé participant au recueil ont accès, sur la plate-forme QUALHAS, à une information structurée et comparative qui leur permet de se positionner par rapport aux autres établissements et à leur politique qualité conduite ou à engager. La présentation des résultats individuels permet d'identifier les voies d'amélioration et, grâce à l'évolution dans le temps, les établissements peuvent valoriser le résultat des actions d'amélioration mises en œuvre. Cette plate-forme permet également aux établissements de se comparer et d'apprécier ainsi les domaines où des progrès sont possibles pour améliorer la qualité de leurs activités.

La prochaine campagne de recueil aura lieu en 2016 et portera sur les séjours de 2015.

Ce rapport présente les principaux constats issus de l'analyse des résultats de la campagne de recueil de 2014 des indicateurs du thème « Qualité de la tenue du dossier patient en soins de suite et de réadaptation ».

Descriptif de la campagne 2014

L'ensemble des établissements de soins de suite et de réadaptation qui ont pris en charge plus de 80 séjours uniques d'au moins 8 jours, en hospitalisation à temps plein, entre le 1^{er} mai et le 31 octobre 2013 étaient concernés par le recueil obligatoire de ces indicateurs. Le recueil national s'est déroulé de mars à juin 2014. Au niveau national, 1 405 ES ont participé et 114 980 dossiers de patients ont été tirés au sort.

Sélection des dossiers patient évalués

Parmi les 114 980 dossiers tirés au sort, 0,6 % (690 dossiers) n'ont pas été retrouvés et 0,2 % (230 dossiers) comportaient une incohérence PMSI. Seuls 66 dossiers ont été exclus du fait du refus d'exploitation des données le concernant par le patient. Au final, 113 997 dossiers ont donc été audités par les 1 405 ES, parmi lesquels 29 % (32 985 dossiers) sont totalement informatisés et 60 % (68 334 dossiers) le sont partiellement.

Population analysée

Critères d'inclusion
• Séjours uniques d'au moins 8 jours (un séjour est unique lorsqu'un seul séjour est retrouvé pour un patient sur la période de tirage au sort analysée). • Séjours uniques pour lesquels les patients sont entrés et sortis entre mai et octobre 2013. • Séjours uniques dont la date de sortie est entre mai et octobre et dont la date d'entrée est postérieure au 14 janvier 2013. • Séjours en hospitalisation complète (type d'hospitalisation = 1 ou 5).
Critères d'exclusion
• Séjours dont la date d'entrée est antérieure au 14 janvier 2013. • Les prises en charge qui comportent au moins une interruption de plus de 48 heures et qui sont, de ce fait, découpées en séjours successifs. • Les prises en charge avec passage d'hospitalisation complète en hospitalisation partielle (hospitalisation de jour, hospitalisation de nuit, traitements et cures ambulatoires). • Les séjours avec un GME erreur. • Les doublons du fichier ANO.

Présentation des résultats

Les résultats nationaux sont des moyennes pondérées sur l'activité de l'ES. Ce choix a été fait pour assurer la représentativité des résultats nationaux. Il permet de prendre en compte l'importance relative de chacun des établissements éligibles.

Une comparaison inter-ES avec classement des ES par rapport à une référence (objectif de performance national à 80 %) est réalisée pour les indicateurs diffusés publiquement.

Pour chaque indicateur, sont présentés la description de l'indicateur (numérateur, dénominateur), l'analyse nationale des résultats et les principaux constats. Dans la partie analyse nationale, un tableau présente :

- à titre informatif, pour l'ensemble des dossiers analysés :
 - le nombre d'établissements ayant participé au recueil,
 - le nombre de dossiers inclus,
 - la moyenne brute.
- pour les ES avec plus de 10 dossiers, base de calcul des indicateurs nationaux :
 - Le nombre d'établissements,
 - Le nombre de dossiers inclus,
 - Le résultat minimum,
 - Le résultat maximum,
 - Le premier quartile (où se situent 25 % des ES) ;
 - La moyenne nationale pondérée calculée au niveau ES,
 - Le troisième quartile (où se situent 75 % des ES),
 - La médiane (où se situent 50 % des ES).

Pour le score « Tenue du dossier patient », la moyenne est calculée pour les ES ayant inclus plus de 30 dossiers patient. Pour les autres indicateurs, la moyenne est calculée pour les ES ayant inclus plus de 10 dossiers patient. La méthode détaillée des calculs et de l'analyse est présentée en [annexe 1](#).

En 2014, la méthode de calcul des intervalles de confiance a évolué pour les indicateurs présentés sous forme de taux, ce qui génère une rupture dans la continuité des

résultats des indicateurs entre les deux dernières campagnes nationales. Le calcul de l'évolution des résultats des indicateurs est possible seulement pour l'indicateur de type score (TDP).

La distribution des résultats des indicateurs par région et par catégorie d'ES sont rapportés en [annexe 2](#).

Une réflexion est en cours concernant une représentation cartographique des résultats inter régionaux.

Analyse descriptive de la participation des établissements

Le recueil des indicateurs du thème « Qualité de la tenue du dossier du patient en soins de suite et de réadaptation » était obligatoire pour 1 242 ES. Le taux de répondant est de 99 % pour cette campagne avec seulement 10 ES « non répondants » (ES n'ayant pas répondu à leur obligation de recueil : recueil non débuté ou non finalisé).

Au total, 1 405 ES ont participé à cette campagne, car 173 ES ont réalisé le recueil alors qu'il était facultatif au vu de leur activité.

Tableau 1. Nombre d'établissements pris en compte pour le calcul des indicateurs – Campagne DPA SSR 2014 – données 2013

Indicateurs	Nombre d'ES avec un effectif de dossiers > à 10 (ou 30 dossiers)*
Tenue du dossier patient	1 387
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation	1 404
Dépistage des troubles nutritionnels – Niveau 1	1 396
Dépistage des troubles nutritionnels – Niveau 2	1 396
Dépistage des troubles nutritionnels – Niveau 3	1 396
Traçabilité de l'évaluation de la douleur	1 404
Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarres	1 279

* Plus de 30 dossiers inclus, pour le calcul du score « Tenue du dossier patient ».

Informatisation des dossiers patient analysés

Sur les 113 997 dossiers analysés, 29 % (32 985 dossiers) sont totalement informatisés et 60 % (68 334 dossiers) le sont partiellement.

Parmi les éléments des dossiers qui sont partiellement informatisés, on retrouve :

- Observations médicales : 51 % (34 775 dossiers).
- Prescriptions médicamenteuses : 89 % (60 818 / 68 302 dossiers pour lesquels le critère est applicable).
- Résultats des examens complémentaires : 44 % (29 840 / 67 741 dossiers pour lesquels le critère est applicable).
- Courrier de fin d'hospitalisation : 73 % (49 890 dossiers).
- Dossier de soins infirmiers : 52 % (35 372 dossiers).
- Dossiers paramédicaux (kinésithérapeute, ergothérapeute) : 49 % (32 940 / 66 855 dossiers pour lesquels le critère est applicable).
- Dossiers des travailleurs sociaux (assistant de service social) : 47 % (29 426 / 62 416 dossiers pour lesquels le critère est applicable).
- Dossier des psychologues : 39 % (22 683 / 57 945 dossiers pour lesquels le critère est applicable).

Indicateur « Tenue du dossier patient »

Description et mode d'évaluation

Cet indicateur évalue la tenue du dossier des patients hospitalisés. Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score est proche de 100.

L'indicateur est calculé à partir de 13 critères au maximum :

1. Présence des coordonnées du médecin désigné par le patient (si applicable) ;
2. Présence des documents médicaux relatifs à l'admission ;
3. Examen médical d'entrée renseigné ;
4. Évaluation de l'autonomie renseignée ;
5. Évaluation sociale renseignée ;
6. Évaluation psychologique renseignée ;
7. Projet thérapeutique renseigné ;
8. Participation ou accord du patient à son projet thérapeutique mentionné (si applicable) ;
9. Au moins une réunion pluri-professionnelle tracée ;
10. Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (si applicable) ;
11. Rédaction d'un traitement de sortie (si applicable) ;
12. Courrier de fin d'hospitalisation ou compte rendu d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval ;
13. Dossier organisé et classé.

Score individuel	Un score individuel est calculé pour chaque dossier. Il correspond à la somme des critères satisfaits divisée par la somme des critères applicables.
Score global	Le score global est calculé pour l'ensemble des dossiers. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x 100).
Diffusion publique	Indicateur diffusé publiquement sur Scope Santé avec un objectif de performance à atteindre de 80 %.

Importance du thème	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. Le contenu du dossier médical est défini réglementairement dans le code de santé publique (article R 1112-1)¹. Des travaux ont démontré des liens entre l'amélioration de la qualité du dossier patient et la qualité de la prise en charge^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11}. Il en est attendu un impact fort sur la qualité de la prise en charge des patients. Depuis 2009, le recueil de l'indicateur TDP est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité SSR dans le cadre de la procédure de certification V2010¹². Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs¹³.
----------------------------	---

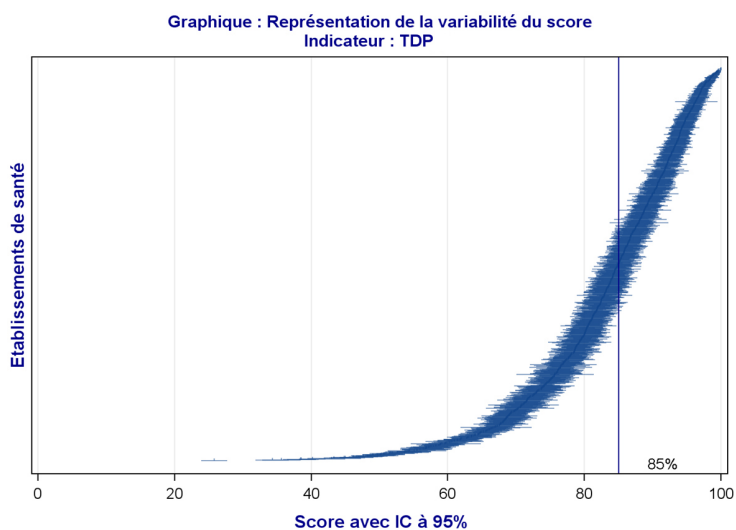
Analyse nationale

Tableau 2. Indicateur « Tenue du dossier patient » – Campagne DPA SSR 2014 - données 2013 – Statistiques descriptives et variabilité nationale

Données 2013		
Ensemble des dossiers audités	Nbre d'ES	1 405
	Nbre de dossiers	108 193
	Moy. brute	83 %
ES avec plus de 30 dossiers*	Nbre d'ES	1 387
	Nbre de dossiers	107 847
	Min d'ES	26 %
	Moy. pondérée ES	85 %
	Max d'ES	100 %
	1 ^{er} quartile	80 %
	Médiane**	86 %
	3 ^e quartile	93 %

* Seuls les établissements avec plus de 30 dossiers inclus sont pris en compte pour calculer le score.

