



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Indicateurs pour l'amélioration de la
qualité et de la sécurité des soins

Dossier patient en médecine, chirurgie, obstétrique

Résultats nationaux de la campagne
2016 – Données 2015

6^e campagne nationale

Décembre 2016

Ce document présente les résultats, issus du recueil 2016 – données 2015, des indicateurs du thème « Dossier patient MCO », réalisé par toutes les structures ayant une activité de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO) sous la coordination de la Haute Autorité de Santé.

Ces indicateurs donnent une image du niveau de qualité de la prise en charge au sein de chacune des structures concernées. Ils sont aussi, au niveau national et sous forme agrégée, un observatoire de la qualité des soins dans les établissements de santé français.

Rapport rédigé sans prise en compte des résultats du 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 retrouver les résultats de votre établissement ?

Les résultats complets individuels et comparatifs de chaque établissement ainsi que l’analyse complémentaire sont accessibles sur la plate-forme Qualhas. Pour y accéder, contacter le service DIM de votre établissement.

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



Pour en savoir plus

Le descriptif des indicateurs est disponible sur le site Internet : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_970481/ipaqss-recueils-des-indicateurs

Pour nous contacter

Pour toutes questions relatives aux indicateurs, le service IPAQSS (Indicateurs pour l’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins) vous répondra par e-mail : ipaqss@has-sante.fr

Ce rapport a été rédigé par Sophie Calmus, chef de projet, et Frédéric Capuano, statisticien, sous la coordination de Rose Derenne, adjointe, et sous la responsabilité de Laetitia May-Michelangeli, chef du service « indicateurs pour l’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins » (SIPAQSS).

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en décembre 2016.

© Haute Autorité de Santé - décembre 2016

Sommaire

Abréviations et acronymes	5
Avant-propos	6
Introduction	7
Contexte	7
Les indicateurs	7
La campagne de recueil en 2016	8
Descriptif de la campagne nationale 2016.....	9
Établissements de santé participants.....	9
Descriptif de la population analysée	9
Informatisation des dossiers patient analysés	10
Calcul et présentation des résultats	11
Indicateur « Tenue du dossier patient »	12
Description de l'indicateur	12
Analyse nationale des informations recueillies	13
Distribution des établissements en fonction de leurs résultats	13
Classement des établissements.....	14
Indicateur « Tenue du dossier patient - version 2 »	16
Description de l'indicateur	16
Analyse nationale des informations recueillies	17
Distribution des établissements en fonction de leurs résultats	18
Contexte d'évolution de l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation »	20
Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation »	21
Description de l'indicateur	21
Analyse nationale des informations recueillies	22
Distribution des établissements en fonction de leurs résultats	23
Classement des établissements.....	24
Indicateur « Document de sortie »	25
Description de l'indicateur	25
Analyse nationale des informations recueillies	26
Distribution des établissements en fonction de leurs résultats	26
Classement des établissements.....	27
Indicateur « Qualité de la lettre de liaison à la sortie »	28
Description de l'indicateur	28
Analyse nationale des informations recueillies	30
Distribution des établissements en fonction de leurs résultats	30
Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels »	32
Description de l'indicateur	32

Analyse nationale des informations recueillies	33
Distribution des établissements en fonction de leurs résultats	33
Classement des établissements.....	34
Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur »	37
Description de l'indicateur	37
Analyse nationale des informations recueillies	38
Distribution des établissements en fonction de leurs résultats	38
Classement des établissements.....	39
Indicateur « Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre »	41
Description de l'indicateur	41
Analyse nationale des informations recueillies	42
Distribution des établissements en fonction de leurs résultats	42
Bilan et perspectives	44
Résultats 2016 du contrôle qualité du recueil des indicateurs du thème « Dossier Patient MCO » dans le cadre de l'orientation nationale d'inspection contrôle (ONIC).....	47
Résultats du contrôle qualité du recueil	47
Impact du contrôle qualité du recueil sur la diffusion publique	47
Table des illustrations	48
Annexes	51
Annexe I. Méthodes de recueil et d'analyse	51
Annexe II. Résultats complémentaires.....	55
Références bibliographiques.....	73

Abréviations et acronymes

ARS	Agence Régionale Santé
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLCC	Centre de Lutte Contre le Cancer
COMPAQH	COordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière
DEC	Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation
DOC	Document de sortie
DPC	Développement Professionnel Continu
DTN	Dépistage des Troubles Nutritionnels
EPP	Évaluation des Pratiques Professionnelles
ES	Établissement de Santé
ESPIC	Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
GHM	Groupe Homogène de Malade
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
IFAQ	Incitation Financière A la Qualité
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PSPH	Participant au Service Public Hospitalier
QLS	Qualité de la Lettre de liaison à la Sortie
TDP	Tenue du Dossier Patient
TRD	TRaçabilité de l'évaluation de la Douleur
TRE	TRaçabilité de l'évaluation du risque d'Escarre
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

Avant-propos

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

Ce suivi d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) produisant des données comparatives, est utilisé à des fins de pilotage interne, de régulation aux niveaux régional et national, et de transparence vers les usagers (diffusion publique¹). Ce programme de déploiement national des indicateurs est discuté par un comité de pilotage, co-animé par la DGOS et la HAS, et regroupant l'ensemble des parties prenantes dont les fédérations d'établissements de santé, les représentants des directeurs et des présidents de CME, les directeurs généraux des agences régionales de santé, la CNAM-TS et des représentants des usagers. Ce comité discute également de la nature des indicateurs à développer, des modalités de leur utilisation et de leur diffusion publique en fonction du cadre réglementaire en vigueur.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires renforce l'utilisation des indicateurs de qualité au sein des établissements de santé. Elle constitue un progrès pour le droit à l'information collective de l'utilisateur en rendant obligatoire la publication, par chaque établissement de santé, d'indicateurs sur la qualité des soins. Dans ce cadre, la liste des IQSS mis à la disposition du public est fixée, chaque année, par arrêté ministériel. Ceci concerne certains IQSS obligatoires, imputables aux établissements de santé et ayant fait l'objet de plus d'une campagne nationale de recueil. Cette diffusion de leur résultat par les établissements de santé est accompagnée par la diffusion publique nationale sur le site Scope Santé (www.scopesante.fr). Les résultats des établissements pour ces indicateurs y sont présentés avec un code couleur et leur classe A, B, C, selon qu'ils sont supérieurs (A), égaux (B) ou inférieurs (C) à l'objectif national de performance. Cet objectif national de performance correspond à une valeur fixée pour plusieurs années et pour chaque indicateur diffusé publiquement. Il permet aux établissements de santé de disposer d'un repère correspondant au seuil minimum de qualité à atteindre. L'objectif est défini en concertation avec le comité de pilotage des indicateurs de qualité et de sécurité des soins en établissements de santé et les structures professionnelles concernées par le thème.

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

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

A ces indicateurs obligatoires et diffusés publiquement, s'ajoutent des indicateurs optionnels. Ils sont destinés uniquement aux établissements de santé pour leur pilotage interne de la qualité.

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.

Introduction

Le dossier du patient est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient accueilli, à quelque titre que ce soit. Le dossier du patient assure la traçabilité de toutes les actions effectuées. Il est un outil de communication, de coordination et d'information entre les acteurs de soins et avec les patients. Il permet de centraliser les informations du parcours hospitalier du patient et d'en assurer la continuité dans le cadre d'une prise en charge pluri-professionnelle et pluridisciplinaire.

La bonne tenue du dossier contribue à la continuité, la sécurité et l'efficacité des soins. Elle est le reflet de la pratique professionnelle et de sa qualité.

Le dossier permet de mettre en place des actions d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins ; sa qualité et son utilisation doivent être régulièrement évaluées pour être améliorées et conduire à une meilleure prise en charge du patient.

Contexte

Les indicateurs du thème "Dossier patient en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)" ont été recueillis nationalement pour la sixième fois en 2016. En effet, depuis 2008, les établissements de santé ayant une activité MCO doivent transmettre à la HAS un ensemble de données qui lui permettent de calculer les indicateurs et de suivre leur évolution dans le temps.

Ces indicateurs sont recueillis dans un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au sein des établissements de santé, et diffusés à des fins de transparence vis-à-vis du public.

Ces indicateurs ont fait l'objet du contrôle qualité par les ARS de juillet à fin octobre 2016. Les résultats de ce contrôle sont présentés en fin de rapport.

Les indicateurs

Entre mars et juin 2016, la HAS a coordonné la sixième campagne de recueil des indicateurs du thème « Dossier patient » dans les établissements de santé ayant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique (DPA MCO).

Il est à noter que 2016 a été une année de transition, marquée par le recueil de deux versions de certains indicateurs, afin de rendre disponible des résultats pour le dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ).

Au final, la campagne a porté sur le recueil de 8 indicateurs, dont 7 indicateurs obligatoires, parmi lesquels 4 indicateurs seront diffusés publiquement dans les établissements de santé et sur le site Scope Santé en 2016.

- **7 indicateurs obligatoires :**

- ▶ Tenue du dossier patient - *diffusé publiquement (dernier recueil)*
- ▶ Tenue du dossier patient - version 2 (1er recueil - non diffusé)

- ▶ Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (*dernier recueil*)
- ▶ Document de sortie² - *diffusé publiquement (premier et dernier recueil)*
- ▶ Qualité de la lettre de liaison à la sortie (1er recueil - non diffusé)

- ▶ Dépistage des troubles nutritionnel - niveau 1 - *diffusé publiquement*

- ▶ Traçabilité de l'évaluation de la douleur - *diffusé publiquement*

² Cet indicateur est calculé à partir de l'indicateur DEC, en ramenant le délai à 0 jour.

- **1 indicateur optionnel :**

- Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre - non diffusé.

La campagne de recueil en 2016

Le recueil consiste en une enquête rétrospective d'un maximum de 80 séjours, hors séance d'au moins un jour, de patients hospitalisés en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), entre le 1er juin et le 31 novembre 2015. Le recueil est obligatoire lorsque l'établissement de santé MCO a réalisé au moins 500 séjours, hors séances MCO, correspondant aux critères et à la période de tirage au sort (deuxième semestre 2015).

Le recueil est réalisé sur la plate-forme sécurisée Qualhas. Dès la clôture nationale de la campagne, elle fournit une information structurée et comparative qui permet aux établissements de se positionner par rapport aux autres établissements participants et à leur politique qualité conduite ou à engager. Sur cette plate-forme, la présentation des résultats individuels permet d'identifier les améliorations nécessaires et, grâce à l'évolution dans le temps, les établissements peuvent valoriser le résultat des actions d'amélioration mises en œuvre.

La qualité du recueil des indicateurs a été contrôlée par les ARS au cours du 3ème trimestre 2016. À l'issue du contrôle qualité du recueil, les résultats des indicateurs, par établissement, sont mis à disposition du public sur le site Scope Santé à partir de novembre 2016.

Ce rapport présente :

- Un descriptif de la campagne 2016, des établissements participant au recueil et des dossiers analysés.
- Les résultats nationaux par indicateur de la campagne 2016 sur les données 2015, et les résultats comparatifs, qui, dans le cadre de la politique nationale des IQSS, positionnent les établissements de santé par rapport à l'objectif de performance de 80 %.
- Le bilan et les perspectives de cette campagne "Dossier patient MCO".

Les annexes présentent la méthode de recueil et d'analyse, les moyennes par région et par type d'établissement.

Une analyse régionale des indicateurs sous forme de cartographie dynamique est disponible sur le site Scope Santé : www.scopesante.fr/?selected=region.

.

Descriptif de la campagne nationale 2016

Au niveau national, 1 181 ES ont participé et 137 394 dossiers de patient ont été tirés au sort.

Établissements de santé participants

Le recueil des indicateurs du thème « Dossier du patient en MCO » était obligatoire pour 1 173 ES.

Pour la première fois, le taux d'établissements de santé répondant est de 100 %.

Sur les 1 181 établissements de santé participants, 8 ont réalisé le recueil, alors qu'ils étaient facultatifs au vu de leur activité.

Tableau 1. Nombre d'établissements pris en compte pour le calcul des indicateurs. Campagne DPA MCO 2016 – données 2015.

Indicateurs	Nombre ES avec un effectif de dossiers > à 10 (ou 30 dossiers*)
Tenue du dossier patient*	1 170
Tenue du dossier patient - version 2 (V2)*	1 171
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation	1 174
Document de sortie	1 174
Qualité de la lettre de liaison à la sortie*	1 146
Dépistage des troubles nutritionnels – Niveau 1	1 164
Dépistage des troubles nutritionnels – Niveau 2	1 164
Dépistage des troubles nutritionnels – Niveau 3	1 164
Traçabilité de l'évaluation de la douleur	1 181
Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarres	981

* Plus de 30 dossiers sont inclus pour le calcul des scores « Tenue du dossier patient », « Tenue du dossier patient - version 2 » et « Qualité de la lettre de liaison à la sortie ».

Descriptif de la population analysée

Parmi les 137 394 dossiers tirés au sort, 2 % (N=2 582) ont été exclus pour les raisons suivantes :

- Dossiers avec une incohérence PMSI : 0,5 % (644 dossiers) ;
- Dossiers exclus du fait du refus d'exploitation par le patient des données le concernant : 0,05 % (70 dossiers) ;
- Dossiers non retrouvés : 1,5 % (1 868 dossiers).

Parmi les dossiers non retrouvés, 247 correspondaient à des séjours de patients hospitalisés au moment du recueil, 32 à des dossiers de patients transférés dans un autre site avec leur dossier, et 1 589 à des dossiers non retrouvés physiquement (non conformes pour la version TDP 2).

Critère d'inclusion commun à tous les indicateurs du thème Dossier Patient en MCO	Critères d'exclusion communs à tous les indicateurs du thème Dossier Patient en MCO
<ul style="list-style-type: none"> • Séjours hors séances d'au moins un jour. 	<ul style="list-style-type: none"> • Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ; • Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ; • Séjours des nouveau-nés dits « non hospitalisés » ; • Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements, que ce soit en établissement « demandeur » ou en établissement « prestataire » ; • Séjours avec un groupe homogène de malade (GHM) erreur ; • Séjours avec un GHM 23K02Z (explorations nocturnes et apparentées) ; • Séjours en Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) non suivis d'un séjour en MCO.

Au final, 134 812 dossiers ont été évalués dans les 1 181 établissements de santé.

Ils concernaient 55 % de femmes ; l'âge moyen était de 61 ans ; 50 % des patients avaient 66 ans et plus.