** La médiane représente le seuil au-delà duquel la moitié des établissements se situent.



Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale pondérée. Au vu du graphique, la variabilité inter-établissements existe et s'étend de 26 % à 100 %. Le résultat des trois quarts des établissements est supérieur à 80 %.

Tableau 3. Indicateur « Tenue du dossier patient » – Campagne DPA SSR 2014 - données 2013 – Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %

	Indicateur Tenue du dossier patient						Total
	Classe A (+)		Classe B (=)		Classe C (-)		
Données 2013	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	N
	808	58,3	245	17,7	334	24,1	1 387

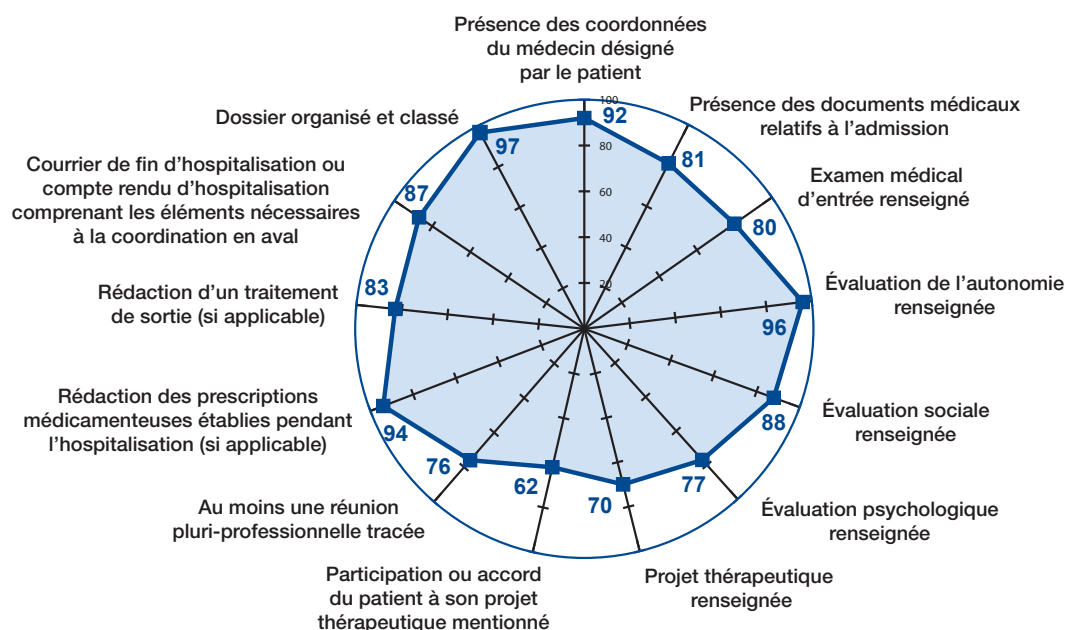
Parmi les 1 387 établissements avec plus de 30 dossiers inclus, 58,3 % ont dépassé l'objectif national de performance de 80 % et sont en classe A.

Tableau 4. Indicateur « Tenue du dossier patient » – Campagne DPA SSR 2014 - données 2013 – Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes

	Indicateur Tenue du dossier patient						Total
	Classe A (+)		Classe B (=)		Classe C (-)		
							
Données 2013	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	N
	607	49,3	433	35,2	191	15,5	1 231

Parmi les 1 231 établissements qui ont réalisé les deux dernières campagnes, 49,3 % ont augmenté significativement leur score entre les deux campagnes. Sur les données de 2013, 191 établissements (15,5 %) ont régressé en termes de performance par rapport aux données de 2011. La diminution de leur score est principalement liée à une baisse de conformité importante sur les critères : « Projet thérapeutique renseigné » et « Participation ou accord du patient à son projet thérapeutique mentionné (si applicable) ». Pour ces 191 établissements, la conformité des critères respectifs est passée de 80 % (2011) à 52 % (2013) et de 72 % (2011) à 48 % (2013).

Graphique 2. Indicateur « Tenue du dossier patient » – Campagne DPA SSR 2014 - données 2013 – Résultats détaillés des 13 critères composant le score



Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Tenue du dossier du patient »

- Le score moyen national pour l'indicateur « Tenue du dossier patient » est de 85 % en 2014.
- Les critères à améliorer sont ceux relatifs :
 - au projet thérapeutique du patient [traçabilité de sa participation à l'élaboration de son projet thérapeutique (62 %), traçabilité du projet thérapeutique (70 %) et élaboration du projet par une équipe pluridisciplinaire ou en concertation avec les professionnels participant à la prise en charge du patient (76 %)] ;
 - à la traçabilité de l'évaluation psychologique (77 %) :
 - ces critères étaient déjà ceux identifiés comme à améliorer lors de la dernière campagne.
- La variabilité inter-ES persiste : les résultats des ES s'étendent de 26 % à 100 %.
- Les deux tiers des ES ont atteint l'objectif national de performance de 80 % (classes A « + » et B « = »)
- 49 % des ES qui ont participé aux deux dernières campagnes ont augmenté leur score.

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 qualité et le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation.

L'indicateur évalue la proportion de séjours pour lesquels le courrier de fin d'hospitalisation, comprenant les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins, est envoyé dans un délai inférieur ou égal à huit jours.

Les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins à retrouver dans le courrier sont les suivants :

1. l'identité du médecin destinataire (nom et adresse) ou du service en cas de mutation ou de transfert ;
2. une référence aux dates du séjour (date d'entrée et date de sortie) ;
3. une synthèse du séjour (contenu médical de la prise en charge du patient) ;
4. une trace écrite d'un traitement de sortie.

Le délai d'envoi est calculé si le courrier de fin d'hospitalisation est retrouvé et daté.

Le délai d'envoi est estimé grâce à la différence entre la date inscrite sur le courrier de fin d'hospitalisation et la date de sortie de l'établissement.

Le compte rendu d'hospitalisation est assimilé à un courrier de fin d'hospitalisation lorsqu'il est envoyé au destinataire concerné (date d'envoi retrouvée).

Si le courrier de fin d'hospitalisation n'est pas retrouvé ou s'il n'est pas daté, le dossier est considéré comme non conforme.

Les délais négatifs sont ramenés à 0.

Numérateur	• Nombre de séjours pour lesquels le courrier de fin d'hospitalisation est envoyé dans un délai inférieur ou égal à huit jours, ET • Dont le contenu comprend les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Diffusion publique	Indicateur diffusé publiquement sur Scope Santé avec un objectif de performance à atteindre de 80 %.
Importance du thème	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 clé de la continuité des soins. Il 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 ». En cas de mutation, les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins doivent être retrouvés dans le dossier. L'envoi du courrier de fin d'hospitalisation doit être effectué réglementairement dans un délai de 8 jours (article R 1112-1 du CSP)¹. Depuis 2009, le recueil de l'indicateur DEC est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité SSR dans le cadre de la procédure de certification V2010¹². Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs¹³. Il est identique à celui généralisé dans le secteur MCO.

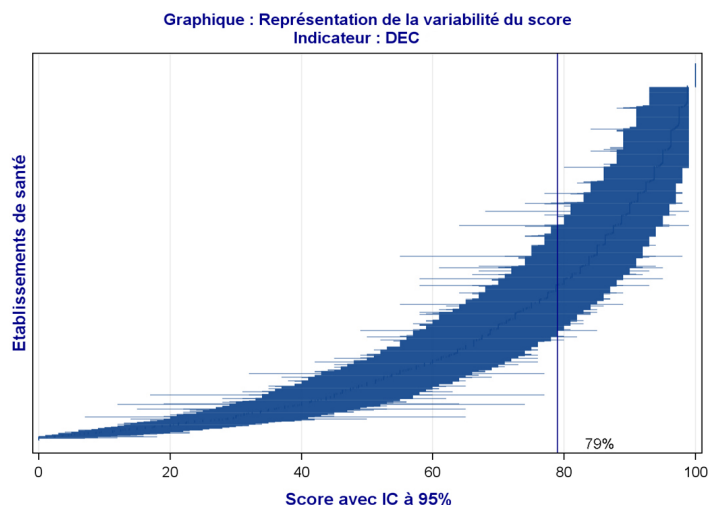
Analyse nationale

Tableau 5. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » – Campagne DPA SSR 2014 - données 2013 – Statistiques descriptives et variabilité nationale

Données 2013		
Ensemble des dossiers audités	Nbre d'ES	1 405
	Nbre de dossiers	106 517
	Moy. brute	77 %
ES avec plus de 10 dossiers*	Nbre d'ES	1 404
	Nbre de dossiers	106 514
	Min d'ES	0 %
	Moy. pondérée ES	79 %
	Max d'ES	100 %
	1 ^{er} quartile	69 %
	Médiane**	85 %
	3 ^e quartile	95 %

* Seuls les établissements avec plus de dix dossiers inclus sont pris en compte pour calculer la moyenne nationale pondérée.

** La médiane représente le seuil au-delà duquel la moitié des établissements se situent.



Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale pondérée. Au vu du graphique, la variabilité inter-établissements existe et s'étend de 0 % à 100 %. Le résultat des trois quarts des établissements est supérieur à 69 %.

Tableau 6. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » – Campagne DPA SSR 2014 - données 2013 – Détail des causes de non conformités à l'indicateur (en %*)

TOTAL des dossiers patient non conformes à l'indicateur	24 520 dossiers	
Courriers ou CR non retrouvés	5 342 dossiers	21,8 %
Courriers ou CR complets MAIS envoyés avec un délai supérieur à 8 jours	11 151 dossiers	45,5 %
Courriers ou CR envoyés avec un délai inférieur à 8 jours MAIS incomplets	6 765 dossiers	27,6 %
Courriers ou CR incomplets ET envoyés avec un délai supérieur à 8 jours	1 262 dossiers	5,15 %

* Le pourcentage est calculé par rapport au nombre de dossiers-patient non-conformes.

Tableau 7. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » – Campagne DPA SSR 2014 - données 2013 – Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %

	Indicateur Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation						Total
	Classe A (+)		Classe B (=)		Classe C (-)		
Données 2013	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	N
	552	39,3	445	31,7	407	29	1 404

Parmi les 1 404 établissements avec plus de 10 dossiers inclus, 39,3 % ont dépassé l'objectif national de performance de 80 % et sont en classe A.

En 2014, la méthode de calcul des intervalles de confiance a évolué pour les indicateurs présentés sous forme de taux, ce qui génère une rupture dans la continuité des résultats des indicateurs entre les deux dernières campagnes nationales.

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

- La moyenne nationale pondérée pour l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » est de 79 % en 2014 et a presque atteint l'objectif national de performance fixé à 80 %.
- Il peut être souligné que le courrier de fin d'hospitalisation ou de compte-rendu d'hospitalisation n'est pas retrouvé dans 5 % des dossiers patient évalués au niveau national.
- Le principal axe d'amélioration est l'envoi du courrier ou du compte rendu d'hospitalisation dans un délai inférieur à 8 jours (délai > 8 jours dans 45 % des dossiers non conformes).
- 71 % des ES ont atteint ou dépassé l'objectif national de performance de 80 % (classes A « + » et B « = »).
- Il existe une variabilité importante des résultats entre les ES.

Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels »

Description et mode d'évaluation

Cet indicateur évalue le dépistage des troubles nutritionnels au cours des 7 premiers jours du séjour chez le patient adulte.

Il est composé de trois niveaux donnant lieu au calcul de trois mesures distinctes, présentées sous la forme d'un taux.

Numérateur	Nombre de séjours de patients adultes pour lesquels : Niveau 1 • Une notification du poids est retrouvée dans le dossier à l'admission* ET une mesure de suivi du poids est notée dans le dossier dans les 15 jours suivant la première mesure. Niveau 2 • Niveau 1 + un calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) est noté dans le dossier à l'admission* OU une mention de la variation du poids avant l'hospitalisation est notée dans le dossier à l'admission*. Niveau 3 • Niveau 1 + un calcul de l'IMC ET une mention de la variation du poids avant l'hospitalisation sont notés dans le dossier à l'admission*.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Diffusion publique	Seul le niveau 1 de l'indicateur est diffusé publiquement sur Scope Santé avec un objectif de performance à atteindre de 80 %.
Importance du thème	En France, le dépistage des troubles nutritionnels s'inscrit dans les priorités de santé publique. Il fait partie du Programme National Nutrition Santé (PNNS) et une expertise conduite par le ministère de la santé préconise le calcul de la perte de poids avant l'admission et un calcul de l'IMC¹⁴. Depuis 2009, le recueil de l'indicateur DTN est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité SSR dans le cadre de la procédure de certification V2010¹². La conception de cet indicateur a été réalisée dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les concepteurs¹³.

* L'admission correspond aux 7 premiers jours du séjour.

Analyse nationale

Tableau 8. Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels - Niveaux 1, 2 et 3 » – Campagne DPA SSR 2014 - données 2013 – Statistiques descriptives et variabilité nationale

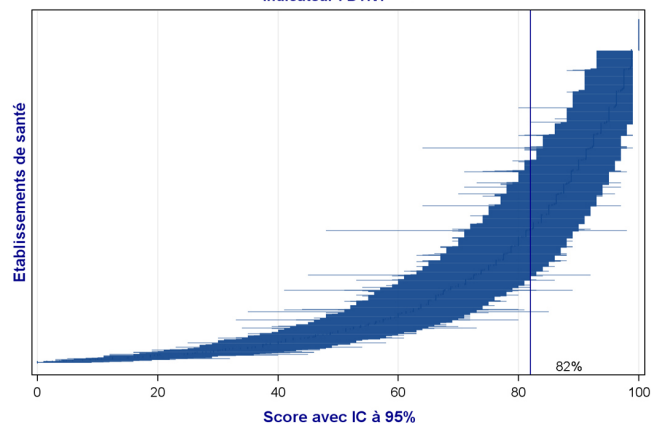
Données 2013				
		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Ensemble des dossiers audités	Nbre d'ES	1 401		
	Nbre de dossiers	107 037		
	Moy. brute	81 %	74 %	44 %
ES avec plus de 10 dossiers*	Nbre d'ES	1 396		
	Nbre de dossiers	107 016		
	Min d'ES	0 %	0 %	0 %
	Moy. pondérée ES	82 %	75 %	47 %
	Max d'ES	100 %	100 %	100 %
	1 ^{er} quartile	74 %	64 %	19 %
	Médiane**	88 %	81 %	46 %
	3 ^e quartile	96 %	93 %	73 %

* Seuls les établissements avec plus de dix dossiers inclus sont pris en compte pour calculer la moyenne nationale pondérée.

** La médiane représente le seuil au-delà duquel la moitié des établissements se situent.

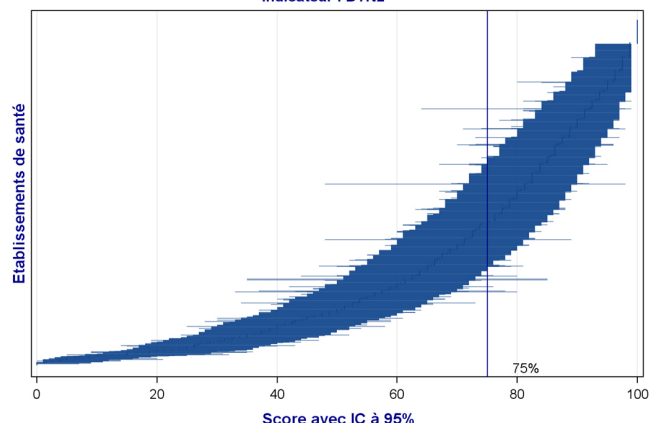
Niveau 1

Graphique : Représentation de la variabilité du score
Indicateur : DTN1



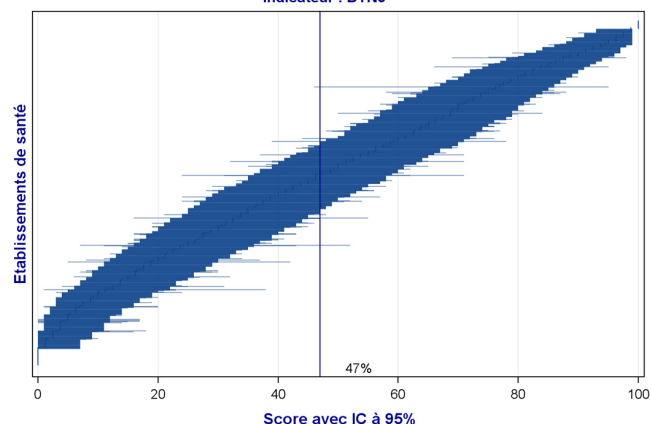
Niveau 2

Graphique : Représentation de la variabilité du score
Indicateur : DTN2



Niveau 3

Graphique : Représentation de la variabilité du score
Indicateur : DTN3



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

Au vu du graphique, la variabilité inter-établissements existe quel que soit le niveau de l'indicateur et s'étend de 0 % à 100 %.

Tableau 9. Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels - Niveaux 1, 2 et 3 » – Campagne DPA SSR 2014 - données 2013 – Détail des causes de non conformités à l'indicateur (en %*)

TOTAL des dossiers patient non conformes aux niveaux 1, 2 et 3 de l'indicateur	60 162 / 107 037 dossiers	
Notification du poids dans les 7 jours suivant l'admission non retrouvée	5 838 dossiers	5 %
Notification du poids dans les 7 jours suivant l'admission retrouvée MAIS absence de mesure du poids dans les 15 jours suivant la première mesure	14 449 dossiers	14 %
Variation de poids avant l'hospitalisation non retrouvée	49 954 dossiers	47 %
Mesure de l'IMC non retrouvée	19 694 dossiers	18 %

* Le pourcentage est calculé sur l'ensemble des dossiers-patient.

Tableau 10. Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1* » – Campagne DPA SSR 2014 - données 2013 – Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %

	Indicateur Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1						Total
	Classe A (+)		Classe B (=)		Classe C (-)		
Données 2013	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	N
	605	43,3	492	35,2	299	21,4	1 396

* Les niveaux 2 et 3 de l'indicateur ne font pas l'objet d'une diffusion publique des résultats, il n'y a donc pas de positionnement par rapport à un objectif national de performance de 80 %.

Parmi les 1 396 établissements avec plus de 10 dossiers inclus, 43,3 % ont dépassé l'objectif national de performance de 80 % et sont en classe A.

En 2014, la méthode de calcul des intervalles de confiance a évolué pour les indicateurs présentés sous forme de taux, ce qui génère une rupture dans la continuité des résultats des indicateurs entre les deux dernières campagnes nationales.