Informatisation des dossiers patient analysés

Parmi les 134 812 dossiers analysés, 14 % (18 432) sont totalement informatisés et 78 % (105 574) le sont partiellement. Parmi les éléments des dossiers qui sont partiellement informatisés, on retrouve :

- Observations médicales : 59 % (62 136 dossiers) ;
- Compte rendu opératoire et/ou d'accouchement : 60 % (41 290 / 69 392 dossiers pour lesquels ce critère est applicable) ;
- Prescriptions médicamenteuses : 85 % (89 458 / 104 840 dossiers pour lesquels le critère est applicable) ;
- Prescriptions autres que médicamenteuses : 57 % (58 299 dossiers / 102 702 pour lesquels le critère est applicable) ;
- Résultats des examens complémentaires : 62 % (63 515 dossiers / 102 530 pour lesquels le critère est applicable) ;
- Courriers accessibles dans le SI (hors courrier de fin d'hospitalisation (CFH)) : 42 % (40 624 dossiers / 97 223 pour lesquels le critère est applicable) ;
- Courrier de fin d'hospitalisation : 69 % (73 080 dossiers) ;
- Dossier de soins : 65 % (68 484 dossiers) ;
- Dossier anesthésique : 27 % (19 231 dossiers / 69 512 pour lesquels le critère est applicable) ;
- Dossier transfusionnel : 10 % (5 639 dossiers / 54 415 pour lesquels le critère est applicable).

Calcul et présentation des résultats

Les résultats nationaux sont des moyennes ou des scores pondérés sur l'activité des établissements. 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.

Pour les scores « Tenue du dossier patient », « Tenue du dossier patient - version 2 » et « Qualité de la lettre de liaison à la sortie », le score pondéré est calculé pour les établissements de santé ayant inclus plus de 30 dossiers patient. Pour les autres indicateurs, la moyenne est calculée pour les établissements ayant inclus plus de 10 dossiers patient. La méthode détaillée des calculs et de l'analyse est présentée en annexe.

Présentation des résultats

Pour chaque indicateur, sont présentés :

- La fiche descriptive de l'indicateur (définition, numérateur, dénominateur, etc.) ;
- La moyenne nationale (ou le score moyen national) inter-établissements pondéré(e) par l'activité des ES ;
- Le nombre d'établissements entrant dans le calcul de la moyenne inter-établissements de l'indicateur (ceux ayant inclus le minimum de dossiers : 30 pour TDP, TDP 2 et QLS et 10 pour les autres IQSS) ;
- Le nombre total de dossiers évalués par l'ensemble des établissements de santé entrant dans le calcul ;
- Les éléments manquants dans les dossiers, et sources de non-conformité ;
- Les résultats minimum, maximum obtenus par les établissements ayant inclus le minimum de dossiers, la médiane, le premier quartile (où se situent 25 % des ES) ; le troisième quartile (où se situent 75 % des ES) ;
- La représentation graphique de la répartition des résultats (intervalle de confiance) des ES. Elle permet de visualiser la variabilité inter-ES, quand une comparaison inter-établissements est possible ;
- Le classement des établissements de santé (nombre et pourcentage) par rapport à l'objectif de performance pour les indicateurs diffusés publiquement quand une comparaison inter-établissements est possible. Elle renseigne le nombre et le pourcentage des ES dont le résultat est supérieur (classe A), égal (classe B), ou inférieur (classe C) à la référence nationale et permet d'objectiver le nombre et le pourcentage d'ES pour lesquels une marge d'amélioration existe ;
- Le classement des établissements de santé (nombre et pourcentage) en fonction de l'évolution de leurs résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016) ;
- Les principaux constats tirés de ces différents résultats.

La distribution des résultats des indicateurs par région et par catégorie d'établissements est rapportée pour information en annexe II.

Indicateur « Tenue du dossier patient »

Description de l'indicateur

Définition	<p>L'indicateur est présenté sous la forme d'un score de qualité, compris entre 0 et 100, 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.</p> <p>Critères communs à tous les dossiers :</p> <ol style="list-style-type: none">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. <p>Critères applicables selon le type de prise en charge :</p> <ol style="list-style-type: none">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).
Références	<p>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 pluri-professionnelle et pluridisciplinaire. Le contenu du dossier médical est défini réglementairement dans le code de santé publique (article R 1112-2)^I.</p> <p>Des travaux ont démontré des liens entre l'amélioration de la qualité du dossier patient et la qualité de la prise en charge^{II,III,IV,V,VI,VII,VIII,IX,X,XI}.</p> <p>Il en est attendu un impact fort sur la qualité de la prise en charge des patients.</p> <p>Depuis 2008, le recueil de l'indicateur TDP est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité MCO dans le cadre de la procédure de certification V2010/V2014 (chapitre 2, référence 14, critère 14.a)^{XII}.</p> <p>Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs^{XIII}.</p>
Diffusion publique	<p>Indicateur diffusé publiquement sur Scope Santé avec un objectif de performance à atteindre par établissement fixé à 80 %. Dernière diffusion publique en 2016.</p>
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements. Score composite. Pas d'ajustement sur le risque.</p>
Score individuel	<p>Un score individuel est calculé pour chaque dossier. Il correspond à la somme des critères satisfaits divisée par la somme des critères applicables.</p>
Score global	<p>Le score global est calculé pour l'ensemble des dossiers. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x100).</p>
Critères d'exclusion spécifiques	<p>Pas de critères d'exclusion spécifiques pour l'indicateur.</p>

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 2. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Résultats de la campagne 2016 - données 2015

Campagne 2016 – données 2015		
Score national pondéré Le score moyen pondéré prend en compte le poids de chaque établissement de santé	80 %	
Établissements avec plus de 30 dossiers	Nombre d'établissements	1 170
	Nombre de dossiers	93 148

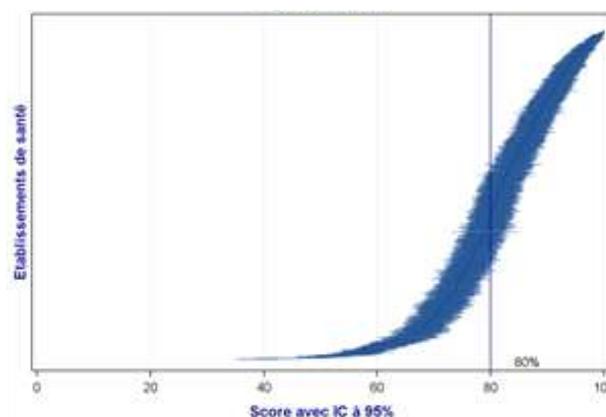
Résultats complémentaires

Le score de l'indicateur TDP est meilleur dans les centres de lutte contre le cancer (CLCC), avec un score de conformité de 84 % ; il est de 81 % dans les ES privés ; de 80 % dans les Établissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC) et les Centres Hospitaliers (CH) ; et de 77 % dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU).

Distribution des établissements en fonction de leurs résultats

Tableau 3 et Graphique 1. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2016 - données 2015

ES avec plus de 30 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre d'ES	1 170
Nombre de dossiers	93 148
Min d'ES	39 %
1 ^{er} quartile	74 %
Médiane	80 %
3 ^e quartile	85 %
Max d'ES	100 %



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

Au vu du graphique, la variabilité inter-établissements existe et s'étend de 39 % à 100 %. Le résultat des trois quarts des établissements est supérieur à 74 %.

Classement des établissements

Classement des établissements en fonction de l'objectif de performance

Tableau 4. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 % - Campagne 2016 - données 2015

Données	Indicateur : Tenue du dossier patient						Total
	Classe A (+)		Classe B (=)		Classe C (-)		
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
2015	481	41,1	366	31,3	323	27,6	1 170

Parmi les 1 170 établissements avec plus de 30 dossiers inclus, 41,1 % ont dépassé l'objectif national de performance de 80 % et sont en classe A ; 31,3 % ont atteint l'objectif national de performance de 80 % et sont en classe B.

Classement des établissements en fonction de l'évolution de leurs résultats

Tableau 5. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016) - Campagne 2016 - données 2015

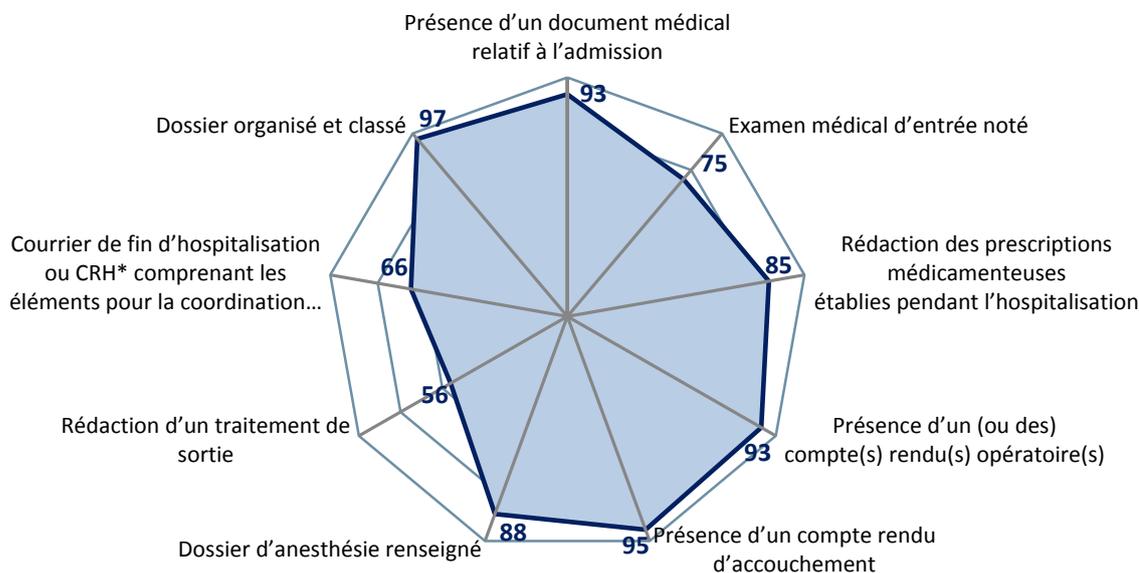
Données	Indicateur : Tenue du dossier patient						Total
							
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
2015	317	28,7	522	47,3	264	23,9	1 103

Parmi les 1 103 établissements qui ont réalisé les deux dernières campagnes, 28,7 % ont augmenté significativement leur score de conformité entre les deux campagnes. Près de la moitié des établissements (47,3 %) n'ont pas connu d'évolution significative de leur score de conformité.

Sur les données de 2016, 23,9 % des établissements ont régressé en termes de performance par rapport aux données de 2014. Pour ces 264 établissements, la diminution de leur score est principalement liée à une baisse de conformité importante des critères suivants :

- la rédaction d'un traitement de sortie : la conformité du critère est passée de 67,1 % (2014) à 49,3 % (2016), soit une diminution de 17,8 points.
- l'examen médical d'entrée renseigné : la conformité du critère est passée de 85,1 % (2014) à 68,7 % (2016), soit une diminution de 16,4 points.
- le courrier de fin d'hospitalisation ou compte rendu d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval : la conformité du critère est passée de 73,4 % (2014) à 57,6 % (2016), soit une diminution de 15,8 points.
- le dossier anesthésique renseigné : la conformité du critère est passée de 89,8 % (2014) à 78,9 % (2016), soit une diminution de 10,9 points.

Figure 1. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Campagne 2016 – données 2015 - Résultats détaillés des critères³ composant le score



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

- Le score moyen national pondéré pour l'indicateur « Tenue du dossier du patient » est de 80 % en 2016.
- Les critères à améliorer sont ceux relatifs :
 - à l'examen médical d'entrée : le taux de conformité du critère est de 75 % et a diminué de 2 points depuis la campagne 2014.
 - au courrier de fin d'hospitalisation : il ne comprend l'ensemble des éléments nécessaires à la coordination d'aval que dans 6,6 dossiers sur 10. La conformité de ce critère ne s'est pas améliorée depuis le recueil de 2014.
 - à la rédaction d'un traitement de sortie : elle n'est retrouvée que dans 5,6 dossiers sur 10 et a également baissé de 2 points depuis la campagne 2014.
- Les critères ayant sensiblement progressé sont :
 - la rédaction des prescriptions médicamenteuses pendant l'hospitalisation : le taux de conformité est passé de 78 % à 85 % entre les deux campagnes.
 - le dossier d'anesthésie renseigné : le taux de conformité est passé de 84 % à 88 % entre les deux campagnes.
- La variabilité nationale persiste (39 % - 100 %).
- En 2016, 72,4 % des ES ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % (classes A et B).

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

Indicateur « Tenue du dossier patient - version 2 »

Description de l'indicateur

Définition	<p>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.</p> <p>L'indicateur est calculé à partir de 13 critères au maximum :</p> <p>Éléments communs à tous les dossiers :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Dossier retrouvé2. Identification du patient3. Présence d'un document médical relatif à l'admission4. Examen médical d'entrée renseigné5. Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (si applicable)6. Qualité de l'administration médicamenteuse pendant l'hospitalisation7. Présence du courrier de fin d'hospitalisation ou du compte rendu d'hospitalisation8. Rédaction d'un traitement de sortie (si applicable)9. Mention de l'identité de la personne de confiance10. Mention de l'identité de la personne à prévenir <p>Éléments dépendant de la prise en charge :</p> <ol style="list-style-type: none">11. Présence d'un (ou des) compte(s) rendu(s) opératoire(s) et/ou d'un compte rendu d'accouchement (si applicables)12. Présence du dossier anesthésique (si applicable)13. Dossier transfusionnel renseigné (si applicable)
Modalités d'actualisation de l'indicateur "Tenue du dossier Patient" et références professionnelles	<p>En 2013, l'indicateur TDP a été actualisé par un groupe de travail composé de professionnels de santé. Le niveau d'exigence de cet indicateur a été augmenté, ce qui a généré une seconde version intitulée « Tenue du dossier Patient – version 2 » en MCO (TDP 2 MCO).</p> <p>Il a été décidé de cibler des thèmes prioritaires tels que l'identitovigilance^{XIV,XV}, l'administration médicamenteuse^{XVI}, la mention de la personne de confiance^{XVII}, la personne à prévenir ou encore la participation/accord du patient à son projet thérapeutique et à la réunion pluri-professionnelle.</p> <p>Au premier semestre 2014, la HAS a expérimenté le recueil de cette nouvelle version de l'indicateur TDP dans 126 établissements de santé. La pertinence, les qualités métrologiques et la faisabilité du recueil ont été testées et validées par la HAS en lien avec les professionnels de santé.</p> <p>A l'issue de l'expérimentation, le nouvel indicateur TDP 2 MCO proposé pour le recueil national en 2016 comportait 13 critères. Il est à noter que les critères portant sur la « participation/accord du patient à son projet thérapeutique » et « réunion pluri-professionnelle » n'ont pas été retenus à l'issue de l'expérimentation car ils ont été jugés « peu adaptés » au secteur MCO et difficiles à recueillir pour près de 40 % des ES expérimentateurs.</p>

Références	<p>Le nouvel indicateur TDP2, recueilli au niveau national en 2016, comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 critères inchangés par rapport à la version initiale (TDP MCO) : (1) document médical relatif à l'admission ; (2) examen médical d'entrée renseigné ; (3) rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation ; (4) rédaction d'un traitement de sortie. • 5 critères actualisés : 1 critère abandonné (dossier organisé et classé) ; 2 critères simplifiés (limitation à la présence et non au contenu du courrier de fin d'hospitalisation et du dossier anesthésique) ; 2 critères regroupés en un seul (présence du (des) compte-rendu(s) opératoire(s) et/ou du compte rendu d'accouchement). • ajout de 5 nouveaux critères portant sur des thèmes prioritaires : (1) dossier retrouvé⁴ ; (2) identification du patient ; (3) trace des administrations médicamenteuses pendant l'hospitalisation ; (4) mention de l'identité de la personne de confiance ; (5) mention de l'identité de la personne à prévenir.
Diffusion publique	Indicateur diffusé publiquement sur Scope Santé en 2018, avec un objectif de performance à atteindre par établissement de santé fixé à 80 %.
Type d'indicateur	Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements. Score composite. Pas d'ajustement sur le risque.
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 (x100).
Critères d'exclusion spécifiques	Pas de critères d'exclusion spécifiques pour l'indicateur.