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels »

- La moyenne nationale pondérée de l'indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » est de 82 % pour le niveau 1, de 75 % pour le niveau 2 et de 47 % pour le niveau 3 en 2014.
- À noter que dans 47 % des dossiers patient évalués, il n'est pas retrouvé la mention d'une variation du poids avant l'hospitalisation.
- 78 % des ES ont atteint ou dépassé l'objectif national de performance de 80 % (classes A « + » et B « = »)
- Il persiste une variabilité importante des résultats entre les ES ce qui représente un potentiel d'amélioration important : le graphique de variabilité du niveau 3 de DTN montre une répartition homogène entre les ES (environ un tiers dans chaque classe « + », « = », « - »).

Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur »

Description et mode d'évaluation

Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la traçabilité dans le dossier du patient de l'évaluation de la douleur avec une échelle.

Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels il existe : • au moins <u>un résultat</u> de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du <u>patient non algique</u> ; OU • au moins <u>deux résultats</u> de mesure de la douleur avec une échelle dans le <u>dossier du patient algique</u>.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Diffusion publique	Indicateur diffusé publiquement sur Scope Santé avec un objectif de performance à atteindre de 80 %.
Importance du thème	La prise en charge de la douleur est une priorité de santé publique (Plan douleur 2006-2010)¹⁵. La douleur 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)¹. Il est reconnu et admis de tous qu'afin de mieux dépister, quantifier et suivre l'évolution de la douleur ressentie, il est nécessaire d'utiliser des méthodes fiables et reproductibles. Les évaluations de la douleur doivent donc être effectuées à l'aide d'échelles validées. Depuis 2009, le recueil de l'indicateur TRD est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité SSR dans le cadre de la procédure de certification V2010¹². Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs¹³. Il est identique à celui généralisé dans le secteur MCO.

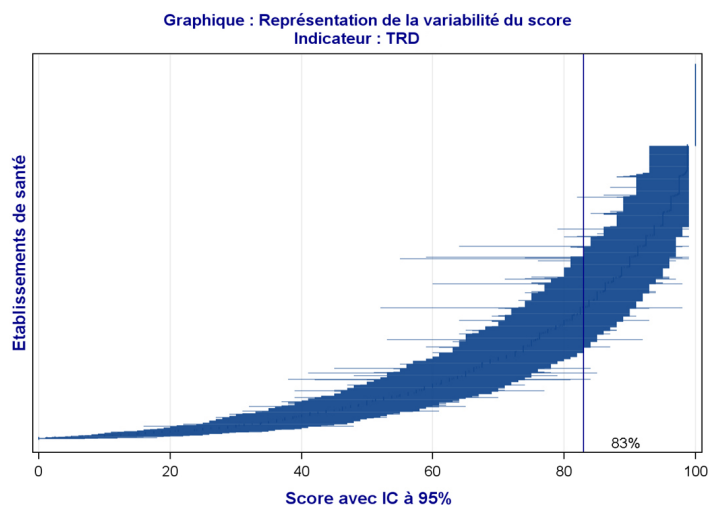
Analyse nationale

Tableau 11. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » – Campagne DPA SSR 2014 - données 2013 – Statistiques descriptives et variabilité nationale

Données 2013		
Ensemble des dossiers audités	Nbre d'ES	1405
	Nbre de dossiers	108 193
	Moy. brute	83 %
ES avec plus de 10 dossiers*	Nbre d'ES	1 404
	Nbre de dossiers	108 190
	Min d'ES	0 %
	Moy. pondérée ES	83 %
	Max d'ES	100 %
	1 ^{er} quartile	76 %
	Médiane**	91 %
	3 ^e quartile	99 %

* Seuls les établissements avec plus de dix dossiers inclus sont pris en compte pour calculer la moyenne nationale pondérée.

** La médiane représente le seuil au-delà duquel la moitié des établissements se situent.



Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale pondérée. Au vu du graphique, la variabilité inter-établissements existe et s'étend de 0 % à 100 %. Le résultat des trois quarts des établissements est supérieur à 76 %.

Tableau 12. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » – Campagne DPA SSR 2014 - données 2013 – Détail des causes de non conformités à l'indicateur (en %*)

TOTAL des dossiers patient non conformes à l'indicateur	18 473 dossiers	
Aucune « Mesure diagnostique » de la douleur retrouvée	4 785	4 %
Une « mesure diagnostique » de la douleur retrouvée MAIS sans échelle	6 226	6 %
Une « mesure diagnostique » de la douleur retrouvée avec une échelle MAIS pas de « mesure de suivi » de la douleur chez le patient	4 090	4 %
Une « mesure diagnostique » de la douleur avec une échelle retrouvée et une « mesure de suivi » de la douleur retrouvée MAIS sans échelle	3 372	3 %

* Le pourcentage est calculé par rapport au nombre de dossiers-patient total.

Tableau 13. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » – Campagne DPA SSR 2014 - données 2013 – Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %

	Indicateur Traçabilité de l'évaluation de la douleur						Total
	Classe A (+)		Classe B (=)		Classe C (-)		
Données 2013	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	N
	751	53,5	362	25,8	291	20,7	1 404

Parmi les 1 404 établissements avec plus de 10 dossiers inclus, 53,5 % ont dépassé l'objectif national de performance de 80 % et sont en classe A.

En 2014, la méthode de calcul des intervalles de confiance a évolué pour les indicateurs présentés sous forme de taux, ce qui génère une rupture dans la continuité des résultats des indicateurs entre les deux dernières campagnes nationales.

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur »

- La moyenne nationale pondérée de l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » est de 83 % en 2014 et est au-delà de l'objectif national fixé à 80 %.
- À noter que 16 % des patients non algiques ont une mesure de la douleur avec une échelle et 67 % des patients algiques ont deux résultats de mesure de la douleur avec une échelle.
- Le principal axe d'amélioration est l'utilisation d'une échelle pour mesurer la douleur (absent dans 6 % des dossiers évalués).
- 79 % des ES ont atteint ou dépassé l'objectif national de performance de 80% (classes A « + » et B « = »).
- Il persiste une variabilité importante des résultats entre les ES ce qui représente un potentiel d'amélioration important.

Indicateur « Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarres »

Description et mode d'évaluation

Le quatrième recueil optionnel de l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarres » suit les mêmes règles de tirage au sort que les 4 autres indicateurs du thème.

Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la traçabilité de l'évaluation du risque d'escarres dans les 7 jours suivant l'admission chez le patient adulte. Il ne fait pas l'objet de diffusion publique des résultats.

Sur les 1 405 établissements ayant participé au recueil des indicateurs du thème « Qualité de la tenue du dossier patient en SSR », 1 283 ES ont choisi de participer au recueil de cet **indicateur optionnel** en 2014, soit un taux de participation de 91 %.

Sur les 1 283 ES participants, 1279 ont tous inclus plus de dix dossiers, et composent ainsi le référentiel national pour l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarres ».

Numérateur	Nombre de séjours de patients adultes pour lesquels la trace de l'évaluation du risque d'escarres et sa conclusion sont retrouvées dans le dossier dans les 7 jours suivant l'admission.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Diffusion publique	Cet indicateur est optionnel, il ne fait pas l'objet d'une diffusion publique des résultats. Cette décision est motivée par la population issue du tirage au sort (commun à plusieurs indicateurs afin de réduire la charge de travail) qui n'est pas forcément celle ayant besoin prioritairement de l'évaluation du risque d'escarres.
Importance du thème	L'escarre, qui altère la qualité de vie, peut provoquer une gêne douloureuse accompagnée d'une souffrance morale et physique et une limitation des capacités fonctionnelles. Néanmoins, l'escarre est une pathologie que l'on peut prévenir dans une grande majorité des cas, avec des mesures de prévention simple. L'ANAES a publié en 1998 un premier guide d'évaluation des pratiques professionnelles sur le thème « Évaluation de la prévention des escarres »¹⁶. La prévention est primordiale pour réduire l'incidence des escarres. La mise en place de mesures générales de prévention commence dès l'identification des facteurs de risque et concerne l'ensemble des professionnels en contact avec le patient. Celle-ci s'effectue au moyen du jugement clinique associé à l'utilisation d'une échelle validée d'identification des facteurs de risque. Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs¹³.

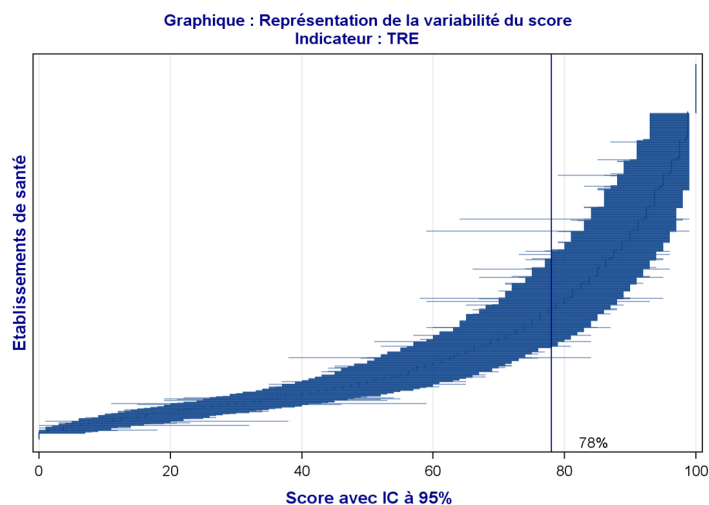
Analyse nationale

Tableau 14. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarres » – Campagne DPA SSR 2014 - données 2013 – Statistiques descriptives et variabilité nationale

Données 2013		
Ensemble des dossiers audités	Nbre d'ES	1 283
	Nbre de dossiers	98 665
	Moy. brute	78 %
ES avec plus de 10 dossiers*	Nbre d'ES	1 279
	Nbre de dossiers	98 649
	Min d'ES	0 %
	Moy. pondérée ES	78 %
	Max d'ES	100 %
	1 ^{er} quartile	69 %
	Médiane**	88 %
	3 ^e quartile	97 %

* Seuls les établissements avec plus de dix dossiers inclus sont pris en compte pour calculer la moyenne nationale pondérée.