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 6. Indicateur « Tenue du dossier patient - version 2 » - Résultats de la campagne 2016 - données 2015

Campagne 2016 – données 2015		
Score national pondéré	76 %	
Le score moyen pondéré prend en compte le poids de chaque établissement de santé		
Établissements avec plus de 30 dossiers	Nombre d'établissements	1 171
	Nombre de dossiers	93 213

⁴ Le fait de retrouver le séjour analysé constitue un critère de qualité et de sécurité des soins. Un séjour « non retrouvé » ou un séjour « multi-RUM incomplet » sera considéré comme non conforme et ne sera pas remplacé par un séjour de la liste de réserve. En revanche, les séjours présentant une incohérence PMSI ou non mobilisables sont non applicables pour ce critère et seront remplacés par un séjour de la liste de réserve.

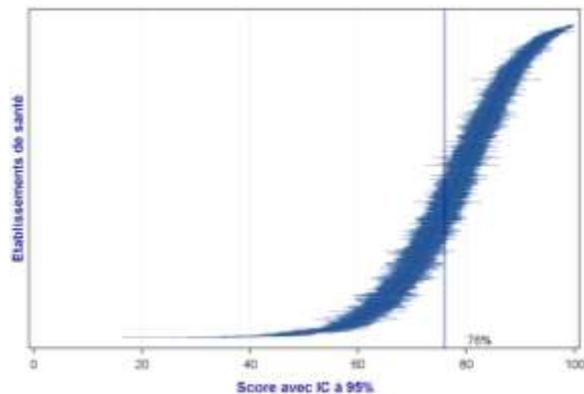
Résultats complémentaires

Le score de l'indicateur TDP 2 MCO est meilleur dans les CLCC, avec un score de conformité de 82 % ; il est de 79 % dans les ES privés, de 77 % dans les ESPIC, de 76 % dans les CH et de 72 % dans les CHU.

Distribution des établissements en fonction de leurs résultats

Tableau 7 et Graphique 2. Indicateur « Tenue du dossier patient - version 2 » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2016 - données 2015

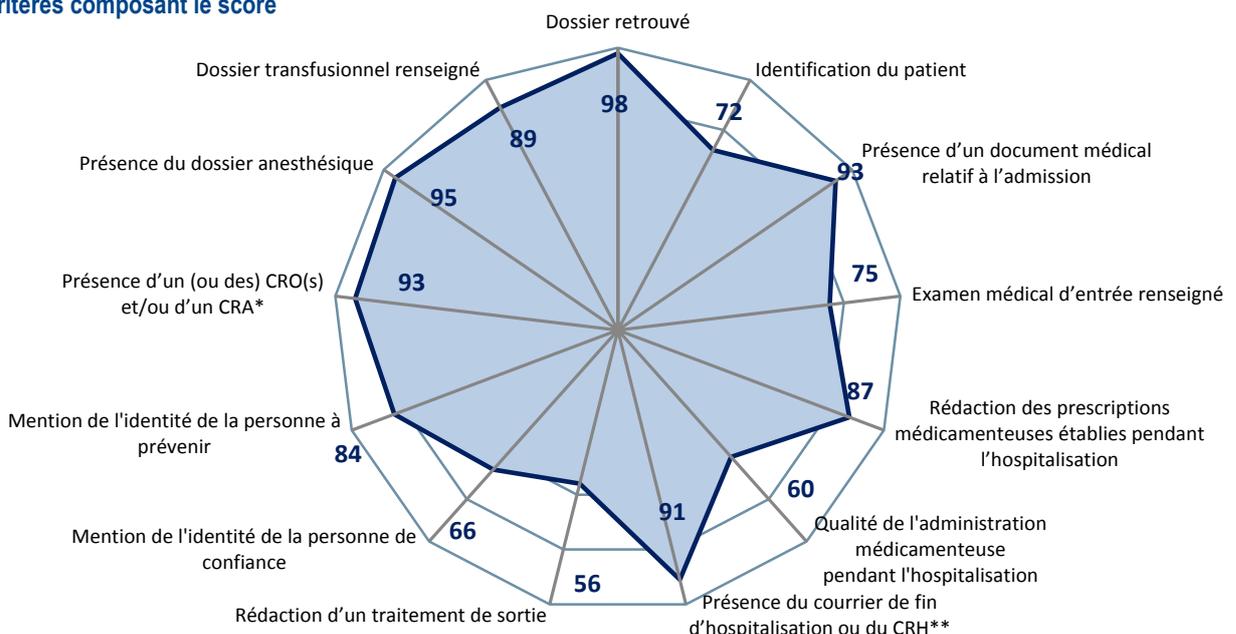
ES avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre d'ES	1 171
Nombre de dossiers	93 213
Min d'ES	26 %
1er quartile	69 %
Médiane	76 %
3 ^e quartile	82 %
Max d'ES	100 %



Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale 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 69 %.

Figure 2. Indicateur « Tenue du dossier patient - version 2 » - Campagne 2016 – données 2015 - Résultats détaillés des 13 critères composant le score



* Présence d'un (ou des) compte(s)-rendu(s) opératoire(s) (CRO(s)) et/ou d'un compte rendu d'accouchement (CRA).

** CRH : compte rendu d'hospitalisation.

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Tenue du dossier patient - version 2 »

- Le score moyen national pondéré pour l'indicateur « Tenue du dossier du patient - version 2 » est de 76 % en 2016.
- Les critères spécifiques de TDP 2 en MCO à améliorer sont ceux relatifs à :
 - l'identification du patient est conforme dans 7,2 dossiers sur 10.
 - la mention de l'identité de la personne de confiance est conforme dans 6,6 dossiers sur 10.
 - la qualité de l'administration médicamenteuse pendant l'hospitalisation est conforme dans 6 dossiers sur 10.
- Les critères spécifiques de TDP 2 en MCO ayant des scores de conformité élevés sont ceux relatifs :
 - ▶ au dossier retrouvé : 98 % des séjours ont été retrouvés.
 - ▶ à la mention de l'identité de la personne à prévenir, qui est retrouvée dans 8,4 dossiers sur 10.
- Il existe une variabilité nationale allant de 26 % à 100 %.
- Cet indicateur sera diffusé publiquement pour la première fois lors du prochain recueil.

Contexte d'évolution de l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation »

Favoriser la continuité des soins

Depuis 2008, la HAS a mis en place le recueil national d'un indicateur qui évalue la qualité du courrier de fin d'hospitalisation et son délai d'envoi dans les huit jours suivant la sortie du patient, intitulé « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » (DEC) (article R 1112-1 du code de santé publique). Les résultats de ce dispositif sont encourageants : l'envoi d'un courrier de fin d'hospitalisation complet dans un délai inférieur à 8 jours à la sortie a augmenté de 27 points en huit ans, passant de 26 % à 53 %.

Modalités de l'évolution de l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » (DEC) en Qualité de la lettre de liaison à la sortie (QLS)

Dans un premier temps, le délai de remise au patient ou d'envoi au médecin destinataire a été ramené à 0 jour, tout en maintenant un contenu identique à l'indicateur DEC. Ainsi, la prise en compte du délai d'envoi ou de remise à 0 jour a donné lieu à un nouvel indicateur intitulé « Document de sortie (DOC) ».

L'indicateur DOC a fait l'objet d'un premier recueil national en 2014, et la diffusion publique a lieu en novembre 2016. Les résultats montrent que l'envoi d'un courrier de fin d'hospitalisation complet le jour de la sortie est de 37 % en MCO en 2014 et de 35 % en 2016 (cf. résultats détaillés ci-après).

Dans un second temps, il y a eu un renforcement des exigences de contenu du document de sortie, afin qu'il soit plus complet et sécurise mieux la sortie du patient et la continuité des soins. Le contenu du nouvel indicateur, initialement intitulé « Qualité du document de sortie » (QDS) a été défini avec un groupe de professionnels, fin 2014, en reprenant les cinq rubriques médicales obligatoires⁵ du référentiel « Document de sortie - contenu métier »^{XVIII}, ainsi que des rubriques médico-administratives, comme la remise au patient du document de sortie le jour de sa sortie, qui est un critère indispensable.

La parution du décret^{XIX} portant sur le contenu de la lettre de liaison reprend les exigences définies dans ce nouvel indicateur, et a conduit à modifier l'intitulé de l'indicateur « Qualité du document de sortie (QDS) » par l'intitulé « Qualité de la lettre de liaison à la sortie (QLS) ».

Cet indicateur QLS a vocation à améliorer la coordination « hôpital/ville » ou « hôpital/structure de transfert ».

Un temps d'appropriation

Le nouvel indicateur QLS a été expérimenté au deuxième semestre 2015 auprès d'un panel de 65 établissements volontaires. Les hôpitaux ont disposé d'environ 18 mois pour s'approprier ce nouvel indicateur avec l'aide de la HAS (référentiel « [Document de sortie - Contenu métier](#) ») et conduire des plans d'actions entre les deux premiers recueils.

Le premier recueil national à blanc s'est déroulé de mars à mai 2016 (sans diffusion publique).

Sont présentés, ci-après, les résultats des indicateurs DEC, DOC et QLS.

⁵ Contenu minimal du document de sortie : motif de l'hospitalisation, synthèse médicale du séjour, principaux résultats des examens, traitements médicamenteux à la sortie et modalités de prise en charge à mettre en place après la sortie.

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

Description de l'indicateur

Définition	<p>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 minimaux indispensables à la continuité des soins, est envoyé dans un délai inférieur ou égal à huit jours.</p> <p>Il permet d'apprécier le lien entre la médecine hospitalière et les soins de ville (ou la structure de transfert), garantissant la continuité de la prise en charge du patient.</p> <p>Les éléments minimaux indispensables à la continuité des soins à retrouver dans le courrier sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">• l'identité du médecin destinataire (nom et adresse) ou du service en cas de mutation ou de transfert ;• une référence aux dates du séjour (date d'entrée et date de sortie) ;• une synthèse du séjour (contenu médical de la prise en charge du patient) ;• une trace écrite d'un traitement de sortie (au minimum, dénomination des médicaments). <p>Le délai d'envoi est calculé si le courrier de fin d'hospitalisation est retrouvé et daté.</p> <p>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.</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>Les délais négatifs sont ramenés à 0.</p>
Références	<p>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 minimaux indispensables à la continuité des soins doivent être retrouvés dans le dossier.</p> <p>L'envoi du courrier de fin d'hospitalisation doit être effectué réglementairement dans un délai de 8 jours (article R 1112-1 du CSP)^I.</p> <p>Depuis 2008, le recueil de l'indicateur DEC est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité MCO dans le cadre de la procédure de certification V2010/V2014 (chapitre 2, référence 24, critère 24.a)^{XII}.</p> <p>Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs^{XIII}. Il est identique à celui généralisé dans le secteur SSR.</p>

Diffusion publique	Pas de diffusion publique en 2016.
Type d'indicateur	Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements. Pas d'ajustement sur le risque.
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 minimaux indispensables à la continuité des soins.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Critères d'exclusion spécifiques	Séjours de patients décédés ; Séjours de patients mutés.

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 8. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » - Résultats de la campagne 2016 - données 2015

Campagne 2016 – données 2015		
Moyenne nationale pondérée La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement de santé	53 %	
Établissements avec plus de 10 dossiers	Nombre d'établissements	1 174
	Nombre de dossiers	90 719

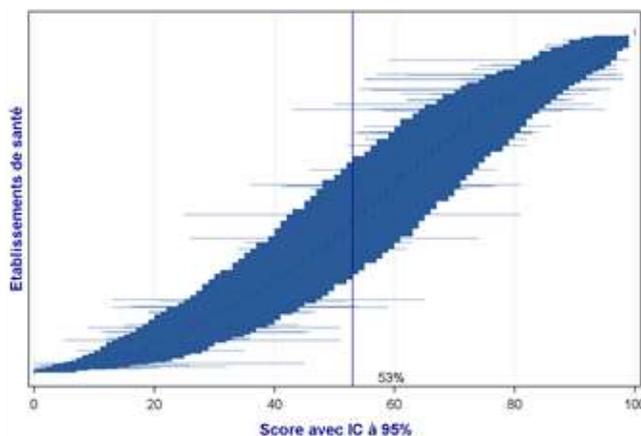
Résultats complémentaires

Le score de l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » est meilleur dans les CLCC, avec un score de conformité de 62 % ; il est de 58 % dans les CH, de 54 % dans les ESPIC, de 50 % dans les établissements privés et de 46 % dans les CHU.

Distribution des établissements en fonction de leurs résultats

Tableau 9 et Graphique 3. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » - Campagne 2016 - données 2015 - Statistiques descriptives et variabilité nationale

ES avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre d'ES	1 174
Nombre de dossiers	90 719
Min d'ES	0 %
1 ^{er} quartile	38 %
Médiane	53 %
3 ^e quartile	66 %
Max d'ES	100 %



Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale 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 38 %.

Tableau 10. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » - Détail des causes de non-conformité à l'indicateur (en %*) - Campagne 2016 - données 2015

TOTAL des dossiers patient non conformes à l'indicateur	40 090 dossiers	
Courriers ou CR non retrouvés	7 601 dossiers	18,59 %
Courriers ou CR complets, MAIS envoyés avec un délai supérieur à 8 jours	9 160 dossiers	22,8 %
Courriers ou CR envoyés avec un délai inférieur ou égal à 8 jours, MAIS incomplets	18 615 dossiers	46 %
Courriers ou CR incomplets ET envoyés avec un délai supérieur à 8 jours	4 714 dossiers	12 %

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

Tableau 11. Nombres de séjours exclus spécifiquement du calcul de l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation" - Campagne 2016 - données 2015

Exclusions spécifiques	Nombre
Patients décédés	N = 4 772
Patients mutés	N = 7 965

Classement des établissements

Classement des établissements en fonction de l'objectif de performance

Tableau 12. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » - Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 % - Campagne 2016 - données 2015

Données	Indicateur : Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation						Total
	Classe A (+)		Classe B (=)		Classe C (-)		
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
2015	117	10	257	21,9	800	68,1	1 174

Parmi les 1 174 établissements avec plus de 10 dossiers inclus, 10 % ont dépassé l'objectif national de performance de 80 % et sont en classe A. 21,9 % des établissements ont atteint l'objectif national de performance de 80 % et sont en classe B.

Classement des établissements en fonction de l'évolution de leurs résultats

Tableau 13. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » - Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016) - Campagne 2016 - données 2015

Données	Indicateur : Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation						Total
							N
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
2015	229	20,8	701	63,6	173	15,7	1 103

Parmi les 1 103 établissements qui ont réalisé les deux dernières campagnes, 20,8 % ont augmenté significativement leur score de conformité entre les deux campagnes. Plus de la moitié des établissements (63,6 %) n'ont pas connu d'évolution significative de leur score de conformité.

Sur les données de 2016, 15,7 % des établissements ont régressé en termes de performance par rapport aux données de 2014.

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

- La moyenne nationale pondérée en 2016 de l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » est de 53 %. Elle a gagné 2 points par rapport à la campagne 2014.
- La variabilité nationale persiste (0 - 100 %).
- La non-conformité est plus souvent due au caractère incomplet du courrier de fin d'hospitalisation (28 %).
- En 2016, seulement 32 % des ES ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % (classes A et B).
- Cet indicateur ne sera pas diffusé publiquement en 2016 et sera remplacé par l'indicateur « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » qui sera diffusé publiquement pour la première fois lors du prochain recueil.

Indicateur « Document de sortie »

Description de l'indicateur

Définition	<p>Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la proportion de séjours pour lesquels le document de sortie, qui comprend les éléments minimaux indispensables à la continuité des soins, est produit le jour de la sortie du patient.</p> <p>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.</p> <p>Les éléments minimaux indispensables à la continuité des soins à retrouver dans le document de sortie sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">• l'identité du médecin destinataire (nom et adresse) ou du service en cas de mutation ou de transfert ;• une référence aux dates du séjour (date d'entrée et date de sortie) ;• une synthèse du séjour (contenu médical de la prise en charge du patient) ;• une trace écrite d'un traitement de sortie (au minimum, dénomination des médicaments).
Références	<p>Le praticien qui a adressé le patient à l'établissement de santé en vue de son hospitalisation et le médecin traitant sont destinataires, à la sortie du patient, d'une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins, rédigée par le médecin de l'établissement en charge du patient, y compris lorsque le patient est pris en charge en l'absence de la lettre de liaison à l'entrée (article R 1112-1 du CSP, modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016)¹.</p> <p>La lettre de liaison est, dans le respect des exigences prévues aux quatrième et cinquième alinéas de l'article L.1111-2, remise, au moment de sa sortie, au patient ou, avec son accord et dans les conditions prévues à l'article L.1111-6, à la personne de confiance.</p> <p>L'indicateur « Document de sortie » (DOC) correspond à un premier renforcement des exigences de l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » (DEC), avec un délai d'envoi ramené à zéro jour, contre huit jours auparavant. Le contenu exigé pour l'indicateur DOC est le même que celui de DEC.</p>
Diffusion publique	<p>Indicateur diffusé publiquement, avec un objectif de performance à atteindre par établissement fixé à 80 %, soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées.</p>
Type d'indicateur	<ul style="list-style-type: none">• Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements.• Pas d'ajustement sur le risque.
Numérateur	<ul style="list-style-type: none">• Nombre de séjours pour lesquels un document de sortie est produit le jour de la sortie, <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none">• Dont le contenu comprend les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins.

Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Critères d'exclusion spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> • Séjours de patients décédés ; • Séjours de patients mutés.

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 14. Indicateur « Document de sortie » - Résultats de la campagne 2016 - données 2015

Campagne 2016 – données 2015		
Moyenne nationale pondérée La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement de santé	35 %	
Établissements avec plus de 10 dossiers	Nombre d'établissements	1 174
	Nombre de dossiers	90 719

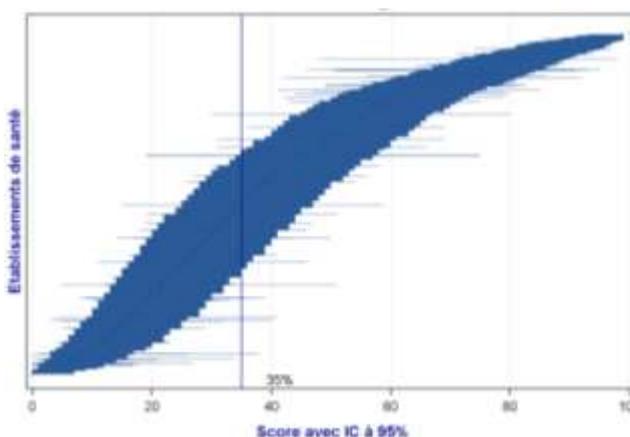
Résultats complémentaires

Le score de l'indicateur « Document de sortie » est meilleur dans les établissements de santé privés avec un score de 41 % ; il est de 35 % dans les CH, de 34 % dans les ESPIC et dans les CLCC, et de 28 % dans les CHU.

Distribution des établissements en fonction de leurs résultats

Tableau 15 et Graphique 4. Indicateur « Document de sortie » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2016 - données 2015

ES avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre d'ES	1 174
Nombre de dossiers	90 719
Min d'ES	0 %
1 ^{er} quartile	21 %
Médiane	31 %
3 ^e quartile	45 %
Max d'ES	100 %



Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale 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 21 %.

Tableau 16. Indicateur « Document de sortie » - Détail des causes de non-conformité à l'indicateur (en %*) – Campagne 2016 - données 2015

TOTAL des dossiers patient non conformes à l'indicateur	54 886 dossiers	
Documents de sortie non retrouvés	7 601 dossiers	13%
Documents de sortie complets, MAIS avec un délai supérieur à 0 jour	23 956 dossiers	44 %
Documents de sortie avec un délai inférieur ou égal à 0 jour, MAIS incomplets	14 126 dossiers	26 %
Documents de sortie incomplets ET envoyés avec un délai supérieur à 0 jour	9 203 dossiers	17 %

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

Classement des établissements

Classement des établissements en fonction de l'objectif de performance

Tableau 17. Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 % - Indicateur « Document de sortie » - Campagne 2016 - données 2015.

Données	Indicateur : Document de sortie						
	Classe A (+)		Classe B (=)		Classe C (-)		Total
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
2015	51	4,3	122	10,4	1 001	85,3	1 174

Parmi les 1 174 établissements avec plus de 10 dossiers inclus, 4,3 % ont dépassé l'objectif national de performance de 80 % et sont en classe A. 10,4 % des établissements ont atteint l'objectif national de performance de 80 % et sont en classe B.

Sur les données de 2016, 85,3 % des établissements ont régressé en termes de performance par rapport aux données de 2014.

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Document de sortie »

- La moyenne nationale pondérée en 2016 de l'indicateur « Document de sortie » est de 35 %.
- La non-conformité est plus souvent due au caractère incomplet du courrier de fin d'hospitalisation (28 %).
- Il existe une variabilité nationale allant de 0 % à 100 %.
- 14,7 % des ES ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % (classes A et B).

Indicateur « Qualité de la lettre de liaison à la sortie »

Description de l'indicateur

Définition	<p>Cet indicateur évalue la qualité de la lettre de liaison à la sortie d'hospitalisation. Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité de la lettre de liaison à la sortie est d'autant plus grande que le score est proche de 100.</p> <p>L'indicateur est calculé à partir de 14 critères qualité :</p> <p>Deux critères sont indispensables (questions filtre) :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Lettre de liaison à la sortie retrouvée ;▶ Lettre de liaison à la sortie datée du jour de la sortie. <p>En l'absence de conformité d'un de ces deux critères, le score est égal à 0.</p> <p>En cas de conformité des 2 critères indispensables, le score de qualité est calculé à partir de la traçabilité des 12 critères « qualité » suivants :</p> <p>Six critères médico-administratifs :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Remise au patient de la lettre de liaison à la sortie ;2. Nom et coordonnées du médecin destinataire ;3. Identification du patient ;4. Date d'entrée et date de sortie ;5. Nom et coordonnées du signataire de la lettre de liaison ;6. Destination du patient à la sortie. <p>Six critères médicaux :</p> <ol style="list-style-type: none">7. Motif de l'hospitalisation ;8. Synthèse médicale du séjour ;9. Risques liés à l'hospitalisation10. Actes techniques et examens complémentaires ;11. Traitements médicamenteux ;12. Planification des soins.
Références professionnelles	<p>Le document de sortie d'hospitalisation est un élément clé de la continuité des soins. Il doit être signé par un médecin de l'établissement et adressé au médecin de ville ou à la structure de transfert, et remis au patient le jour de sa sortie. 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 ».</p> <p>Au premier semestre 2014, la HAS a élaboré un référentiel portant sur les informations relatives au séjour et nécessaires à la continuité et à la sécurité des soins en sortie d'hospitalisation intitulé « Document de sortie d'hospitalisation - contenu métier »^{XVIII}. Il s'agit pour l'établissement de santé de produire une synthèse du séjour du patient, lisible par lui, possiblement implémenté dans le système d'information, remis systématiquement à tout patient lors de sa sortie.</p>

Références professionnelles	<p>Au second semestre 2014, l'indicateur « Qualité du document de sortie » (QDS) a été développé avec des professionnels et sur la base du référentiel HAS. Cet indicateur vise à évaluer la qualité du document de sortie⁶ et sa transmission au patient et au médecin destinataire le jour de la sortie d'hospitalisation. Pour évaluer la qualité de ce document, la traçabilité de 5 critères médicaux (rubriques médicales obligatoires issues du contenu métier) et 7 critères médico-administratifs (dont la traçabilité de la remise du document au patient) a été requise.</p> <p>L'indicateur QDS a été expérimenté au deuxième trimestre 2015, auprès de 64 établissements de santé MCO volontaires, pour les séjours de plus de 24 heures. La pertinence, les qualités métrologiques et la faisabilité du recueil ont été testées et validées par la HAS. Les résultats ont montré que le score de conformité de l'indicateur QDS était égal à 31,1 % (versus 37 % pour l'indicateur « Document de Sortie » sur les données nationales de 2013), avec un quart des établissements de santé ayant une moyenne inférieure à 20,6 %. Il existe donc un intérêt à généraliser cet indicateur dans le cadre de l'amélioration de la qualité des documents de sortie, dans l'objectif d'améliorer la coordination des soins, puisqu'il existe une variabilité inter-établissements.</p> <p>Dans la version retenue pour le recueil national en 2016, l'indicateur QDS comporte 14 critères : 2 critères administratifs indispensables et 12 critères qui seront pris en compte dans le calcul du score (6 critères médicaux et 6 critères médico-administratifs).</p> <p>La parution du décret^{XIX} portant sur le contenu de la lettre de liaison conduit à modifier l'intitulé de l'indicateur « Qualité du document de sortie (QDS) » par l'intitulé « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » (QLS).</p> <p>Ce décret reprend les exigences du référentiel portant sur le « Document de sortie-contenu métier », élaboré par la HAS.</p>
Diffusion publique	<p>Cet indicateur sera diffusé publiquement lors du prochain recueil, avec un objectif de performance à atteindre par établissement fixé à 80 %, soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées.</p>
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements.</p> <p>Score composite.</p> <p>Pas d'ajustement sur le risque.</p>
Score individuel	<p>Si les deux critères « indispensables » sont conformes, un score individuel est calculé à partir de 12 critères⁷ pour chaque dossier. Il correspond à la somme des critères conformes divisée par le nombre de critères applicables. Si un des deux critères « indispensables » n'est pas conforme, le score individuel est égal à 0.</p>
Score global	<p>Le score global est calculé pour l'ensemble des dossiers. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x100).</p>
Critères d'exclusion spécifiques	<p>Séjours de patients décédés ;</p> <p>Séjours de patients mutés.</p>

⁶ Pour rappel, la dénomination « Document de sortie » s'applique à tout document remis au patient à la sortie d'une hospitalisation et adressé aux professionnels de santé amenés à le prendre en charge en aval du séjour (compte rendu d'hospitalisation et lettre rédigée à l'occasion de la sortie (Article R 1112-1 et 2 CSP), lettre ou document de liaison, courrier de fin d'hospitalisation, etc.).

⁷ Les 12 critères comportent **six critères médico-administratifs et six critères médicaux**.

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 18. Indicateur « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » - Résultats de la campagne 2016 - données 2015

Campagne 2016 – données 2015		
Score national pondéré Le score pondéré prend en compte le poids de chaque établissement de santé	35 %	
Établissements avec plus de 30 dossiers	Nombre d'établissements	1 146
	Nombre de dossiers	90 205

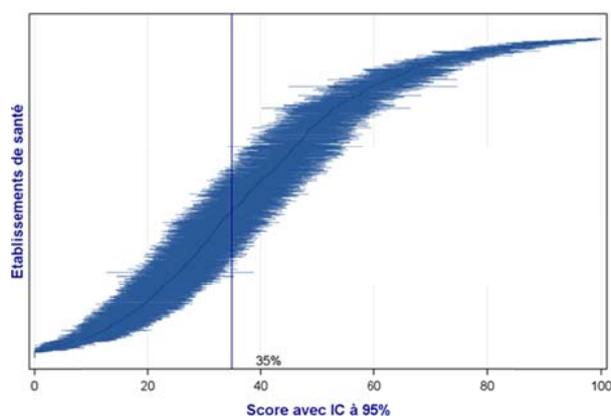
Résultats complémentaires

Le score de l'indicateur « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » est meilleur dans les établissements privés, avec un score de 42 % ; il est de 35 % dans les ESPIC, de 34 % dans les CH, de 31 % dans les CLCC, et de 30 % dans les CHU.