** La médiane représente le seuil au-delà duquel la moitié des établissements se situent.



Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale pondérée. Au vu du graphique, la variabilité inter-établissements existe et s'étend de 0 % à 100 %. Le résultat des trois quarts des établissements est supérieur à 69 %.

Tableau 15. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarres » – Campagne DPA SSR 2014 - données 2013 – Détail des causes de non conformités à l'indicateur (en %*)

TOTAL des dossiers patient non conformes à l'indicateur	22 103 dossiers	
Évaluation du risque d'escarres non retrouvée	18 447	19 %
Évaluation du risque d'escarres retrouvée MAIS absence de conclusion vis-à-vis du risque d'escarres pour le patient	3 656	4 %

* Le pourcentage est calculé sur l'ensemble des dossiers-patient.

Le recueil de cet indicateur est optionnel. Il ne fait pas l'objet d'une diffusion publique et n'est pas attaché à un objectif de performance.

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarres »

- En 2014, 91 % (n = 1 283) des établissements concernés par le recueil des indicateurs du thème qualité du dossier patient en SSR ont participé au recueil de l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarres ».
- La moyenne nationale pondérée de l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarres » est de 78 % en 2014.
- La non-conformité, dans 19 % des dossiers, est due à l'absence de traçabilité de l'évaluation du risque d'escarres (18 447 / 98 649 des dossiers patient concernés) et constitue le principal objectif d'amélioration.
- Il persiste une variabilité importante des résultats entre les ES ce qui représente un potentiel d'amélioration important pour cet indicateur.

Analyses complémentaires



Un rapport complémentaire transversal à l'ensemble des secteurs MCO, SSR, PSY et HAD sera diffusé ultérieurement et comprendra entre autres, l'analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats (âge des patients, informatisation des dossiers, etc.).

Bilan et perspectives

La HAS a piloté, au 1^{er} trimestre 2014, la 4^e campagne nationale de recueil des données des indicateurs sur le thème du dossier du patient en soins de suite et de réadaptation.

Les résultats présentés dans ce rapport sont issus d'une analyse de dossiers de patients hospitalisés entre le 1^{er} mai et le 31 octobre 2013 dans un établissement de soins de suite et de réadaptation.

L'analyse des résultats des indicateurs permet plusieurs constats :

► Un taux de participation des établissements proche de 100 %

En 2014, 99 % des 1 242 établissements concernés par le recueil des indicateurs du thème « Qualité de la tenue du dossier du patient en soins de suite et de réadaptation » ont participé à la campagne nationale : seuls 10 établissements sont non répondants pour les indicateurs obligatoires.

173 établissements, parmi les 317 dont le recueil était facultatif, l'ont réalisé y trouvant un intérêt pour leur démarche qualité interne.

► Le score de la tenue du dossier patient a dépassé l'objectif national de performance fixé à 80 %

Le score moyen national pour l'indicateur « Tenue du dossier patient » est de 85 % en 2014, ce qui est au-delà de l'objectif national de performance à atteindre de 80 % ; et 84 % des ES ont atteint ou dépassé cet objectif. Cependant, il existe une variabilité inter-ES témoignant d'actions d'amélioration à mettre en œuvre, notamment, sur le projet thérapeutique du patient.

► Plus de deux tiers des courriers ou comptes-rendus de fin d'hospitalisation sont complets et envoyés dans un délai inférieur ou égal à 8 jours

La moyenne nationale pondérée pour l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » est de 79 % en 2014 et a presque atteint l'objectif national de performance fixé à 80 %. Toutefois, 71 % des ES ont atteint ou dépassé cet objectif.

Sur le plan national, il existe encore 5 % de patients (5 342/106 517 dossiers total évalués) pour lesquels un courrier de fin d'hospitalisation ou de compte-rendu d'hospitalisation n'est pas retrouvé dans leur dossier. La variabilité inter-ES est importante et rend compte du potentiel d'amélioration existant.

► Le dépistage des troubles nutritionnels est réalisé et tracé dans 82 % des dossiers évalués

Le suivi du poids dans les 7 jours suivant l'admission est bien réalisé et tracé au niveau national puisque la moyenne est de 82 %, et 78 % des ES ont atteint ou dépassé l'objectif national de performance fixé à 80 %.

Les actions d'amélioration sont à porter sur la traçabilité de la variation du poids avant l'hospitalisation (absent dans 47 % des dossiers) et dans la notification du résultat de l'IMC dans le dossier patient (absent dans 18 % des dossiers).

► La prise en charge de la douleur est réalisée et tracée dans 83 % des dossiers évalués

La traçabilité de l'évaluation de la douleur est réalisée et tracée dans le dossier du patient au niveau national puisque la moyenne est de 83 %, au-delà de l'objectif national de performance fixé à 80 %. 79 % des ES ont atteint ou dépassé cet objectif.

67 % des patients algiques ont deux résultats de mesure de la douleur avec une échelle dont une mesure diagnostique et une mesure de suivi. Toutefois, la mesure diagnostique de la douleur du patient s'effectue encore sans une échelle dans 6 % des dossiers patient évalués.

La variabilité inter-établissement témoigne d'améliorations encore possibles.

► L'évaluation du risque d'escarres est réalisée et tracée dans 78 % des dossiers évalués

91 % des établissements concernés par le recueil des indicateurs du thème « Qualité de la tenue du dossier patient en SSR » ont trouvé un intérêt à calculer cet indicateur.

Au niveau national, la moyenne pondérée de l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarres » est de 78 %.

Cependant, dans 19 % des dossiers, la non-conformité est due à l'absence de traçabilité de l'évaluation du risque d'escarres ; et constitue le principal objectif d'amélioration.

Informatisation du dossier patient

L'informatisation du dossier patient, souvent présentée comme une solution pour améliorer le partage d'information, reste très faible avec seulement 29 %¹ des dossiers complètement informatisés au niveau national et 60 % qui le sont partiellement.

Dans ce dernier cas, les éléments du dossier les plus souvent informatisés sont les prescriptions médicamenteuses (89 %), les courriers de fin d'hospitalisation (73 %) et le dossier de soins infirmiers (52 %).

À titre d'information, le taux d'informatisation totale est de 9 % en HAD, de 10 % en MCO et de 24 % en PSY.

Le bilan de cette campagne, comme pour les précédents recueils, montre l'implication des professionnels de santé dans l'amélioration de la qualité de la tenue du dossier patient en témoigne le taux de participation à 99 % et la progression des résultats des indicateurs.

Enfin, une réflexion est en cours concernant une représentation cartographique des résultats inter-régionaux.

Les résultats des indicateurs pour la campagne 2014 sont diffusés publiquement sur le site Scope Santé, conformément à la loi HPST, en novembre 2014.

Le prochain recueil des indicateurs sur la « Qualité de la tenue du dossier patient en soins de suite et de réadaptation » sera mis en œuvre par la HAS en 2016.

Une concertation des professionnels sera réalisée au préalable pour leur actualisation courant 2015.

1. En 2012, 18 % des ES étaient totalement informatisés, 59 % l'étaient partiellement. Lors de la première campagne en 2009, le taux d'informatisation totale était de 10 %.

Table des illustrations

Graphique 1. Les indicateurs du thème « Qualité de la tenue du dossier patient en soins de suite et de réadaptation »	6
Graphique 2. Indicateur « Tenue du dossier patient » – Résultats détaillés des 13 critères composant le score.....	12
Graphique 3. Répartition de l'âge des patients	32
Graphique 4. Sexe du patient	32
Graphique 5. Degré d'informatisation des dossiers patient en SRR	32
Tableau 1. Nombre d'établissements pris en compte pour le calcul des indicateurs	9
Tableau 2. Indicateur « Tenue du dossier patient » – Statistiques descriptives et variabilité nationale.....	11
Tableau 3. Indicateur « Tenue du dossier patient » – Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %.....	11
Tableau 4. Indicateur « Tenue du dossier patient » – Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes.....	12
Tableau 5. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » – Statistiques descriptives et variabilité nationale	14
Tableau 6. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » – Détail des causes de non conformités à l'indicateur	14
Tableau 7. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » – Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %	15
Tableau 8. Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels - Niveaux 1, 2 et 3 » – Statistiques descriptives et variabilité nationale.....	17
Tableau 9. Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels - Niveaux 1, 2 et 3 » – Campagne DPA SSR 2014 - données 2013 – Détail des causes de non conformités à l'indicateur (en %)	18
Tableau 10. Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1 » – Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %	18
Tableau 11. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » – Statistiques descriptives et variabilité nationale	20
Tableau 12. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » – Détail des causes de non conformités à l'indicateur (en %).....	20
Tableau 13. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » – Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %	21
Tableau 14. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarres » – Statistiques descriptives et variabilité nationale	23
Tableau 15. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarres » – Détail des causes de non conformités à l'indicateur.....	23
Tableau 16. Répartition du nombre d'établissements en fonction des indicateurs	33
Tableau 17. Distribution par rapport à la moyenne nationale pondérée.....	34
Tableau 18. Répartition des établissements participants et « non répondants » par région	35
Tableau 19. Indicateur « Tenue du dossier patient » – Moyennes régionales.....	36
Tableau 20. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » – Moyennes régionales	37
Tableau 21. Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels – Niveau 1 » – Moyennes régionales	38
Tableau 22. Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels – Niveau 2 » – Moyennes régionales	39
Tableau 23. Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels – Niveau 3 » – Moyennes régionales	40
Tableau 24. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » – Moyennes régionales	41
Tableau 25. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarres » – Moyennes régionales	42
Tableau 26. Informations par catégorie d'établissement.....	43
Tableau 27. Indicateur « Tenue du dossier patient » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement	43
Tableau 28. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement	43
Tableau 29. Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels – Niveau 1 » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement	44
Tableau 30. Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels – Niveau 2 » – Campagne DPA SSR 2014 - données 2013 – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement (en %)	44
Tableau 31. Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels – Niveau 3 » – Campagne DPA SSR 2014 - données 2013 – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement (en %)	44
Tableau 32. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement.....	45
Tableau 33. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarres » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement	45

Annexe I. Méthodes de recueil et d'analyse

Le « Guide méthodologique de production des résultats comparatifs des indicateurs de qualité et de sécurité des soins sur la plateforme QUALHAS - Campagne nationale IPAQSS 2013 », disponible sur le site de la HAS, précise les méthodes statistiques utilisées pour la production des résultats comparatifs.