Distribution des établissements en fonction de leurs résultats

Tableau 19 et Graphique 5. Indicateur « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2016 - données 2015

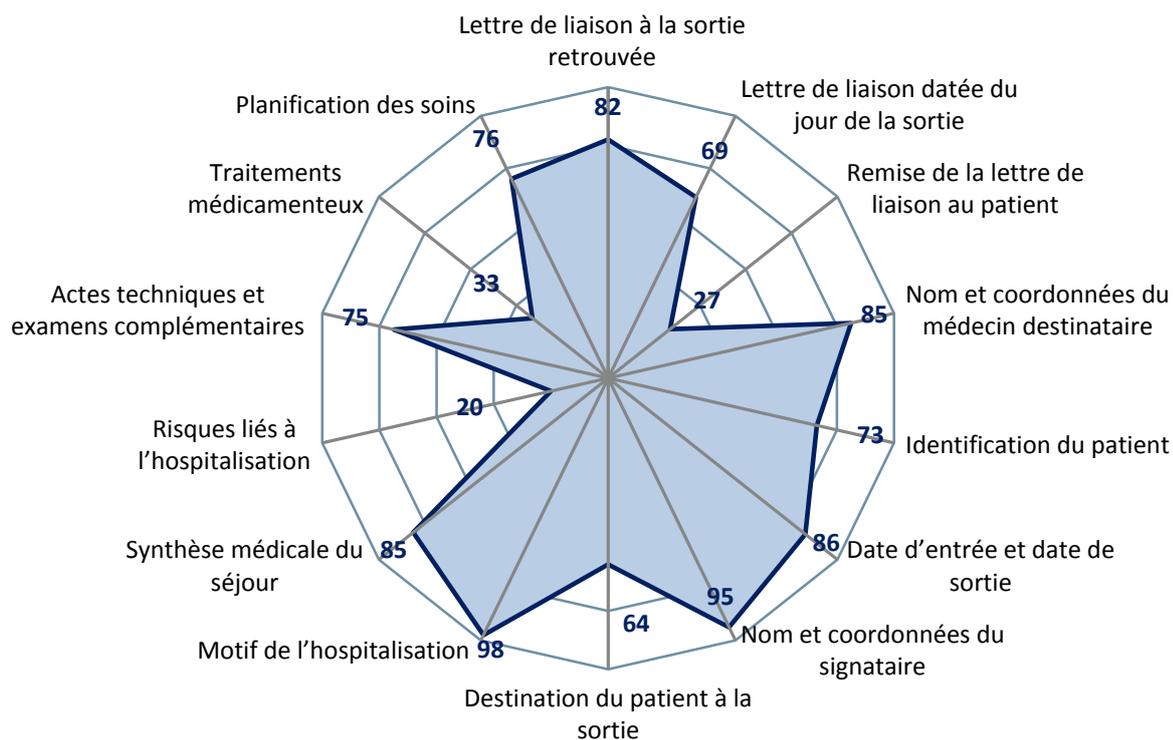
ES avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre d'ES	1 146
Nombre de dossiers	90 205
Min d'ES	0 %
1 ^{er} quartile	23 %
Médiane	33 %
3 ^e quartile	46 %
Max d'ES	99 %



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 99 %. Le résultat des trois quarts des établissements est supérieur à 23 %.

Figure 3. Indicateur « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » - Campagne 2016 – données 2015 - Résultats détaillés des 13 critères composant le score



Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Qualité de la lettre de liaison à la sortie »

- Le score moyen national pondéré pour l'indicateur « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » est de 35 % en 2016.
- Les deux critères jugés comme indispensables sont à améliorer :
 - ▶ la lettre de liaison est retrouvée dans 8,2 dossiers sur 10.
 - ▶ la lettre de liaison est datée le jour de la sortie que dans 6,9 dossiers sur 10.
- Les autres critères à améliorer sont ceux relatifs :
 - ▶ à la destination du patient à sa sortie : elle n'est tracée que dans 6,4 dossiers sur 10.
 - ▶ à la rédaction des traitements médicamenteux à la sortie (liste des médicaments à l'entrée et à la sortie (dénomination commune, voie d'administration et durée de prescription) : elle n'est tracée que dans 3,3 dossiers sur 10.
 - ▶ à la remise de la lettre de liaison à la sortie au patient : elle n'est tracée que dans 2,7 dossiers sur 10.
 - ▶ aux risques liés à l'hospitalisation : on retrouve leur mention dans 2 dossiers sur 10 (une information sur la réalisation d'un test de portage de BMR ou BHR et une information sur la réalisation d'une transfusion (ou non) durant l'hospitalisation).
- Les critères de l'indicateur QLS ayant des scores de conformité élevés sont ceux relatifs aux :
 - ▶ motif de l'hospitalisation : il est retrouvé dans 9,8 dossiers sur 10.
 - ▶ nom et coordonnées du signataire : ils sont retrouvés dans 9,5 dossiers sur 10.
- Il existe une variabilité nationale allant de 0 % à 99 %.

Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels »

Description de l'indicateur

Définition	Cet indicateur évalue le dépistage des troubles nutritionnels au cours des 2 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.
Références professionnelles	<p>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'IMC^{XX}.</p> <p>Depuis 2008, le recueil de l'indicateur DTN est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité MCO dans le cadre de la procédure de certification V2010/2014^{XII}.</p> <p>Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs^{XIII}.</p>
Diffusion publique	<p>Seul le niveau 1 de l'indicateur est diffusé publiquement, avec un objectif de performance à atteindre par établissement fixé à 80 %, soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées.</p> <p>Diffusion publique des résultats par établissement sur www.scopesante.fr</p>
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements.</p> <p>Pas d'ajustement sur le risque.</p>
Numérateur	<p>Nombre de séjours de patients adultes pour lesquels, au cours des 2 premiers jours du séjour :</p> <p>Niveau 1 :</p> <p>Une mesure du poids a été effectuée et notée dans le dossier ;</p> <p>Niveau 2 :</p> <p>Une mesure du poids ET un calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) ont été effectués et notés dans le dossier ;</p> <p>OU</p> <p>Une mesure du poids ET une évolution du poids avant l'admission ont été effectuées et notées dans le dossier.</p> <p>Niveau 3 :</p> <p>Une mesure du poids ET un calcul de l'IMC ET une évolution du poids avant l'admission ont été effectués et notés dans le dossier.</p>
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Critères d'exclusion spécifiques	<p>Séjours de patients âgés de moins de 18 ans ;</p> <p>Séjours de patients hospitalisés moins de 2 jours ;</p> <p>Séjours de patients pris en charge au cours des 2 premiers jours du séjour en réanimation, soins intensifs, surveillance continue, maternité, UHCD, ou en soins palliatifs.</p>

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 20. Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » - Résultats de la campagne 2016 - données 2015

Campagne 2016 – données 2015				
		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Moyenne nationale pondérée				
La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement de santé		88 %	75 %	31 %
Établissements avec plus de 10 dossiers	Nombre d'établissements	1 164	1 164	1 164
	Nombre de dossiers	90 892	90 892	90 892

Résultats complémentaires

La moyenne de l'indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels - niveau 1 » est meilleure dans les CLCC (95 %), puis dans les établissements privés (94 %), dans les ESPIC (91 %), et dans les CHU et dans les CH (85 %).

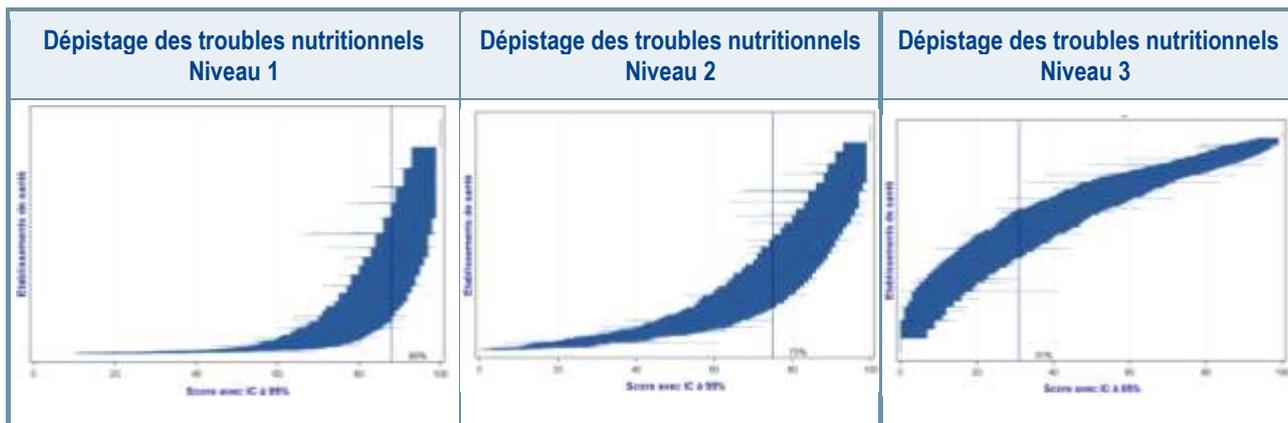
La moyenne de l'indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels - niveau 2 » est meilleure dans les établissements privés (88 %), puis dans les CLCC (85 %), dans les ESPIC (81 %), dans les CH (72 %) et dans les CHU (66%).

La moyenne de l'indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels - niveau 3 » est meilleure dans les CLCC (63 %), puis dans les établissements privés (39 %), dans les ESPIC (38 %), et dans les CH (27 %) et dans les CHU (25 %).

Distribution des établissements en fonction de leurs résultats

Tableau 21 et graphiques 6, 7, et 8. Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels - niveau 1, 2 et 3 » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2016 - données 2015

ES avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur			
	niveau 1	niveau 2	niveau 3
Nombre d'ES	1 164	1 164	1 164
Nombre de dossiers	90 892	90 892	90 892
Min d'ES	18 %	0 %	0 %
1 ^{er} quartile	84 %	66 %	11 %
Médiane	90 %	80 %	23 %
3 ^e quartile	95 %	90 %	46 %
Max d'ES	100 %	100 %	100 %



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

Au vu des graphiques, la variabilité inter-établissements existe, et s'étend de 18 % à 100 % pour le niveau 1, et de 0 % à 100 % pour les niveaux 2 et 3. Le résultat des trois quarts des établissements est supérieur à 84 % pour le niveau 1, à 66 % pour le niveau 2, et à 11 % pour le niveau 3.

Tableau 22. Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels - Niveaux 1, 2 et 3 » - Détail des causes de non-conformité à l'indicateur (en %*) – Campagne 2016 - données 2015

TOTAL des dossiers patients non conformes à l'indicateur	Nombre de dossiers où un élément est manquant	%**
Notification du poids dans les 2 jours suivant l'admission non retrouvée	9 507 dossiers	16 %
Variation du poids avant l'admission non retrouvée dans les 2 jours suivant l'admission	56 556 dossiers	95 %
IMC dans les 2 jours suivant l'admission non retrouvé	20 987 dossiers	35 %
Total des dossiers évalués	59 518	100

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

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

Classement des établissements

Classement des établissements en fonction de l'objectif de performance - niveau 1

Le niveau 1 de l'indicateur DTN évalue si une mesure du poids a été effectuée et notée dans le dossier patient, dans les 48 premières heures du séjour. Seul ce niveau fait l'objet d'une diffusion publique des résultats et donc d'un positionnement par rapport à l'objectif de performance à 80 %.

Tableau 23. Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels - niveau 1 » - Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 % – Campagne 2016 - données 2015

Données	Indicateur : Dépistage des troubles nutritionnels - niveau 1						Total
	Classe A (+)		Classe B (=)		Classe C (-)		
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
2015	714	61,3	387	33,2	63	5,4	1 164

Parmi les 1 164 établissements avec plus de 10 dossiers inclus, 61,3 % ont dépassé l'objectif national de performance de 80 % et sont en classe A. 33,2 % des établissements ont atteint l'objectif national de performance de 80 % et sont en classe B.

Classement des établissements en fonction de l'évolution de leurs résultats

Tableau 24. Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels - niveau 1 » - Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016)

Données	Indicateur : Dépistage des troubles nutritionnels - niveau 1						Total
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
2015	151	13,8	845	77,2	99	9	1 095

Parmi les 1 095 établissements qui ont réalisé les deux dernières campagnes, 13,8 % ont augmenté significativement la traçabilité du poids entre les deux campagnes. Plus des trois quarts des établissements (77,2 %) des établissements n'ont pas connu d'évolution significative de leur score de conformité entre les deux campagnes.

Sur les données 2015, 9 % des établissements ont régressé en termes de performance, par rapport aux données 2013.

Tableau 25. Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels - niveau 2 » - Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016)

Données	Indicateur : Dépistage des troubles nutritionnels - niveau 2						Total
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
2015	318	29	655	59,8	122	11,1	1 095

Parmi les 1 095 établissements qui ont réalisé les deux dernières campagnes, près d'un tiers (29 %) ont augmenté significativement la traçabilité des éléments exigés pour le niveau 2 entre les deux campagnes. Près des deux tiers des établissements (59,8 %) n'ont pas connu d'évolution significative de leur score de conformité entre les deux campagnes.

Sur les données 2015, 11 % des établissements ont régressé en termes de performance, par rapport aux données 2013.

Tableau 26. Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels - niveau 3 » - Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016)

	Indicateur : Dépistage des troubles nutritionnels - niveau 3						Total
	↗		→		↘		
Données	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	N
2015	336	30,7	595	54,3	164	15	1 095

Parmi les 1 095 établissements qui ont réalisé les deux dernières campagnes, près d'un tiers (30,7 %) a augmenté significativement la traçabilité du poids, de la variation de poids avant l'admission et de l'IMC (48 premières heures du séjour) entre les deux campagnes. En revanche, plus de la moitié des établissements (54,3 %) n'a pas connu d'évolution significative de la traçabilité de ces éléments entre les deux campagnes.

Sur les données 2015, 15 % des établissements ont régressé en termes de performance, par rapport aux données 2013.

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels - niveaux 1, 2 et 3 »

- Niveau 1 :
 - La mesure du poids a dépassé l'objectif de performance de 80 % : en 2016, la moyenne nationale pondérée du niveau 1 de l'indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » est de 88 % ; elle a gagné seulement 1 point par rapport à la moyenne nationale pondérée 2014.
 - Cependant, la variabilité nationale persiste (18 % - 100 %), même si l'écart s'est resserré depuis la campagne 2014 (9 % - 100 %), ce qui représente toujours un potentiel d'amélioration important.
 - En 2016, 94,5 % des ES ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % (classes A et B).
- Niveau 2 :
 - La moyenne nationale pondérée du niveau 2 de l'indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » est de 75 % ; elle n'a pas évolué par rapport à la moyenne nationale pondérée 2014.
 - La variabilité nationale persiste (0 % - 100 %), ce qui représente un potentiel d'amélioration important.
- Niveau 3 :
 - La moyenne nationale pondérée du niveau 3 de l'indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » est de 31 % ; elle a gagné 7 points par rapport à la moyenne nationale pondérée 2014.
 - La variabilité nationale persiste (0 % - 100 %), ce qui représente un potentiel d'amélioration important.

Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur »

Description de l'indicateur

Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la traçabilité de l'évaluation de la douleur avec une échelle dans le dossier du patient.
Références professionnelles	<p>La prise en charge de la douleur est une priorité de santé publique (Plan douleur 2006-2010)^{XXI}. 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)^I.</p> <p>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.</p> <p>Depuis 2008, le recueil de l'indicateur TRD est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité MCO dans le cadre de la procédure de certification V2010/V2014^{XII}.</p> <p>Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs^{XIII}. Il est identique à celui généralisé dans les secteurs SSR et HAD.</p>
Diffusion publique	<p>Indicateur diffusé publiquement avec un objectif de performance à atteindre par établissement de santé fixé à 80 %, soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées.</p> <p>Diffusion publique des résultats par établissement sur www.scopesante.fr</p>
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements.</p> <p>Pas d'ajustement sur le risque.</p>
Numérateur	<p>Nombre de séjours pour lesquels il existe :</p> <ul style="list-style-type: none">• au moins un résultat de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du patient non algique ; <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none">• au moins deux résultats de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du patient algique.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Critères d'exclusion spécifiques	Pas de critères d'exclusion spécifiques pour l'indicateur.

Analyse nationale des informations recueillies

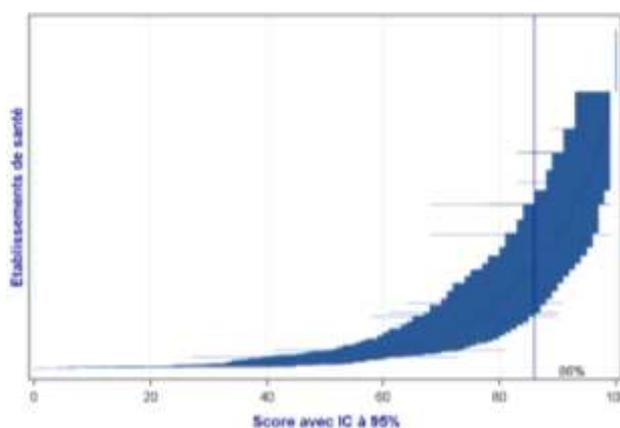
Tableau 27. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » - Résultats de la campagne 2016 - données 2015

Campagne 2016 – données 2015		
Moyenne nationale pondérée La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement de santé	86 %	
Établissements avec plus de 10 dossiers	Nombre d'établissements	1 181
	Nombre de dossiers	93 415

Distribution des établissements en fonction de leurs résultats

Tableau 28 et Graphique 7. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2016 - données 2015

ES avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre d'ES	1 181
Nombre de dossiers	93 415
Min d'ES	1 %
1 ^{er} quartile	79 %
Médiane	90 %
3 ^e quartile	96 %
Max d'ES	100 %



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

Au vu du graphique, la variabilité inter-établissements existe et s'étend de 1 % à 100 %. Le résultat des trois quarts des établissements est supérieur à 79 %.

Tableau 29. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » – Campagne DPA MCO 2016 - données 2015 – Détail des causes de non-conformités à l'indicateur (en %*)

TOTAL des dossiers patients non conformes à l'indicateur	Nombre de dossiers où un élément est manquant	%*
Aucune « mesure diagnostique » de la douleur	4 765	5
Une « mesure diagnostique » de la douleur sans échelle	3 092	3
Une « mesure diagnostique » de la douleur avec échelle ET pas de « mesure de suivi » de la douleur (patient algique)	1 878	2
Une « mesure diagnostique » de la douleur avec échelle ET une « mesure de suivi » de la douleur sans échelle (patient algique)	829	1
Total des dossiers évalués	93 415	11

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

Classement des établissements

Classement des établissements en fonction de l'objectif de performance

Tableau 30. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » - Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 % – Campagne 2016 - données 2015

Données	Indicateur : Traçabilité de l'évaluation de la douleur						
	Classe A (+)		Classe B (=)		Classe C (-)		Total
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
2015	754	63,8	326	27,6	101	8,6	1 181

Parmi les 1 181 établissements avec plus de 10 dossiers inclus, 63,8 % ont dépassé l'objectif national de performance de 80 % et sont en classe A. 27,6 % des établissements ont atteint l'objectif national de performance de 80 % et sont en classe B.

Classement des établissements en fonction de l'évolution de leurs résultats

Tableau 31. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » - Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016)

Données	Indicateur : Traçabilité de l'évaluation de la douleur						Total
							
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	N
2015	264	23,9	757	68,4	85	7,7	1 106

Parmi les 1 106 établissements qui ont réalisé les deux dernières campagnes, 23,9 % ont augmenté significativement leur score de conformité entre les deux campagnes. Plus des deux tiers des établissements (68,4 %) n'ont pas connu d'évolution significative de leur score de conformité.

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 86 %. Elle a gagné 5 points par rapport à la campagne 2014.
- Cependant, la variabilité nationale (1 % - 100 %) persiste.
- À noter que 5 % des patients n'ont eu aucune mesure diagnostiquant une douleur ; et 3 % des patients algiques ont eu une mesure diagnostiquant la douleur sans échelle (présence de commentaires sur la douleur).
- Au niveau national, 91,4 % des ES ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % (classes A et B).

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

Description de l'indicateur

Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre dans les 2 jours suivant l'admission chez le patient adulte.
Références professionnelles	<p>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 »^{XXII}.</p> <p>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.</p> <p>Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs.</p>
Diffusion publique	Indicateur optionnel non diffusé publiquement (recueil à la discrétion de l'établissement de santé).
Type d'indicateur	Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements. Pas d'ajustement sur le risque.
Numérateur	Nombre de séjours de patients adultes pour lesquels la trace de l'évaluation du risque d'escarre et sa conclusion sont retrouvées dans le dossier dans les 2 jours suivant l'admission.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Critères d'exclusion spécifiques	Séjours de patients âgés de moins de 18 ans ; Séjours de patients hospitalisés moins de 2 jours ; Séjours de patients pris en charge au cours des 2 premiers jours du séjour en maternité, ou en UHCD.

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 32. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre » - Résultats de la campagne 2016 - données 2015

Campagne 2016 – données 2015		
Moyenne nationale pondérée La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement de santé	48 %	
Établissements avec plus de 10 dossiers	Nombre d'établissements	981
	Nombre de dossiers	77 020

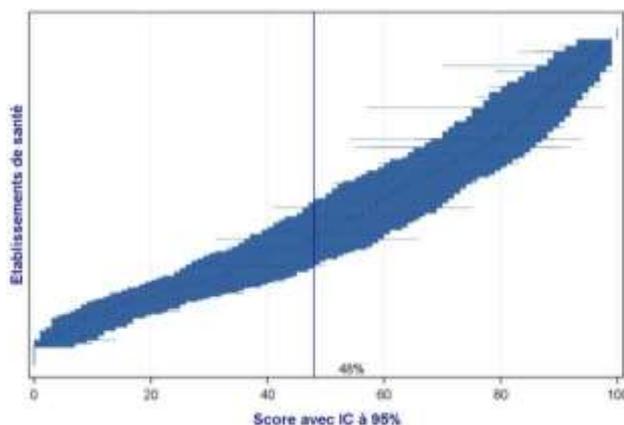
Résultats complémentaires

Le score de l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre » est meilleur dans les CLCC avec un score de 64 % ; il est de 57 % dans les ESPIC et dans les établissements privés, de 49 % dans les CH, et de 34 % dans les CHU.

Distribution des établissements en fonction de leurs résultats

Tableau 33 et Graphique 8. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre » - Statistiques descriptives et variabilité entre les établissements volontaires - Campagne 2016 - données 2015

ES avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre d'ES	981
Nombre de dossiers	77 020
Min d'ES	0 %
1er quartile	24 %
Médiane	50 %
3e quartile	73 %
Max d'ES	100 %



Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale 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 24 %.

Tableau 34. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre » - Détail des causes de non-conformité à l'indicateur (en %*) – Campagne 2016 - données 2015

TOTAL des dossiers patients non conformes à l'indicateur	Nombre de dossiers où un élément est manquant	%*
Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarres non retrouvée	30 931	40
Pas de conclusion vis-à-vis du risque d'escarres	3 116	4
Total des dossiers évalués	77 038	44

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

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

- En 2016, 83 % (n = 981) des établissements de santé concernés par le recueil des indicateurs du thème dossier patient en MCO ont participé au recueil de l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre ».
- Au sein de l'échantillon national d'établissements volontaires constitué, le risque d'escarre est évalué à l'admission pour 48 % des séjours.
- À noter que, dans 40 % des dossiers, on ne retrouve pas d'évaluation du risque d'escarre ; et dans 4 % des dossiers, une évaluation est retrouvée, mais sans conclusion vis-à-vis du risque d'escarre.
- La variabilité nationale (0 % - 100 %) persiste.

Bilan et perspectives

La HAS a piloté, au premier semestre 2016, pour la sixième fois depuis 2008, le recueil des indicateurs du thème « Dossier patient en MCO ». Les résultats présentés dans ce rapport sont issus d'une analyse de dossiers de patients hospitalisés entre juin et novembre 2015 dans un établissement MCO.

Pour ce thème, l'année 2016 a été une période de transition, en raison du recueil d'anciennes et de nouvelles versions d'indicateurs.

La campagne a porté sur le recueil de 8 indicateurs, dont 7 obligatoires, parmi lesquels 4 indicateurs seront diffusés publiquement dans les établissements de santé et sur le site Scope Santé en 2016.

- **7 indicateurs obligatoires :**

- Tenue du dossier patient - diffusé publiquement (dernier recueil)
- Tenue du dossier patient - version 2 (1er recueil - non diffusé)

- Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (dernier recueil)
- Document de sortie - diffusé publiquement (premier et dernier recueil)
- Qualité de la lettre de liaison à la sortie (1er recueil - non diffusé)

- Dépistage des troubles nutritionnels - niveau 1 - diffusé publiquement
- Traçabilité de l'évaluation de la douleur - diffusé publiquement

- **1 indicateur optionnel :**

- Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre - non diffusé.

L'analyse des résultats des indicateurs permet plusieurs constats :

- **Pour la première fois, le taux d'établissements répondant est de 100 % pour la campagne 2016**

8 établissements en recueil facultatif, au vu de leur activité, ont réalisé le recueil, y trouvant un intérêt pour leur démarche qualité interne.

Au total, 1 181 établissements ont participé à la campagne nationale en 2016.

Le nombre de dossiers évalués était de 134 812.

- **Le score national moyen pondéré de l'indicateur « Tenue du dossier patient » est de 80 % en 2016.**

72,4 % des établissements ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % (classes A et B). Cependant, il existe toujours une variabilité inter-établissements (39 % - 100 %), témoignant de progrès possibles.

- **Les trois critères suivants sont à améliorer :**

- l'examen médical d'entrée : il présente 75 % de conformité, mais a diminué de 2 points depuis la campagne 2014 ;
- le courrier de fin d'hospitalisation : il comprend l'ensemble des éléments nécessaires à la coordination d'aval dans 6,6 dossiers sur 10 ;
- le traitement de sortie : il comprend l'ensemble des éléments nécessaires à la coordination d'aval dans 5,6 dossiers sur 10.

Il s'agit de la dernière campagne nationale, et donc de la dernière diffusion publique de cet indicateur. Au prochain recueil, il sera définitivement remplacé par l'indicateur « Tenue du dossier patient - version 2 ».

- **Le score national moyen pondéré de l'indicateur « Tenue du dossier patient (version 2) » est de 76 %**

- ▶ Les critères suivants sont à améliorer :
 - l'identification du patient : elle est conforme dans 7,2 dossiers sur 10.
 - la mention de l'identité de la personne de confiance : elle est conforme dans 6,6 dossiers sur 10.
 - la qualité de l'administration médicamenteuse pendant l'hospitalisation : elle est conforme dans 6 dossiers sur 10.
- ▶ Dossier retrouvé : même s'il n'y a que 2 % de dossiers non retrouvés, les établissements de santé doivent faire un effort pour mieux conserver leurs dossiers.
- ▶ Cet indicateur fera l'objet d'une première diffusion publique lors du prochain recueil.
- **Un peu plus de la moitié des courriers de fin d'hospitalisation comportent les quatre éléments minimaux indispensables à la continuité des soins et sont 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 53 % en 2016. Seulement 32 % des établissements ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 %. La non-conformité est plus souvent due au caractère incomplet du courrier de fin d'hospitalisation (28 %).

- **Moins de la moitié des courriers produits le jour de la sortie comportent les quatre éléments minimaux indispensables à la continuité des soins**

Pour cette première campagne nationale de recueil, la moyenne nationale pondérée de l'indicateur « Document de sortie » est de 35 %.

14,7 % des ES ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % (classes A et B). Il existe une variabilité nationale importante allant de 0 % à 100 %.

- **Le score moyen national pondéré de qualité de la lettre de liaison à la sortie est de 35 % en 2016**

- ▶ Les critères spécifiques à cet indicateur qui sont à améliorer sont ceux relatifs :
 - à la destination du patient à sa sortie : elle n'est tracée que dans 6,4 dossiers sur 10 ;
 - à la rédaction des traitements médicamenteux à la sortie : elle n'est tracée que dans 3,3 dossiers sur 10 ;
 - à la remise de la lettre de liaison à la sortie au patient : elle n'est tracée que dans 2,7 dossiers sur 10 ;
 - aux risques liés à l'hospitalisation : on retrouve leur mention dans 2 dossiers sur 10.
- ▶ Cet indicateur sera diffusé publiquement lors du prochain recueil.

- **Le suivi du poids est retrouvé pour près de 9 patients sur 10 :**

La moyenne nationale pondérée du niveau 1 de l'indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » est de 88 % en 2016 ; 94,5 % des établissements ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % (classes A et B).

- **La traçabilité de l'évaluation de la douleur avec une échelle a gagné 5 points depuis la campagne 2014 : passage de 81 % à 86 %**

La moyenne nationale pondérée de l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » est de 86 % en 2016. 91,4 % des ES ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % (classes A et B).

- **La traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre a gagné 8 points depuis la campagne 2014 : passage de 40 % à 48 %**

En 2016, 83 % (n = 981) des établissements concernés par le recueil des indicateurs du thème « Dossier patient en MCO » ont participé au recueil de l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre », ce qui traduit leur intérêt pour cet indicateur. Au sein de l'échantillon national d'établissements volontaires constitué, le risque d'escarre est évalué à l'admission pour 48 % des patients.

- **Information complémentaire : informatisation du dossier patient**

L'informatisation du dossier patient, souvent présentée comme une solution pour améliorer le partage d'information, reste faible, avec seulement 14 % des dossiers complètement informatisés au niveau national, et 78 % des dossiers qui le sont partiellement.

Dans ce dernier cas, les éléments du dossier les plus souvent informatisés sont les prescriptions médicamenteuses (85 %), le courrier de fin d'hospitalisation (69 %) et le dossier de soins (65 %).

Le bilan de cette campagne, comme pour les précédents recueils, montre l'implication des professionnels de santé dans l'amélioration de la qualité du dossier patient ; en témoignent le taux de participation de 100 % et la progression des résultats des indicateurs.