► Recueil et restitution des données

Chaque année, la HAS organise une campagne nationale de recueil d'indicateurs. Pour chaque campagne, plusieurs thématiques sont concernées, et peuvent être transversales ou de spécialité, en alternance une année sur deux. Chaque thème est lui-même composé d'un ou de plusieurs indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS).

Outils

Le recueil des données se fait via l'utilisation d'outils informatiques développés par l'ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation). Ils permettent à la fois le recueil et la restitution en temps réel de résultats pour chaque indicateur recueilli par l'établissement de santé (ES) et se composent de :

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

Plusieurs niveaux de validation sont prévus par le système et permettent un contrôle *a priori* des données saisies : identification des opérateurs de saisie au sein des ES, étape de « verrouillage » qui donne accès à la lecture des résultats individuels, et enfin étape de « validation » qui rend impossible toute modification ultérieure des données saisies.

Toutes les données agrégées, présentées dans ce document, sont issues de la plate-forme de recueil QUALHAS et ont été saisies par les établissements.

Modalités de recueil

Le dossier patient est utilisé comme source de données car il contient l'ensemble des informations médicales, soignantes, sociales et administratives qui permettent d'assurer la prise en charge coordonnée d'un patient et la continuité des soins. C'est à partir du dossier que l'on assure la traçabilité de la démarche de prise en charge du patient. Le contenu du dossier patient est défini par le décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du code de la santé publique. Ce dossier contient des informations de différents types : compte-rendu d'hospitalisation, observations médicales, feuilles de soins, prescriptions, résultats des examens, etc.

La sélection des séjours (dossiers) à évaluer est réalisée par tirage au sort à partir des bases nationales de séjours hospitaliers issus du PMSI pour les différents champs d'activité : médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), soins de suite et réadaptation (SSR), santé mentale (PSY) et hospitalisation à domicile (HAD), sur une période donnée et avec des critères de sélection spécifiques pour chaque recueil d'IQSS. Le recueil des IQSS, réalisé par l'ES, consiste en un audit rétrospectif portant sur un échantillon aléatoire de séjours (dossiers) :

- soit sur l'année N-1 de la campagne de recueil pour les indicateurs de spécialités ;
- soit sur une période de l'année N-1 de la campagne de recueil pour les indicateurs transversaux.

Selon les thèmes, 60 ou 80 séjours maximum doivent être analysés par ES.

Le nombre de dossiers évalués est identique quelles que soient la taille et la catégorie des ES participant au recueil national. Ce nombre de dossiers relativement faible est un compromis entre une charge de travail acceptable, tous types de structure confondus, et une précision statistique suffisante de l'indicateur estimé à partir de l'échantillon. Un intervalle de confiance à 95 % calculé sur l'échantillon est présenté avec le résultat de chaque indicateur, et ne tient pas compte de l'activité de l'ES. Pour plus de précision sur le calcul de l'intervalle de confiance, cf. Guide méthodologique.

► Mode de présentation des IQSS par ES

Les résultats des indicateurs de qualité par ES se présentent :

- soit sous la forme d'un score de qualité, constitué de plusieurs critères, compris entre 0 et 100, qui correspond à la moyenne des critères calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x 100) [exemple : Tenue du dossier patient (TDP)] ;
- soit sous la forme de proportions ou pourcentages ou taux pour les variables binaires [exemple : Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD)] ;
- soit sous la forme d'une médiane de durée pour les délais [exemple : Délai médian entre l'arrivée dans l'établissement et la réalisation d'une imagerie cérébrale en heures pour la prise en charge initiale des AVC (IMA)].

► Méthodes de comparaison

Estimation des références

Deux types de mesure de valeurs centrales sont produites comme référence :

- une moyenne pondérée par le nombre de séjours éligibles par ES (total des séjours comptabilisés dans le PMSI sur la période considérée). Chaque ES se voit ainsi attribuer un poids en fonction de son activité sur la période considérée : plus son activité est importante, plus son poids sera important et il participera donc d'autant plus au calcul de la moyenne.

Pour les indicateurs de type score, un seuil minimum de 31 dossiers à évaluer par ES a été retenu pour que les résultats de celui-ci soient pris en compte dans les résultats comparatifs.

Pour les indicateurs de type proportion, un seuil minimum de 10 dossiers à évaluer par ES a été retenu pour que les résultats de celui-ci soient intégrés dans les comparatifs ;

- une médiane corrigée pour les indicateurs de type délai. Les délais aberrants statistiquement (délais strictement supérieurs à une borne) sont supprimés du calcul de la référence pour l'ensemble des dossiers inclus dans l'analyse.

Pour les indicateurs de type délai, un seuil minimum de 10 dossiers à évaluer a été retenu pour que les résultats de l'ES soient intégrés dans la comparaison inter-ES.

Pour plus de précisions sur l'estimation des références, cf. Guide méthodologique.

Évolution de la méthode de calcul des intervalles de confiance

À partir des campagnes de recueil de 2013, deux modifications ont impactées les résultats des référentiels nationaux, régionaux et par catégories d'établissement.

La méthode de calcul des intervalles de confiance a évolué afin de prendre de compte d'une part, les établissements ayant entre 10 et 30 dossiers et, d'autre part le volume d'activité dans l'estimation des résultats nationaux.

Premièrement, un certain nombre d'établissements à faible activité peuvent désormais prendre part aux campagnes. En effet, le seuil minimum de dossiers à recueillir par établissement a été réduit à 10 au lieu de 30 pour tous les indicateurs estimant des taux². La population des établissements représentés dans les campagnes n'est donc plus tout à fait la même puisque une partie non négligeable³ des établissements à faible activité est intégrée.

2. Cette modification a nécessité l'intégration de nouvelles contraintes dans le calcul de précision des indicateurs. Les intervalles de confiance sont maintenant calculés en utilisant la loi binomiale, vraie loi de distribution des indicateurs estimés par taux, et non plus une approximation par la loi normale qui n'est possible que sur les échantillons suffisamment grands.

3. Les établissements qui ne sont pas en capacité de tirer au sort plus de 10 dossiers restent exclus.

C'est pour cette raison que les tableaux d'évolution de classes des établissements pour les indicateurs par taux ne sont pas présentés.

Deuxièmement, les référentiels sont dorénavant pondérés et tiennent compte des volumes d'activité des établissements participant au recueil des indicateurs. Ainsi, les référentiels reflètent au plus près l'ensemble des séjours réalisés sur le territoire ou dans la catégorie d'établissement.

En conséquence, ces modifications, à la fois sur la population des établissements étudiés et sur la méthode de calcul des référentiels, provoquent une rupture dans la continuité des résultats. Ainsi, les référentiels d'avant 2013 ne sont pas comparés aux référentiels d'après 2013.

Types de référence

La plate-forme QUALHAS permet à chaque ES de se comparer à quatre types de références.

- Trois références dans l'espace :
 - une « **référence nationale** » ;
 - une « **référence régionale** » : les ES ont accès au résultat moyen ou médian de leur région ;
 - une « **référence par catégorie d'ES** » : les ES ont accès au résultat moyen ou médian de leur catégorie.
- Un « **objectif national de performance** » a été défini dès 2009 par le Ministère chargé de la santé comme seuil à atteindre par les ES. Chaque année, une instruction DGOS relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public par les ES, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, redéfinit la liste des indicateurs et les objectifs nationaux de performance correspondants.

► Méthodes de présentation des résultats

Deux présentations sont proposées. Les ES sont comparés par rapport :

- à la moyenne pondérée (de tous les ES), via des pictogrammes de couleur vert, jaune et orange ;
- à l'objectif national de performance, via des classes « + », « = » et « - ».

Positionnement par rapport à la moyenne pondérée

Le positionnement d'un ES par rapport à la moyenne de référence est décliné en pictogramme de couleur vert, jaune et orange. Ces 3 couleurs représentent 3 classes ou niveaux de qualité décroissants.

Indicateurs de type score ou proportion

Les 3 premières classes sont définies en comparant l'intervalle de confiance (IC) à 95 % de la moyenne des scores ou des proportions de l'ES à la moyenne de référence retenue pour l'indicateur analysé.

Une quatrième classe non affichée est créée pour les ES « **Non répondants** ».



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



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



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

Indicateurs de type délai

La méthode de comparaison dans le cadre d'un indicateur de délai reste à définir.

Positionnement par rapport à l'objectif de performance

Indicateurs de type score ou proportion

Trois classes sont définies en comparant l'intervalle de confiance (IC) à 95 % de la moyenne des scores ou des proportions de l'ES à l'objectif de performance.

Une quatrième classe non affichée est créée pour les ES « **Non répondants** ».

Classe « + »	ES dont la borne basse de l'IC à 95 % est supérieure à l'objectif cible national, on dit que la position de l'ES est « significativement supérieure à l'objectif de performance ».
Classe « = »	ES dont l'IC à 95 % coupe l'objectif cible national, on dit que la position de l'ES est « non significativement différente de l'objectif de performance ».
Classe « - »	ES dont la borne haute de l'IC à 95 % est inférieure à l'objectif cible national, on dit que la position de l'ES « est significativement inférieure à l'objectif de performance ».

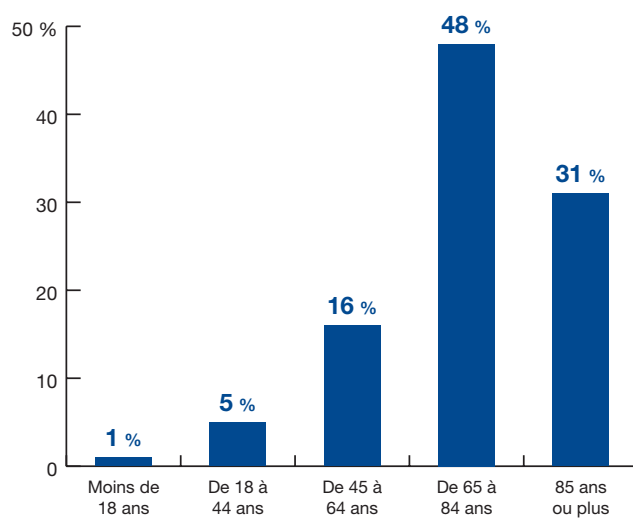
Indicateurs de type délai

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

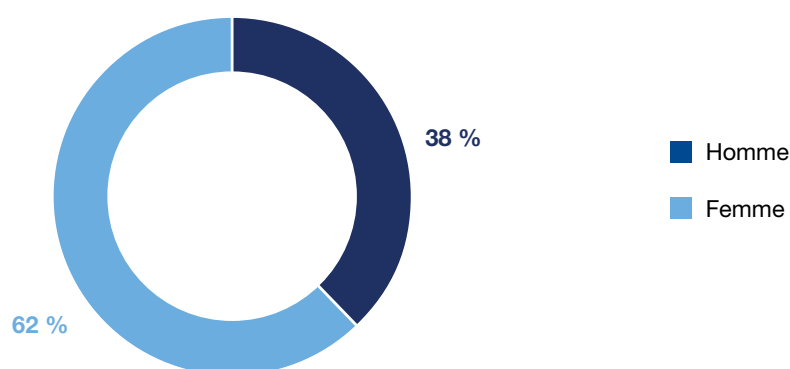
Annexe II. Résultats complémentaires

► Population de la base

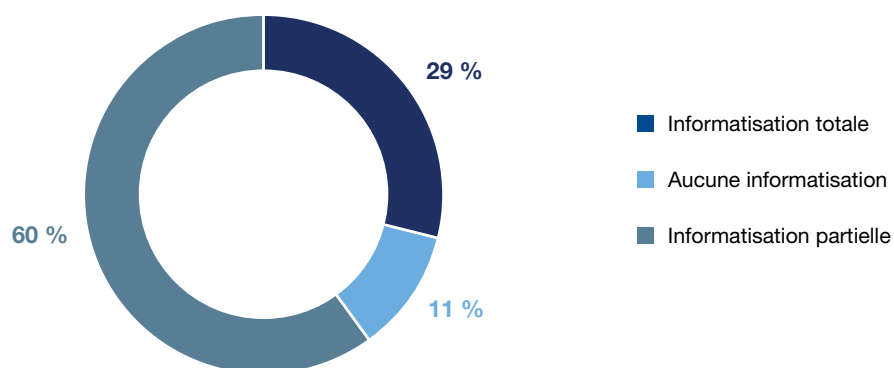
Graphique 3. Répartition de l'âge des patients – Campagne DPA SSR 2014 - données 2013



Graphique 4. Sexe du patient – Campagne DPA SSR 2014 - données 2013



Graphique 5. Degré d'informatisation des dossiers patient en SRR – Campagne DPA SSR 2014 - données 2013



► Description des effectifs des établissements de santé

Tableau 16. Répartition du nombre d'établissements en fonction des indicateurs – Campagne DPA SSR 2014 – données 2013

			Nbre d'ES n'entrant pas dans la référence nationale		Référence nationale
Indicateurs	Campagne	Population totale	Nbre d'ES « non répondant »	Nbre d'ES avec effectif $10 \leq N < 30$	Nbre d'ES avec effectif $N > 30$
Tenue du dossier patient	2014	1 415	10	18	1 387

			Nbre d'ES « non répondant »	Nbre d'ES avec effectif < 10	Nbre d'ES avec effectif $N \geq 10$
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation	2014	1 415	10	1	1 404
Dépistage des troubles nutritionnels	2014	1 415	10	9	1 396
Traçabilité de l'évaluation de la douleur	2014	1 415	10	9	1 396

			Nbre d'ES qui n'ont pas souhaité réalisé le recueil	Nbre d'ES avec effectif $10 \leq N < 30$	Nbre d'ES avec effectif $N > 30$
Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarres	2014	1 283*	122	4	1 279

* Cet indicateur est optionnel. Parmi les 1 405 établissements ayant réalisé le recueil des indicateurs obligatoires, 1 283 ont réalisé le recueil de l'indicateur traçabilité de l'évaluation du risque d'escarres et 122 n'ont pas souhaité le réaliser.

Tableau 17. Distribution par rapport à la moyenne nationale pondérée – Campagne DPA SSR 2014 - données 2013

Indicateurs	Moyenne nationale pondérée (en %)					Total
Tenue du dossier patient	85	Nombre d'ES	557	289	541	1 387
		% d'ES	40,2	20,8	36,8	
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation	79	Nombre d'ES	589	429	386	1 404
		% d'ES	42	30,6	27,5	
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1	82	Nombre d'ES	555	509	332	1 396
		% d'ES	39,8	36,5	23,8	
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 2	75	Nombre d'ES	542	480	374	1 396
		% d'ES	38,8	34,4	26,8	
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 3	47	Nombre d'ES	481	304	611	1 396
		% d'ES	34,5	21,8	43,8	
Traçabilité de l'évaluation de la douleur	83	Nombre d'ES	675	406	323	1 404
		% d'ES	48,1	28,9	23	
Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarres	78	Nombre d'ES	629	338	312	1 279
		% d'ES	49,2	26,4	24,4	

Tableau 18. Répartition des établissements participants et « non répondants » par région – Campagne DPA SSR 2014 - données 2013

Régions	Nombre d'ES participants	Nombre d'ES « non répondant »
Alsace	47	0
Aquitaine	87	1
Auvergne	37	0
Basse Normandie	35	0
Bourgogne	52	0
Bretagne	68	1
Centre	59	0
Champagne Ardenne	21	2
Corse	8	1
Franche Comté	24	0
Guadeloupe	11	0
Guyane	0	0
Haute Normandie	34	0
Ile de France	159	0
Languedoc Roussillon	72	1
Limousin	19	0
Lorraine	53	0
Martinique	6	1
Midi Pyrénées	80	0
Nord Pas de Calais	79	0
Océan Indien	8	0
PACA	122	1
Pays de la Loire	74	0
Picardie	42	2
Poitou Charentes	40	0
Rhône Alpes	144	0
Service de santé des armées	4	0

Les chiffres présentés pages suivantes pour chacun des indicateurs sont bruts. Ils ne représentent pas un classement régional par rapport aux résultats des indicateurs. Une réflexion est en cours concernant une représentation cartographique des résultats inter-régionaux.

► Distribution des moyennes régionales par indicateur

Tableau 19. Indicateur « Tenue du dossier patient » – Campagne DPA SSR 2014 - données 2013 – Moyennes régionales (en %)

Régions	ES composant la référence nationale = 1 387	Moyenne nationale pondérée = 85
	Nombre d'ES éligibles (avec effectif N > 30)	Moyenne par région (en %)
Alsace	47	85
Aquitaine	86	87
Auvergne	37	82
Basse Normandie	35	83
Bourgogne	51	83
Bretagne	66	86
Centre	59	85
Champagne Ardenne	20	82
Corse	7	88
Franche Comté	23	82
Guadeloupe	10	74
Haute Normandie	34	82
Ile de France	176	84
Languedoc Roussillon	71	89
Limousin	19	80
Lorraine	53	84
Martinique	6	73
Midi Pyrénées	79	85
Nord Pas de Calais	78	82
Océan Indien	6	78
PACA	122	88
Pays de la Loire	74	83
Picardie	41	86
Poitou Charentes	40	83
Rhône Alpes	143	85
Service de santé des armées	4	90

Tableau 20. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » – Campagne DPA SSR 2014 - données 2013 – Moyennes régionales (en %)

Régions	ES composant la référence nationale = 1 404	Moyenne nationale pondérée = 79
	Nombre d'ES éligibles (avec effectif N ≥ 10)	Moyenne par région (en %)
Alsace	47	78
Aquitaine	87	88
Auvergne	37	76
Basse Normandie	35	82
Bourgogne	52	79
Bretagne	67	71
Centre	59	76
Champagne Ardenne	21	75
Corse	8	83
Franche Comté	24	76
Guadeloupe	11	77
Haute Normandie	34	72
Ile de France	179	74
Languedoc Roussillon	72	82
Limousin	19	69
Lorraine	53	78
Martinique	6	57
Midi Pyrénées	80	86
Nord Pas de Calais	79	84
Océan Indien	8	86
PACA	122	83
Pays de la Loire	74	69
Picardie	42	79
Poitou Charentes	40	80
Rhône Alpes	144	77
Service de santé des armées	4	86

Tableau 21. Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels – Niveau 1 » – Campagne DPA SSR 2014 - données 2013 – Moyennes régionales (en %)

Régions	ES composant la référence nationale = 1396	Moyenne nationale pondérée = 82
	Nombre d'ES éligibles (avec effectif N ≥ 10)	Moyenne par région (en %)
Alsace	47	86
Aquitaine	85	84
Auvergne	37	81
Basse Normandie	35	85
Bourgogne	52	81
Bretagne	67	82
Centre	59	79
Champagne Ardenne	21	80
Corse	8	83
Franche Comté	24	88
Guadeloupe	11	83
Haute Normandie	34	73
Ile de France	178	82
Languedoc Roussillon	71	80
Limousin	19	86
Lorraine	53	86
Martinique	6	77
Midi Pyrénées	79	83
Nord Pas de Calais	78	80
Océan Indien	8	87
PACA	121	82
Pays de la Loire	74	76
Picardie	41	85
Poitou Charentes	40	89
Rhône Alpes	144	81
Service de santé des armées	4	95