Résultats 2016 du contrôle qualité du recueil des indicateurs du thème « Dossier Patient MCO » dans le cadre de l'orientation nationale d'inspection contrôle (ONIC)

Résultats du contrôle qualité du recueil

16 ARS sur les 17 ARS (94 %) ont participé à l'ONIC 2016.

Au total, 1 181 structures ont participé à la campagne nationale de recueil des indicateurs du thème « Dossier Patient MCO » : parmi elles, 56 ont été contrôlées par une ARS (4,7 %).

Indicateurs du thème « Dossier Patient MCO »	Nombre d'établissements de santé dont le recueil est non validé par le contrôle
Indicateur Tenue du dossier Patient	4 structures ou ES (7,14 % total ES contrôlés)
Indicateur Document de sortie	3 structures ou ES (5,4 % total ES contrôlés)
Indicateur Dépistage des troubles nutritionnels - niveau 1	1 structure ou ES (1,78 % total ES contrôlés)
Indicateur Traçabilité de l'évaluation de la douleur	1 structure ou ES (1,78 % total ES contrôlés)

Conclusion : Pour 4 structures, le contrôle réalisé par l'ARS n'a pas validé le recueil réalisé pour l'indicateur « Tenue du dossier Patient » ; pour 3 structures, le contrôle réalisé par l'ARS n'a pas validé le recueil réalisé pour l'indicateur « Document de sortie » ; et pour une structure, le contrôle n'a pas validé le recueil réalisé pour les indicateurs « Dépistage des troubles nutritionnels - niveau 1 » et « Traçabilité de l'évaluation de la douleur ».

Impact du contrôle qualité du recueil sur la diffusion publique

La liste des indicateurs soumis à recueil obligatoire avec ou sans diffusion publique fait l'objet d'un arrêté annuel (Arrêté du 3 mai 2016 fixant la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé). Le nombre et le type d'indicateurs à contrôler diffèrent d'une année à l'autre.

Les résultats des indicateurs nationaux diffusés publiquement sont disponibles à partir du mois de novembre sur le site internet « Scope Santé » (www.scopesante.fr). Ces résultats tiennent compte du contrôle.

Les résultats des indicateurs IPAQSS ne sont pas recalculés lorsque le recueil est « non validé ». Le résultat est donc supprimé et la mention recueil « non validé » apparaît sur Scope Santé. L'annulation du résultat a des conséquences sur la diffusion publique, la certification, l'incitation financière à la qualité et autres utilisations aux niveaux national et régional.

Pour en savoir plus :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1637882/fr/controle-qualite-du-recueil-des-indicateurs-nationaux

Table des illustrations

Tableau 1. Nombre d'établissements pris en compte pour le calcul des indicateurs. Campagne DPA MCO 2016 – données 2013.....	9
Tableau 2. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Résultats de la campagne 2016 - données 2015.....	13
Tableau 3 et Graphique 1. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2016 - données 2015	13
Tableau 4. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 % - Campagne 2016 - données 2015.....	14
Tableau 5. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016) - Campagne 2016 - données 2015	14
Tableau 6. Indicateur « Tenue du dossier patient - version 2 » - Résultats de la campagne 2016 - données 2015..	17
Tableau 7 et Graphique 2. Indicateur « Tenue du dossier patient - version 2 » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2016 - données 2015.....	18
Tableau 8. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » - Résultats de la campagne 2016 - données 2015.....	22
Tableau 9 et Graphique 3. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » - Campagne 2016 - données 2015 - Statistiques descriptives et variabilité nationale.....	23
Tableau 10. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » - Détail des causes de non-conformité à l'indicateur - Campagne 2016 - données 2015.....	23
Tableau 11. Nombres de séjours exclus spécifiquement du calcul de l'indicateur " Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation" - Campagne 2016 - données 2015.....	23
Tableau 12. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » - Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 % - Campagne 2016 - données 2015	24
Tableau 13. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » - Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016) - Campagne 2016 - données 2015	24
Tableau 14. Indicateur « Document de sortie » - Résultats de la campagne 2016 - données 2015.....	26
Tableau 15 et Graphique 4. Indicateur « Document de sortie » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2016 - données 2015	26
Tableau 16. Indicateur « Document de sortie » - Détail des causes de non-conformité à l'indicateur – Campagne 2016 - données 2015	27
Tableau 17. Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 % - Indicateur « Document de sortie » - Campagne 2016 - données 2015.	27
Tableau 18. Indicateur « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » - Résultats de la campagne 2016 - données 2015.....	30
Tableau 19 et Graphique 5. Indicateur « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2016 - données 2015	30
Tableau 20. Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » - Résultats de la campagne 2016 - données 2015.	33
Tableau 21 et graphiques 6, 7, et 8. Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels - niveau 1 » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2016 - données 2015.....	33
Tableau 22. Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels - Niveaux 1, 2 et 3 » - Détail des causes de non-conformité à l'indicateur (en %*) – Campagne 2016 - données 2015	34
Tableau 23. Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels - niveau 1 » - Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 % – Campagne 2016 - données 2015	35
Tableau 24. Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels - niveau 1 » - Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016)	35
Tableau 25. Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels - niveau 2 » - Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016)	35

Tableau 26. Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels - niveau 3 » - Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016)	36
Tableau 27. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » - Résultats de la campagne 2016 - données 2015.....	38
Tableau 28 et Graphique 7. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2016 - données 2015	38
Tableau 29. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » – Campagne DPA MCO 2016 - données 2015 – Détail des causes de non conformités à l'indicateur (en %*).....	39
Tableau 30. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » - Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 % – Campagne 2016 - données 2015	39
Tableau 31. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » - Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016).....	39
Tableau 32. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre » - Résultats de la campagne 2016 - données 2015	42
Tableau 33 et Graphique 8. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre » - Statistiques descriptives et variabilité entre les établissements volontaires - Campagne 2016 - données 2015	42
Tableau 34. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre » - Détail des causes de non-conformité à l'indicateur (en %*) – Campagne 2016 - données 2015	43
Graphique 9. Répartition de l'âge des patients - Campagne DPA MCO 2016 - données 2015.....	55
Graphique 10. Sexe du patient - Campagne DPA MCO 2016 - données 2015.....	55
Graphique 11. Type de prise en charge - Campagne DPA MCO 2016 - données 2015	55
Tableau 35. Répartition du nombre d'établissements en fonction des indicateurs – Campagne 2016 - données 2015	56
Tableau 36. Distribution par rapport à la moyenne nationale pondérée – Campagne 2016 - données 2015.....	57
Tableau 37. Indicateur Tenue du dossier patient – Campagne 2016 – données 2015 - Moyennes régionales (en %).....	58
Tableau 38. Indicateur Tenue du dossier patient - version 2 – Campagne 2016 – données 2015 - Moyennes régionales (en %).....	59
Tableau 39. Indicateur Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation – Campagne 2016 – données 2015 - Moyennes régionales (en %).....	60
Tableau 40. Indicateur Document de sortie – Campagne 2016 – données 2015 - Moyennes régionales (en %).....	61
Tableau 41. Indicateur Qualité de la lettre de liaison à la sortie – Campagne 2016 – données 2015 - Moyennes régionales (en %).....	62
Tableau 42. Indicateur Dépistage des troubles nutritionnels - niveau 1 – Campagne 2016 – données 2015 - Moyennes régionales (en %).....	63
Tableau 43. Indicateur Dépistage des troubles nutritionnels - niveau 2 – Moyennes régionales en 2015	64
Tableau 44. Indicateur Dépistage des troubles nutritionnels - niveau 3 – Moyennes régionales en 2015	65
Tableau 45. Indicateur Traçabilité de l'évaluation de la douleur – Moyennes régionales en 2015	66
Tableau 46. Indicateur Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre – Moyennes régionales en 2015	67
Tableau 47. Indicateur Tenue du dossier patient - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %).....	68
Tableau 48. Indicateur Tenue du dossier patient - version 2 – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %).....	68
Tableau 49. Indicateur Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %)	69
Tableau 50. Indicateur Document de sortie – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %).....	69

Tableau 51. Indicateur Qualité du document de sortie – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %)	70
Tableau 52. Indicateur Dépistage des troubles nutritionnels - niveau 1 – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %).....	70
Tableau 53. Indicateur Dépistage des troubles nutritionnels - niveau 2 – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2015 (en %).....	71
Tableau 54. Indicateur Dépistage des troubles nutritionnels - niveau 3 – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2015 (en %).....	71
Tableau 55. Indicateur Traçabilité de l'évaluation de la douleur – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2015 (en %).....	72
Tableau 56. Indicateur Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2015 (en %).....	72

Annexes

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 plate-forme Qualhas - Campagne nationale IPAQSS 2013 », disponible sur le site de la HAS, précise les méthodes statistiques utilisées pour la production des résultats comparatifs.

► Recueil et restitution des données

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

Outils

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

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

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

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

Modalités de recueil

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

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

Le recueil des IQSS, réalisé par l'ES, consiste en un audit rétrospectif portant sur un échantillon aléatoire de séjours (dossiers) :

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

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

Le nombre de dossiers évalués est identique quelles que soient la taille et la catégorie des ES participant au recueil national. Ce nombre de dossiers relativement faible est un compromis entre une charge de travail acceptable, tous types de structure confondus, et une précision statistique suffisante de l'indicateur estimé à partir de l'échantillon. Un intervalle de confiance à 95 % calculé sur l'échantillon est présenté

avec le résultat de chaque indicateur, et ne tient pas compte de l'activité de l'ES. Pour plus de précision sur le calcul de l'intervalle de confiance, cf. Guide méthodologique.

► Mode de présentation des IQSS par ES

Les résultats des indicateurs de qualité par ES se présentent :

- soit sous la forme d'un score de qualité, constitué de plusieurs critères, compris entre 0 et 100, qui correspond à la moyenne des critères calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x100) [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 produits 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 précision sur l'estimation des références, cf. Guide méthodologique.

Types de référence

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

- Trois références dans l'espace :
 - ▶ Une « référence nationale » ;
 - ▶ Une « référence régionale » : les ES ont accès au résultat moyen ou médian de leur région;
 - ▶ Une « référence par catégorie d'ES » : les ES ont accès au résultat moyen ou médian de leur catégorie.
- Un « objectif national de performance » a été défini dès 2009 par le ministère 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 verte, jaune et orange ;
- à l'objectif national de performance, via des classes « + », « = » et « - ».

Positionnement par rapport à la moyenne pondérée

Le positionnement d'un ES par rapport à la moyenne de référence est décliné en pictogrammes de couleur verte, 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** ».

	établissement de santé 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 ».
	établissement de santé dont l'IC à 95 % coupe la référence : la position de l'ES est dite « non significativement différente de la moyenne pondérée de référence ».
	établissement de santé 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 national 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 national 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 national de performance, on dit que la position de l'ES est « significativement supérieure à l'objectif national de performance ».
Classe « = »	ES dont l'IC à 95 % coupe l'objectif national de performance, on dit que la position de l'ES est « non significativement différente de l'objectif national de performance ».
Classe « - »	ES dont la borne haute de l'IC à 95 % est inférieure à l'objectif national de performance, on dit que la position de l'ES « est significativement inférieure à l'objectif national de performance ».

Indicateurs de type délai

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

Calcul des évolutions des indicateurs - campagnes 2016

Pour les indicateurs dont les calculs sont identiques par rapport à la campagne précédente, une information sur leur évolution est fournie dans la fiche de résultats. Il s'agit de mesurer si le résultat de l'indicateur s'est amélioré de façon statistiquement significative par rapport au recueil précédent.

Pour cela, deux tests statistiques sont mobilisés en fonction du nombre de dossiers à partir desquels sont calculés les indicateurs :

- pour les ES ayant évalué entre 10 et 30 dossiers sur au moins une des deux années : test exact de Fisher ;
- pour les ES ayant évalué plus de 30 dossiers sur les 2 années : test de Student.

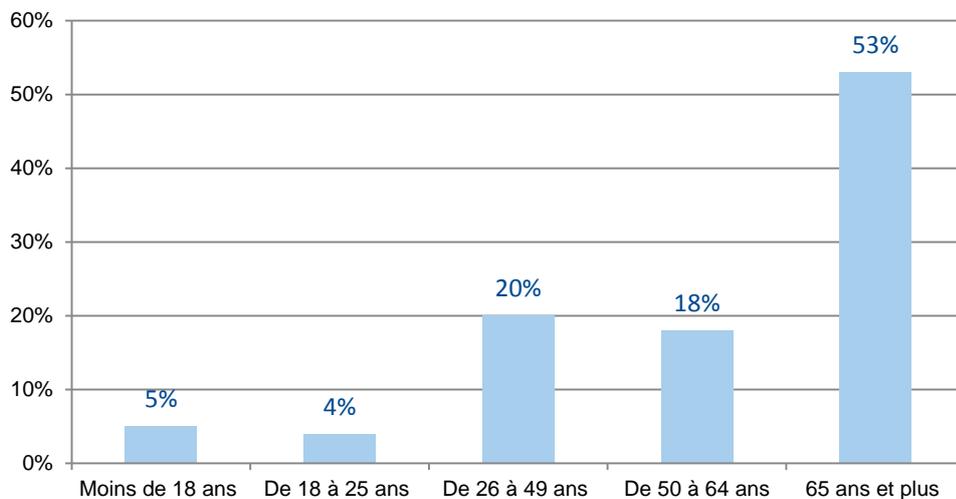
Les règles de notation sont les suivantes :

- si l'évolution est statistiquement significative et que le résultat de la nouvelle campagne est supérieur au résultat de la campagne précédente : l'évolution est positive. Ce résultat est visualisé par le pictogramme « ↗ »
- si l'évolution est statistiquement non significative : l'évolution est stable. Ce résultat est visualisé par le pictogramme « → »
- si l'évolution est statistiquement significative et que le résultat de la nouvelle campagne est inférieur au résultat de la campagne précédente : l'évolution est négative. Ce résultat est visualisé par le pictogramme « ↘ »