Tableau 22. Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels – Niveau 2 » – Campagne DPA SSR 2014 - données 2013 – Moyennes régionales (en %)

Régions	ES composant la référence nationale = 1396	Moyenne nationale pondérée = 75
	Nombre d'ES éligibles (avec effectif N ≥ 10)	Moyenne par région (en %)
Alsace	47	82
Aquitaine	85	77
Auvergne	37	72
Basse Normandie	35	77
Bourgogne	52	74
Bretagne	67	74
Centre	59	73
Champagne Ardenne	21	69
Corse	8	82
Franche Comté	24	77
Guadeloupe	11	74
Haute Normandie	34	65
Ile de France	178	73
Languedoc Roussillon	71	77
Limousin	19	74
Lorraine	53	79
Martinique	6	65
Midi Pyrénées	79	76
Nord Pas de Calais	78	75
Océan Indien	8	79
PACA	121	78
Pays de la Loire	74	69
Picardie	41	81
Poitou Charentes	40	80
Rhône Alpes	144	75
Service de santé des armées	4	94

Tableau 23. Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels – Niveau 3 » – Campagne DPA SSR 2014 - données 2013 – Moyennes régionales (en %)

Régions	ES composant la référence nationale = 1396	Moyenne nationale pondérée = 47
	Nombre d'ES éligibles (avec effectif N ≥ 10)	Moyenne par région (en %)
Alsace	47	57
Aquitaine	85	48
Auvergne	37	45
Basse Normandie	35	46
Bourgogne	52	43
Bretagne	67	43
Centre	59	50
Champagne Ardenne	21	31
Corse	8	76
Franche Comté	24	36
Guadeloupe	11	29
Haute Normandie	34	39
Ile de France	178	42
Languedoc Roussillon	71	50
Limousin	19	44
Lorraine	53	55
Martinique	6	41
Midi Pyrénées	79	51
Nord Pas de Calais	78	47
Océan Indien	8	17
PACA	121	58
Pays de la Loire	74	34
Picardie	41	53
Poitou Charentes	40	43
Rhône Alpes	144	45
Service de santé des armées	4	76

Tableau 24. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » – Campagne DPA SSR 2014 - données 2013 – Moyennes régionales (en %)

Régions	ES composant la référence nationale = 1404	Moyenne nationale pondérée = 83
	Nombre d'ES éligibles (avec effectif N ≥ 10)	Moyenne par région (en %)
Alsace	47	86
Aquitaine	87	86
Auvergne	37	76
Basse Normandie	35	84
Bourgogne	52	76
Bretagne	67	86
Centre	59	78
Champagne Ardenne	21	83
Corse	8	82
Franche Comté	24	88
Guadeloupe	11	49
Haute Normandie	34	73
Ile de France	179	83
Languedoc Roussillon	72	86
Limousin	19	79
Lorraine	53	87
Martinique	6	76
Midi Pyrénées	80	88
Nord Pas de Calais	79	91
Océan Indien	8	77
PACA	122	86
Pays de la Loire	74	76
Picardie	42	86
Poitou Charentes	40	82
Rhône Alpes	144	81
Service de santé des armées	4	99

Tableau 25. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarres » – Campagne DPA SSR 2014 - données 2013 – Moyennes régionales (en %)

Régions	Référence constituée des ES volontaires = 1 279	Moyenne nationale pondérée = 78
	Nombre d'ES éligibles (avec effectif N ≥ 10)	Moyenne par région (en %)
Alsace	43	92
Aquitaine	74	81
Auvergne	34	86
Basse Normandie	32	74
Bourgogne	45	71
Bretagne	59	73
Centre	53	66
Champagne Ardenne	20	79
Corse	8	91
Franche Comté	23	76
Guadeloupe	11	59
Haute Normandie	32	77
Ile de France	165	77
Languedoc Roussillon	63	87
Limousin	19	73
Lorraine	51	87
Martinique	3	61
Midi Pyrénées	73	77
Nord Pas de Calais	77	80
Océan Indien	8	61
PACA	108	84
Pays de la Loire	68	66
Picardie	40	87
Poitou Charentes	35	74
Rhône Alpes	132	71
Service de santé des armées	3	82

► Informations par catégorie d'établissement

Tableau 26. Informations par catégorie d'établissement – Campagne DPA SSR 2014 - données 2013

Catégories d'ES	Nbre d'ES participants	Nbre d'ES non répondants
CH	594	6
CHU*	52	0
ESPIC/EBNL	312	2
Privé	447	2

* Le nombre de CHU intègre 20 établissements de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, chaque site géographique est comptabilisé pour un établissement.

► Distribution des moyennes par catégorie d'établissement

Tableau 27. Indicateur « Tenue du dossier patient » – Campagne DPA SSR 2014 - données 2013 – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement (en %)

Catégories d'ES	ES composant la référence nationale = 1 387	Moyenne nationale = 85
	Nbre d'ES avec effectif N > 30	Moyenne par catégorie (en %)
CH	586	81
CHU	51	84
ESPIC/EBNL	308	87
Privé	442	86

Tableau 28. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » – Campagne DPA SSR 2014 - données 2013 – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement (en %)

Catégories d'ES	ES composant la référence nationale = 1 404	Moyenne nationale = 79
	Nbre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie (en %)
CH	594	78
CHU	52	75
ESPIC/EBNL	312	78
Privé	446	80

Tableau 29. Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels – Niveau 1 » – Campagne DPA SSR 2014 - données 2013 – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement (en %)

Catégories d'ES	ES composant la référence nationale = 1 396	Moyenne nationale = 82
	Nbre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie (en %)
CH	593	72
CHU	52	67
ESPIC/EBNL	307	80
Privé	444	77

Tableau 30. Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels – Niveau 2 » – Campagne DPA SSR 2014 - données 2013 – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement (en %)

Catégories d'ES	ES composant la référence nationale = 1 396	Moyenne nationale = 75
	Nbre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie (en %)
CH	593	81
CHU	52	78
ESPIC/EBNL	307	84
Privé	444	82

Tableau 31. Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels – Niveau 3 » – Campagne DPA SSR 2014 - données 2013 – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement (en %)

Catégories d'ES	ES composant la référence nationale = 1 396	Moyenne nationale = 47
	Nbre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie (en %)
CH	593	37
CHU	52	34
ESPIC/EBNL	307	54
Privé	444	53

Tableau 32. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » – Campagne DPA SSR 2014 - données 2013 – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement (en %)

Catégories d'ES	ES composant la référence nationale = 1 404	Moyenne nationale = 83
	Nbre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie (en %)
CH	594	80
CHU	52	77
ESPIC/EBNL	312	87
Privé	446	85

Tableau 33. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarres » – Campagne DPA SSR 2014 - données 2013 – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement (en %)

Catégories d'ES	Référence constituée des ES volontaires = 1 279	Moyenne nationale = 78
	Nbre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie (en %)
CH	554	75
CHU	51	68
ESPIC/EBNL	280	80
Privé	394	81

Références

1. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et reprise et complétée dans la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.
2. Ausset S, Bouaziz H, Brosseau M, Kinirons B, Benhamou D. Improvement of information gained from the pre-anaesthetic visit through a quality-assurance programme. *Br J Anaesth* 2002; 88: 280-3.
3. Bami J, Doumenc M. Improving general practitioner records in France by a two-round medical audit. *J Eval Clin Pract* 2002; 8: 175-81.
4. Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine. Dossier patient: évolution de la conformité des dossiers patient entre 1997 et 2000 dans 12 établissements d'Aquitaine (rapport interne). Bordeaux: CCECQA; 2001.
5. Damais-Cepitelli A, Martin P, Devos AM, Le Gueult LC. [Qualitative assessment of labile blood product prescription in Le Havre Hospital]. *Transfus Clin Biol* 2001; 8: 77-84.
6. Thiru K, Hassey A, Sullivan F. Systematic review of scope and quality of electronic patient record data in primary care. *Bmj* 2003; 326: 1070.
7. Boulay F, Chevallier T, Gendreike Y, Mailland V, Joliot Y, Sambuc R. [A method for auditing medical records quality: audit of 467 medical records within the framework of the medical information systems project quality control]. *Sante Publique* 1998; 10: 5-15.
8. Francois P, Chirpaz E, Bontemps H, Labarere J, Bosson JL, Calop J. Evaluation of prescription-writing quality in a French university hospital. *Clin Perform Qual Health Care* 1997; 5: 111-5.
9. Michel P, Bonarek M, Capdenat E, Groupe des médecins des DIM d'Aquitaine. Conformité à la réglementation des dossiers de soins dans 15 établissements publics de santé en Aquitaine. *Presse Med* 1998; 27: 1884-9.
10. Perret du Cray MH, Remi C, Colin C, Mornex F, Gerard JP. [Quality of medical records in oncology: results of an audit of the Lyon Civil Hospices]. *Cancer Radiother* 2000; 4: 455-61.
11. Williams JG, Kingham M, Morgan JM, Davies AB. Retrospective review of hospital patient records. *Br Med J* 1990; 300: 991-3.
12. Manuel de certification des établissements de santé, V2010, actualisé en janvier 2014.
13. COOrdination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité (Hôpital, Patient, Sécurité, Territoire) : www.compahpst.fr/fr/
14. Mise en place d'une politique nutritionnelle dans les établissements de santé, Rapport de mission de Monsieur le Pr Ricour, DHOS, Ministère de la santé, Décembre 2002.
15. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010, Ministère de la Santé.
16. ANAES. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Évaluation de la prévention des escarres. Juin 1998.



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