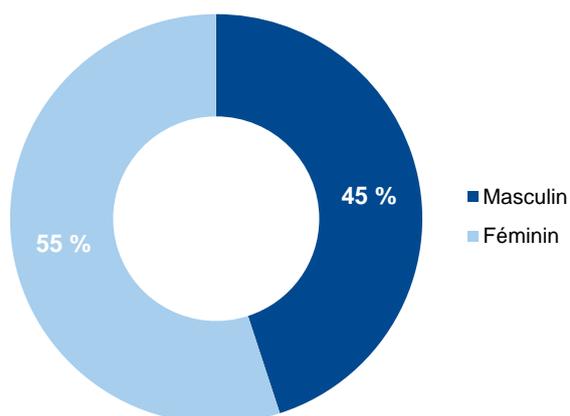
Annexe II. Résultats complémentaires

► Population de la base

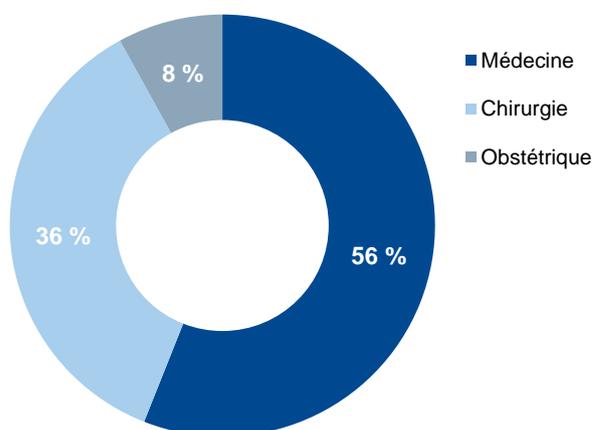
Graphique 9. Répartition de l'âge des patients - Campagne DPA MCO 2016 - données 2015



Graphique 10. Sexe du patient - Campagne DPA MCO 2016 - données 2015



Graphique 11. Type de prise en charge - Campagne DPA MCO 2016 - données 2015



► Description des établissements de santé

Tableau 35. Répartition du nombre d'établissements en fonction des indicateurs – Campagne 2016 - données 2015

Indicateurs obligatoires	Campagne	Population totale	Nb d'ES n'entrant pas dans la référence nationale		Référence nationale
			Nombre d'ES non répondants	Nombre d'ES avec effectif $10 \leq N < 30$	Nombre d'ES avec effectif $N > 30$
Tenue du dossier patient	2016	1 181	0	11	1 170
Tenue du dossier patient - version 2	2016	1 181	0	10	1 171
Qualité du document de sortie	2016	1 181	0	35	1 146
	Campagne	Population totale	Nombre d'ES non répondants	Nombre d'ES avec effectif < 10	Nombre d'ES avec effectif $N > 10$
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation	2016	1 181	0	7	1 174
Document de sortie	2016	1 181	0	7	1 174
Dépistage des troubles nutritionnels	2016	1 170	0	6	1 164
Traçabilité de l'évaluation de la douleur	2016	1 181	0	6	1 181
Indicateur optionnel	Campagne	Population totale	Nombre d'ES qui n'ont pas souhaité réaliser le recueil	Nombre d'ES avec effectif < 10	Nombre d'ES avec effectif $N > 10$
Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre	2016	1 181	197	3	981

► **Distribution des établissements par rapport à la moyenne nationale pondérée pour l'ensemble des indicateurs**

Tableau 36. Distribution par rapport à la moyenne nationale pondérée – Campagne 2016 - données 2015

	Moyenne nationale pondérée (en %)				
Tenue du dossier patient	80 %	Nombre de structures	481	366	323
		% de structures	41,1	31,3	27,6
Tenue du dossier patient - version 2	76 %	Nombre de structures	522	312	337
		% de structures	44,6	26,6	28,8
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation	53 %	Nombre de structures	426	428	320
		% de structures	36,3	36,5	27,3
Document de sortie	35 %	Nombre de structures	395	445	334
		% de structures	33,6	37,9	28,4
Qualité du document de liaison à la sortie	35 %	Nombre de structures	459	343	344
		% de structures	40,1	29,9	30
Dépistage des troubles nutritionnels – Niveau 1	88 %	Nombre de structures	406	602	156
		% de structures	34,9	51,7	13,4
Dépistage des troubles nutritionnels – Niveau 2	75 %	Nombre de structures	553	398	213
		% de structures	47,5	34,2	18,3
Dépistage des troubles nutritionnels – Niveau 3	31 %	Nombre de structures	394	267	503
		% de structures	33,8	22,9	43,2
Traçabilité de l'évaluation de la douleur	86 %	Nombre de structures	554	445	182
		% de structures	46,9	37,7	15,4
Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre	48 %	Nombre de structures	494	203	284
		% de structures	50,4	20,7	29

► **Distribution des moyennes régionales par indicateur**

Tableau 37. Indicateur Tenue du dossier patient – Campagne 2016 – données 2015 - Moyennes régionales (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
1 170	80 %

Régions	Nombre d'ES avec effectif N≥30	Moyenne par région (en %)
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	100	79
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	110	82
Auvergne-Rhône-Alpes	135	80
Bourgogne-Franche-Comté	54	81
Bretagne	54	79
Centre-Val de Loire	43	76
Corse	10	79
Guadeloupe	10	68
Guyane	5	61
Ile-de-France	187	79
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	107	80
Martinique	6	50
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	108	79
Normandie	60	80
Océan Indien	10	68
PACA	110	83
Pays de la Loire	53	79
Service de santé des armées	8	88

Tableau 38. Indicateur Tenue du dossier patient - version 2 – Campagne 2016 – données 2015 - Moyennes régionales (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
1 171	76 %

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 30	Moyenne par région (en %)
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	100	75
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	110	79
Auvergne-Rhône-Alpes	135	75
Bourgogne-Franche-Comté	55	79
Bretagne	54	75
Centre-Val de Loire	43	72
Corse	10	79
Guadeloupe	10	65
Guyane	5	54
Ile-de-France	187	74
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	107	79
Martinique	6	46
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	108	75
Normandie	60	75
Océan Indien	10	67
PACA	110	78
Pays de la Loire	53	76
Service de santé des armées	8	85

Tableau 39. Indicateur Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation – Campagne 2016 – données 2015 - Moyennes régionales (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
1 174	53 %

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	103	47
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	110	54
Auvergne-Rhône-Alpes	135	54
Bourgogne-Franche-Comté	54	56
Bretagne	54	51
Centre-Val de Loire	43	45
Corse	10	46
Guadeloupe	10	28
Guyane	4	36
Ile-de-France	188	46
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	106	57
Martinique	6	28
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	108	62
Normandie	60	57
Océan Indien	10	49
PACA	111	59
Pays de la Loire	54	49
Service de santé des armées	8	72

Tableau 40. Indicateur Document de sortie – Campagne 2016 – données 2015 - Moyennes régionales (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
1 174	35 %

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	103	27
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	110	34
Auvergne-Rhône-Alpes	135	36
Bourgogne-Franche-Comté	54	34
Bretagne	54	26
Centre-Val de Loire	43	24
Corse	10	34
Guadeloupe	10	24
Guyane	4	26
Ile-de-France	188	31
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	106	43
Martinique	6	22
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	108	47
Normandie	60	35
Océan Indien	10	37
PACA	111	43
Pays de la Loire	54	26
Service de santé des armées	8	51

Tableau 41. Indicateur Qualité de la lettre de liaison à la sortie – Campagne 2016 – données 2015 - Moyennes régionales (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
1 146	35 %

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 30	Moyenne par région (en %)
Alsace-Champagne-Ardennes-Lorraine	100	32
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	110	36
Auvergne-Rhône-Alpes	128	34
Bourgogne-Franche-Comté	54	31
Bretagne	53	26
Centre-Val de Loire	42	23
Corse	10	40
Guadeloupe	10	27
Guyane	4	29
Ile-de-France	181	34
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	104	44
Martinique	5	25
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	107	46
Normandie	60	34
Océan Indien	9	41
PACA	109	42
Pays de la Loire	52	26
Service de santé des armées	8	50

Tableau 42. Indicateur Dépistage des troubles nutritionnels - niveau 1 – Campagne 2016 – données 2015 - Moyennes régionales (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
1 164	88 %

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace-Champagne-Ardennes-Lorraine	104	92
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	110	89
Auvergne-Rhône-Alpes	133	90
Bourgogne-Franche-Comté	55	88
Bretagne	54	87
Centre-Val de Loire	43	86
Corse	10	81
Guadeloupe	10	76
Guyane	5	70
Ile-de-France	181	88
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	106	89
Martinique	6	44
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	105	85
Normandie	60	87
Océan Indien	10	82
PACA	110	88
Pays de la Loire	54	88
Service de santé des armées	8	94

Tableau 43. Indicateur Dépistage des troubles nutritionnels - niveau 2 – Moyennes régionales en 2015

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
1 164	75 %

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	104	82
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	110	80
Auvergne-Rhône-Alpes	133	80
Bourgogne-Franche-Comté	55	77
Bretagne	54	72
Centre-Val de Loire	43	78
Corse	10	70
Guadeloupe	10	36
Guyane	5	27
Ile-de-France	181	68
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	106	82
Martinique	6	26
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	105	76
Normandie	60	72
Océan Indien	10	59
	110	76
Pays de la Loire	54	75
Service de santé des armées	8	91

Tableau 44. Indicateur Dépistage des troubles nutritionnels - niveau 3 – Moyennes régionales en 2015

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
1 164	31 %

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	104	35
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	110	29
Auvergne-Rhône-Alpes	133	34
Bourgogne-Franche-Comté	55	34
Bretagne	54	23
Centre-Val de Loire	43	23
Corse	10	21
Guadeloupe	10	15
Guyane	5	8
Ile-de-France	181	24
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	106	42
Martinique	6	19
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	105	38
Normandie	60	23
Océan Indien	10	10
PACA	110	33
Pays de la Loire	54	32
Service de santé des armées	8	45

Tableau 45. Indicateur Traçabilité de l'évaluation de la douleur – Moyennes régionales en 2015

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
1 181	86 %

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace-Champagne-Ardennes-Lorraine	105	85
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	110	89
Auvergne-Rhône-Alpes	135	87
Bourgogne-Franche-Comté	55	86
Bretagne	54	83
Centre-Val de Loire	43	85
Corse	10	65
Guadeloupe	10	53
Guyane	5	73
Ile-de-France	189	85
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	108	90
Martinique	6	55
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	108	89
Normandie	60	84
Océan Indien	10	75
PACA	111	90
Pays de la Loire	54	86
Service de santé des armées	8	97

Tableau 46. Indicateur Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre – Moyennes régionales en 2015

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
981	48 %

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	86	57
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	93	44
Auvergne-Rhône-Alpes	112	44
Bourgogne-Franche-Comté	48	45
Bretagne	42	42
Centre-Val de Loire	38	38
Corse	7	39
Guadeloupe	7	5
Guyane	4	7
Ile-de-France	154	48
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	94	53
Martinique	4	31
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	96	52
Normandie	50	41
Océan Indien	8	29
PACA	84	68
Pays de la Loire	47	47
Service de santé des armées	7	55

► Informations par catégorie d'établissement

Tableau 47. Indicateur Tenue du dossier patient - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
1 170	80 %

	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 30	Moyenne par catégorie (en %)
CH	482	80
CHU	60	77
CLCC	19	84
ESPIC/EBNL	108	80
Privé lucratif	501	81

Tableau 48. Indicateur Tenue du dossier patient - version 2 – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne par catégorie
1 171	76 %

	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 30	Moyenne par catégorie (en %)
CH	483	76
CHU	60	72
CLCC	19	82
ESPIC/EBNL	108	77
Privé	501	79

Tableau 49. Indicateur Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne par catégorie
1 174	53 %

	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie (en %)
CH	484	58
CHU	60	46
CLCC	19	62
ESPIC/EBNL	112	54
Privé	499	50

Tableau 50. Indicateur Document de sortie – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne par catégorie
1 174	35 %

	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie (en %)
CH	484	35
CHU	60	28
CLCC	19	34
ESPIC/EBNL	112	34
Privé	499	41

Tableau 51. Indicateur Qualité du document de sortie – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne par catégorie
1 146	35 %

	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie (en %)
CH	473	34
CHU	60	30
CLCC	19	31
ESPIC/EBNL	100	35
Privé	494	42

Tableau 52. Indicateur Dépistage des troubles nutritionnels - niveau 1 – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne par catégorie
1 164	88 %

	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie (en %)
CH	485	85
CHU	60	85
CLCC	19	95
ESPIC/EBNL	103	91
Privé	497	94

Tableau 53. Indicateur Dépistage des troubles nutritionnels - niveau 2 – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2015 (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne par catégorie
1 164	75 %

	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie (en %)
CH	485	72
CHU	60	66
CLCC	19	85
ESPIC/EBNL	103	81
Privé	497	88

Tableau 54. Indicateur Dépistage des troubles nutritionnels - niveau 3 – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2015 (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne par catégorie
1 164	31 %

	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie (en %)
CH	485	27
CHU	60	25
CLCC	19	63
ESPIC/EBNL	103	38
Privé	497	39

Tableau 55. Indicateur Traçabilité de l'évaluation de la douleur – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2015 (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne par catégorie
1 181	86 %

	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie (en %)
CH	487	83
CHU	60	80
CLCC	19	96
ESPIC/EBNL	113	92
Privé	502	95

Tableau 56. Indicateur Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2015 (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne par catégorie
981	48 %

	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie (en %)
CH	451	49
CHU	48	34
CLCC	12	64
ESPIC/EBNL	90	57
Privé	380	57

Références bibliographiques

- I 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.
- II 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.
- III Brami J, Doumenc M. Improving general practitioner records in France by a two-round medical audit. *J Eval Clin Pract* 2002; 8: 175-81.
- IV Comité de Coordination de l'Evaluation 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.
- V 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.
- VI Thiru K, Hassey A, Sullivan F. Systematic review of scope and quality of electronic patient record data in primary care. *Bmj* 2003; 326: 1070.
- VII 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]. *Santé Publique* 1998; 10: 5-15.
- VIII 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.
- IX 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.
- X 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.
- XI Williams JG, Kingham M, Morgan JM, Davies AB. Retrospective review of hospital patient records. *Br Med J* 1990; 300: 991-3
- XII Manuel de certification des établissements de santé, V2010, révisé janvier 2014.
- XIII Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité (Hôpital, Patient, Sécurité, Territoire) : <http://www.compaqhpst.fr/fr/>
- XIV Quelques recommandations pour la mise en œuvre de l'identitovigilance dans les établissements de santé. Groupe de travail de la CCREVI de Midi-Pyrénées. Dominique Baudrin et Pauline SOLER. Juillet 2009.
- XV Programme Hôpital Numérique. Guide des indicateurs des prérequis et des domaines prioritaires du socle commun. DGOS. Avril 2012. Lien : <http://www.sante.gouv.fr/le-programme-hopital-numerique.html>
- XVI Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé. *Journal officiel* ; 16 avril 2011.
- XVII Article L1111-6 du code de la santé publique portant sur la personne de confiance. *Journal officiel* ; 23 avril 2005.
- XVIII Document de sortie d'hospitalisation supérieure à 24 h - Lien : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/document_de_sortie_contenu_metier_23102014.pdf
- XIX Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison. Lien : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032922482&dateTexte=&categorieLien=id>

-
- XX 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.
- XXI Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010, Ministère de la Santé.
- XXII ANAES. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Evaluation de la prévention des escarres. Juin 1998.



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr