



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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

Dossier patient en soins de suite et de réadaptation

Résultats nationaux de la campagne
2016 – Données 2015

5^e campagne nationale

Ce document présente les résultats, issus du recueil 2016 - données 2015, des indicateurs du thème « Dossier patient », réalisé par toutes les structures ayant une activité de soins de suite et de réadaptation 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 Marie Erbaul, 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 nationale en 2016	7
Descriptif de la campagne nationale 2016.....	9
Établissements de santé participants.....	9
Informatisation des dossiers patients analysés.....	10
Population analysée	10
Calcul et présentation des résultats	10
Indicateur « Tenue du dossier patient » Version 1.....	12
Description de l'indicateur	12
Analyse nationale des informations recueillies	13
Distribution des établissements en fonction de leur résultats	14
Classement des établissements	14
Indicateur « Tenue du dossier du patient » Version 2	16
Description de l'indicateur	16
Analyse nationale des informations recueillies	17
Distribution des établissements en fonction de leur résultats	18
Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation »	20
Description de l'indicateur	20
Analyse nationale des informations recueillies	21
Distribution des établissements en fonction de leur résultats	22
Classement des établissements	22
Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels »	24
Description de l'indicateur	24
Analyse nationale des informations recueillies	25
Distribution des établissements en fonction de leur résultats	26
Classement des établissements	27
Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur »	29
Description de l'indicateur	29
Analyse nationale des informations recueillies	30
Distribution des établissements en fonction de leur résultats	30
Classement des établissements	31
Indicateur « Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre »	33
Description de l'indicateur	33

Analyse nationale des informations recueillies	34
Distribution des établissements en fonction de leur résultats	34
Classement des établissements	35
Bilan et perspectives	36
Résultats 2016 du contrôle qualité du recueil des indicateurs du thème « Dossier patient en soins de suite et réadaptation » dans le cadre de l'orientation nationale d'inspection contrôle (ONIC).....	39
Résultats du contrôle qualité du recueil	39
Impact du contrôle qualité du recueil sur la diffusion publique	39
Table des illustrations	41
Annexes	43
Annexe I. Méthodes de recueil et d'analyse	43
Annexe II. Résultats complémentaires.....	47
Références bibliographiques.....	61

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
ESPIC	Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
GHM	Groupe Homogène de Malades
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
IFAQ	Incitation Financière A la Qualité
IMC	Indice de Masse Corporelle
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PSPH	Participant au Service Public Hospitalier
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
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

Contexte

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 pluriprofessionnelle 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.

Les indicateurs

Entre mars et juin 2016, la HAS a coordonné la cinquième campagne de recueil des indicateurs du thème « Dossier patient » dans les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR).

- 4 indicateurs obligatoires diffusés publiquement dans les établissements et sur le site Scope Santé
 - Tenue du dossier du patient
 - Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation
 - Dépistage des troubles nutritionnels
 - Traçabilité de l'évaluation de la douleur
- 1 indicateur optionnel
 - Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre

La campagne nationale en 2016

Le recueil consiste en une enquête rétrospective d'un maximum de 80 séjours de patients hospitalisés en soins de suite et de réadaptation (SSR) pour un séjour unique d'au moins 8 jours, en hospitalisation à temps plein, entre le 1er mai et le 31 octobre 2015. Ce recueil est réalisé par tous les établissements de santé ayant une activité SSR, prenant en charge au moins 30 patients par an.

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 voies d'amélioration et, grâce à l'évolution dans le temps, les établissements peuvent valoriser le résultat des actions d'amélioration mises en œuvre.

Ce rapport présente :

- Un descriptif de la campagne 2016, établissements participants et dossiers analysés.
- Les résultats nationaux 2016 par indicateur sur des données 2015 avec des analyses complémentaires et des résultats comparatifs, positionnement des établissements de santé par rapport à l'objectif de performance.
- Le bilan et les perspectives.

Les annexes présentent la méthode de recueil et d'analyse, les tableaux complémentaires des résultats des indicateurs par variable étudiée, les moyennes par région et par type d'établissements.

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, 1 516 établissements de santé ont participé au recueil des indicateurs du dossier patient en SSR et 120 702 dossiers de patients ont été analysés.

Établissements de santé participants

En 2016, 1 492 établissements avaient l'obligation de réaliser le recueil. Parmi eux, 9 ne l'ont pas fait. 33 établissements n'ayant pas cette obligation au vu de leur activité ont réalisé le recueil. Au total, 1 516 établissements de santé ont participé à la campagne.

Pour chaque indicateur, quelques établissements n'ont pas un nombre de dossiers inclus suffisant pour que leurs données soient prises en compte dans l'analyse comparative.

Au niveau national, 121 701 dossiers ont été tirés au sort sur l'année 2015 via le PMSI. Les séjours successifs et les séjours avec passage d'hospitalisation complète en hospitalisation partielle sont exclus du tirage au sort.

Parmi les dossiers tirés au sort, 1 % ont été exclus pour les raisons suivantes :

- 51 dossiers n'étaient pas mobilisables (patient ne souhaitant pas que les données le concernant soient exploitées à des fins autres que sa prise en charge),
- 224 dossiers (0,2%) comportaient une incohérence PMSI,
- 724 dossiers (0,6 %) non retrouvés.

Au total, l'analyse a porté sur 120 702 dossiers.

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
• Séjours uniques pour lesquels les patients sont entrés et sortis entre mai et octobre 2015 ▸ un patient ayant fait un séjour avant mai et un séjour entre mai et octobre est éligible au tirage au sort, ▸ un patient ayant fait 2 séjours entre mai et octobre n'est pas éligible au tirage au sort ; • Séjours uniques dont la date de sortie est entre mai et octobre 2015, mais dont la date d'entrée est postérieure au 14 janvier 2015 ▸ un patient ayant fait un séjour entre le 10 et le 15 janvier et un séjour entre le 15 avril et le 15 mai n'est pas éligible au tirage au sort (car à cheval sur la période) ; • Les séjours en hospitalisation complète (type d'hospitalisation = 1 ou 5) Pour résumer, il est demandé qu'un seul séjour par dossier soit éligible dans les deux périodes considérées.	• Les séjours dont la date d'entrée est antérieure au 14 janvier 2015; • Les prises en charge qui comportent au moins une interruption de plus de 48 heures et qui sont, de ce fait, découpées en séjours successifs ; • Les prises en charge avec passage d'hospitalisation complète en hospitalisation partielle (hospitalisation de jour, hospitalisation de nuit, traitements et cures ambulatoires) ; • Les séjours avec un groupe médicoéconomique (GME) erreur ; • Les doublons du fichier de chaînage anonyme (ANO).

Informatisation des dossiers patients analysés

Sur les 120 702 dossiers analysés en 2016,

- 37 % (44 621 dossiers) sont totalement informatisés, versus 29% en 2014,
- 59 % (70 705 dossiers) le sont partiellement, versus 60% en 2014
- 4% (5 376 dossiers) ne le sont pas du tout, versus 11% en 2014.

Éléments des dossiers informatisés lorsqu'ils le sont partiellement :

- Observations médicales : 62% (43 605 dossiers) en 2016, versus 51 % en 2014.
- Prescriptions médicamenteuses : 94% (66 718 dossiers), en 2016, des dossiers pour lesquels le critère est applicable, versus 89 % en 2014.
- Résultats des examens complémentaires : 46% (32 331 dossiers), en 2016, des dossiers pour lesquels le critère est applicable, versus 44 % en 2014.
- Courrier de fin d'hospitalisation : 75% (53 312 dossiers) en 2016, versus 73 % en 2014.
- Dossier de soins infirmiers : 64% (45 351 dossiers) en 2016, versus 52 % en 2014.
- Dossiers paramédicaux (kinésithérapeute, ergothérapeute) : 61% (42 035 dossiers), en 2016, des dossiers pour lesquels le critère est applicable, versus 49 % en 2014.
- Dossiers des travailleurs sociaux (assistant de service social) : 57% (36 930 dossiers), en 2016, des dossiers pour lesquels le critère est applicable, versus 47 % en 2014.
- Dossiers des psychologues : 52% (30 183 dossiers), en 2016, des dossiers pour lesquels le critère est applicable, versus 39 % en 2014.

Entre les 2 recueils, le taux de dossiers totalement informatisés a augmenté de 8 points et le taux de dossiers non informatisés a baissé de 7 points. Lorsque les dossiers sont partiellement informatisés, le taux d'informatisation des différents éléments a augmenté de 2 à 13 points entre les 2 recueils.

Population analysée

La population de patients dont les dossiers ont été analysés comprend 62 % de femmes et 38 % d'hommes.

Répartition des dossiers par âge

L'âge moyen est de 75,5 ans (médiane 80 ans) et 80 % des patients sont âgés de 65 ans et plus.

La population analysée est comparable entre les 2 campagnes en termes d'âge.

La durée moyenne de séjour est de 37 jours en service de soins de suite et réadaptation, avec une médiane à 29 jours.

Répartition des dossiers par mode d'entrée

Les dossiers analysés concernaient des patients venant de leur domicile pour 16% et adressés par un établissement de santé pour 84%.

Calcul et présentation des résultats

Les résultats nationaux sont des moyennes pondérées sur l'activité de l'établissement. 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 le score « Tenue du dossier patient », la moyenne nationale pondérée est calculée à partir des dossiers des établissements ayant inclus plus de 30 dossiers patient. Pour les autres indicateurs, elle est calculée à partir des dossiers des établissements ayant inclus plus de 10 dossiers patient.

Les autres résultats sont calculés à partir de l'ensemble des dossiers inclus dans le recueil, que l'établissement ait plus ou moins de 10 dossiers.

Présentation des résultats

Pour chaque indicateur sont présentés :

- La fiche descriptive de l'indicateur (définition, numérateur, dénominateur, etc.) ;
- La moyenne nationale inter-établissements pondérée par l'activité des établissements de santé ;
- 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 et TDP 2 et 10 pour les autres indicateurs) ;
- Le nombre total de dossiers évalués par l'ensemble des établissements 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 établissements de santé) ; le troisième quartile (où se situent 75 % des établissements de santé) ;
- La représentation graphique de la répartition des résultats (intervalle de confiance) des établissements de santé. Elle permet de visualiser la variabilité inter-établissements, quand une comparaison inter-établissements est possible ;
- Le classement des établissements (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 établissements de santé 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'établissements de santé pour lesquels une marge d'amélioration existe ;
- Le classement des établissements (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 de santé est rapportée pour information en annexe II.

Indicateur « Tenue du dossier patient » Version 1

Description de l'indicateur

Définition	Cet indicateur évalue la tenue du dossier des patients hospitalisés. Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score est proche de 100. L'indicateur est calculé à partir de 13 critères au maximum : 1. Présence des coordonnées du médecin désigné par le patient (si applicable) 2. Présence des documents médicaux relatifs à l'admission 3. Examen médical d'entrée renseigné 4. Évaluation de l'autonomie renseignée 5. Évaluation sociale renseignée 6. Évaluation psychologique renseignée 7. Projet thérapeutique renseigné 8. Participation ou accord du patient à son projet thérapeutique mentionné (si applicable) 9. Au moins une réunion pluri-professionnelle tracée 10. Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (si applicable) 11. Rédaction d'un traitement de sortie (si applicable) 12. Courrier de fin d'hospitalisation ou compte rendu d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval 13. Dossier organisé et classé
Références	La bonne tenue du dossier du patient est un élément important de la qualité et de la coordination des soins dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Le contenu du dossier médical est défini réglementairement dans le code de santé publique (article R 1112-1)^I. 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}. Il en est attendu un impact fort sur la qualité de la prise en charge des patients. Depuis 2009, le recueil de l'indicateur TDP est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité SSR dans le cadre de la procédure de certification V2010/V2014 (chapitre 2, référence 14, critère 14.a)^{XII}. En 2015, l'indicateur TDP a été actualisé avec un groupe de travail composé de professionnels en charge de l'actualisation des indicateurs du thème dossier patient en SSR.
Diffusion publique	Indicateur diffusé publiquement avec un objectif de performance à atteindre pour les établissements fixé à 80 %, soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées. Diffusion publique des résultats par établissement sur www.scopesante.fr
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 secondaires	Pas de critères d'exclusion secondaires pour l'indicateur.

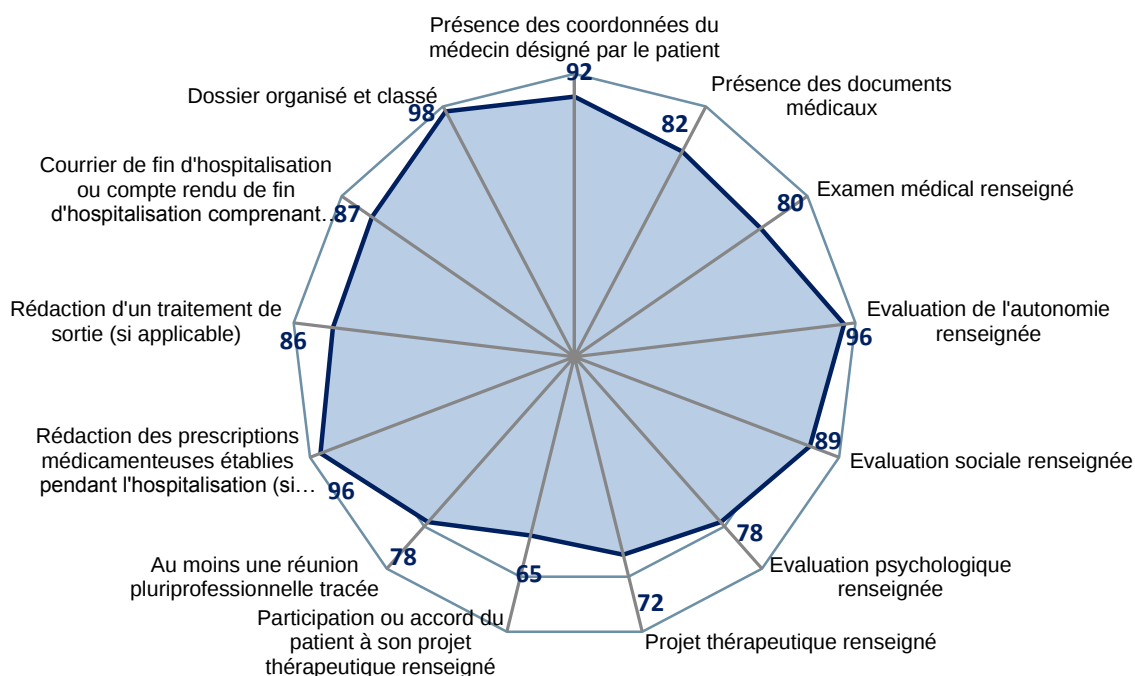
Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 1. Indicateur « Tenue du dossier patient » Version 1- Résultats de la campagne 2016 - données 2015

Campagne 2016 – données 2015		
Score moyen pondéré Le score moyen pondéré prend en compte le poids de chaque établissement SSR	86%	
Établissements avec plus de 30 dossiers	Nombre d'établissements	1 480
	Nombre de dossiers	113 675

Entre les 2 recueils, la moyenne nationale pondérée a progressé de 1 point (85% en 2014).

Figure 1. Indicateur « Tenue du dossier patient » Version 1- Campagne 2016 – données 2015 - Résultats détaillés des 13 critères composant le score



Les résultats des 13 critères composant l'indicateur se sont améliorés de 1 à 3 points ou sont restés stables entre les 2 campagnes.

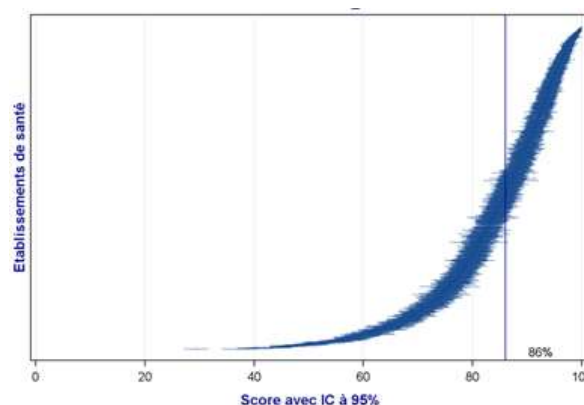
Pour ceux dont le taux était supérieur à 90% en 2014 – Présence des coordonnées du médecin désigné par le patient (92%), Évaluation de l'autonomie renseignée (96%), Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (si applicable) (94%), Dossier organisé (97%) –, la marge d'amélioration étant très faible, l'évolution du résultat ne peut être que faible.

Des marges d'amélioration subsistent pour les critères suivant : "Participation ou accord du patient à son projet thérapeutique" tracée dans 65% des dossiers, "Projet thérapeutique" dans 72%, "Évaluation psychologique" dans 78%, comme organisation d'"Au moins une réunion pluri-professionnelle".

Distribution des établissements en fonction de leur résultats

Tableau 2 et Graphique 1. Indicateur « Tenue du dossier patient » Version 1 - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2016 - données 2015

ES avec plus de 30 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre d'ES	1 480
Nombre de dossiers	113 675
Min d'ES	29 %
1 ^{er} quartile	81 %
Médiane	87 %
3 ^e quartile	93 %
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,

La médiane à 87 % indique que la moitié des établissements tracent les informations nécessaires à la qualité de la «Tenue du dossier patient» dans près de 9 dossiers sur 10. Le graphique montre encore une dispersion des établissements, ce qui est confirmé par les résultats présentés dans le tableau. Certains établissements retrouvent ces informations dans moins de 3 dossiers sur 10 ; dans d'autres, tous les dossiers analysés comportent ces informations.

Classement des établissements

Classement des établissements en fonction de l'objectif de performance

Tableau 3. Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %

	Indicateur : « Tenue du dossier patient » Version 1						
	Classe A (+)		Classe B (=)		Classe C (-)		Total
Données	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	N
2013	808	58,3%	245	17,7%	334	24,1%	1 387
2015	915	61,8%	255	17,2%	310	20,9%	1 480

Le nombre d'établissements ayant atteint ou dépassé l'objectif national de performance de 80 % est passé de 1 053 à 1 170 entre 2014 et 2016, ce qui représente plus de 79 % des établissements SSR ayant participé au recueil.

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

Tableau 4. Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016)

	Indicateur : « Tenue du dossier patient » Version 1						Total
							
Données	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	N
2015	561	42,5%	386	29,3%	372	28,2%	1 319

Parmi les 1 319 établissements qui ont réalisé les deux dernières campagnes, 42,5 % ont augmenté significativement leurs résultats entre les deux campagnes. En 2016, 372 établissements (28,2 %) présentent de moins bons résultats qu'en 2014 (données 2013).

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Tenue du dossier patient » Version 1

- La moyenne nationale pondérée de l'indicateur "Tenue du dossier du patient" version 1 est de 86 % en 2016, elle a progressé de 1 point entre les 2 campagnes.
- Comme en 2014, les critères dont la traçabilité est à améliorer concernent :
 - l'élaboration d'un projet thérapeutique (72 %),
 - la participation du patient ou son accord à ce projet (65 %),
 - l'organisation d'une réunion pluriprofessionnelle (78 %),
 - l'évaluation psychologique (78 %).
- La variabilité inter-établissements persiste : les résultats des établissements de santé s'étendent de 29 % à 100 %.
- Plus de 79 % des établissements ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % des dossiers conformes.

Indicateur « Tenue du dossier du patient » Version 2

Description de l'indicateur

En 2015, l'indicateur TDP a été actualisé avec un groupe de travail composé de professionnels en charge de l'actualisation des indicateurs du thème dossier patient en SSR. Une nouvelle version (TDP 2 SSR) a été élaborée :

- Un dossier non retrouvé est une cause de non-conformité à l'indicateur. Dans la version précédente, un nouveau dossier de la liste de réserve était analysé.
- 2 critères ont été ajoutés – la recherche de la mention de la personne de confiance (Critère 14) et de la mention de la (des) personne(s) à prévenir (Critère 15).
- 1 critère a été retiré – dossier organisé et classé.

Définition	Cet indicateur évalue la tenue du dossier des patients hospitalisés. Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score est proche de 100. L'indicateur est calculé à partir de 15 critères au maximum : 1. Dossier retrouvé 2. Présence des coordonnées du médecin désigné par le patient (si applicable) 3. Présence des documents médicaux relatifs à l'admission 4. Examen médical d'entrée renseigné 5. Évaluation de l'autonomie renseignée 6. Évaluation sociale renseignée 7. Évaluation psychologique renseignée 8. Projet thérapeutique renseigné 9. Participation ou accord du patient à son projet thérapeutique mentionné (si applicable) 10. Au moins une réunion pluriprofessionnelle tracée 11. Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (si applicable) 12. Rédaction d'un traitement de sortie (si applicable) 13. Courrier de fin d'hospitalisation ou compte rendu d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval 14. Mention de la personne de confiance 15. Mention de la (des) personne(s) à prévenir
Références	La bonne tenue du dossier du patient est un élément important de la qualité et de la coordination des soins dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Le contenu du dossier médical est défini réglementairement dans le code de santé publique (article R 1112-1)^{I,XIII}. 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}. Il en est attendu un impact fort sur la qualité de la prise en charge des patients. Depuis 2009, le recueil de l'indicateur TDP est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité SSR dans le cadre de la procédure de certification V2010/V2014 (chapitre 2, référence 14, critère 14.a)^{XII}. En 2015, l'indicateur TDP a été actualisé avec un groupe de travail composé de professionnels en charge de l'actualisation des indicateurs du thème dossier patient en SSR.
Diffusion publique	Pas de diffusion publique en 2016

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 secondaires	Pas de critères d'exclusion secondaires pour l'indicateur.

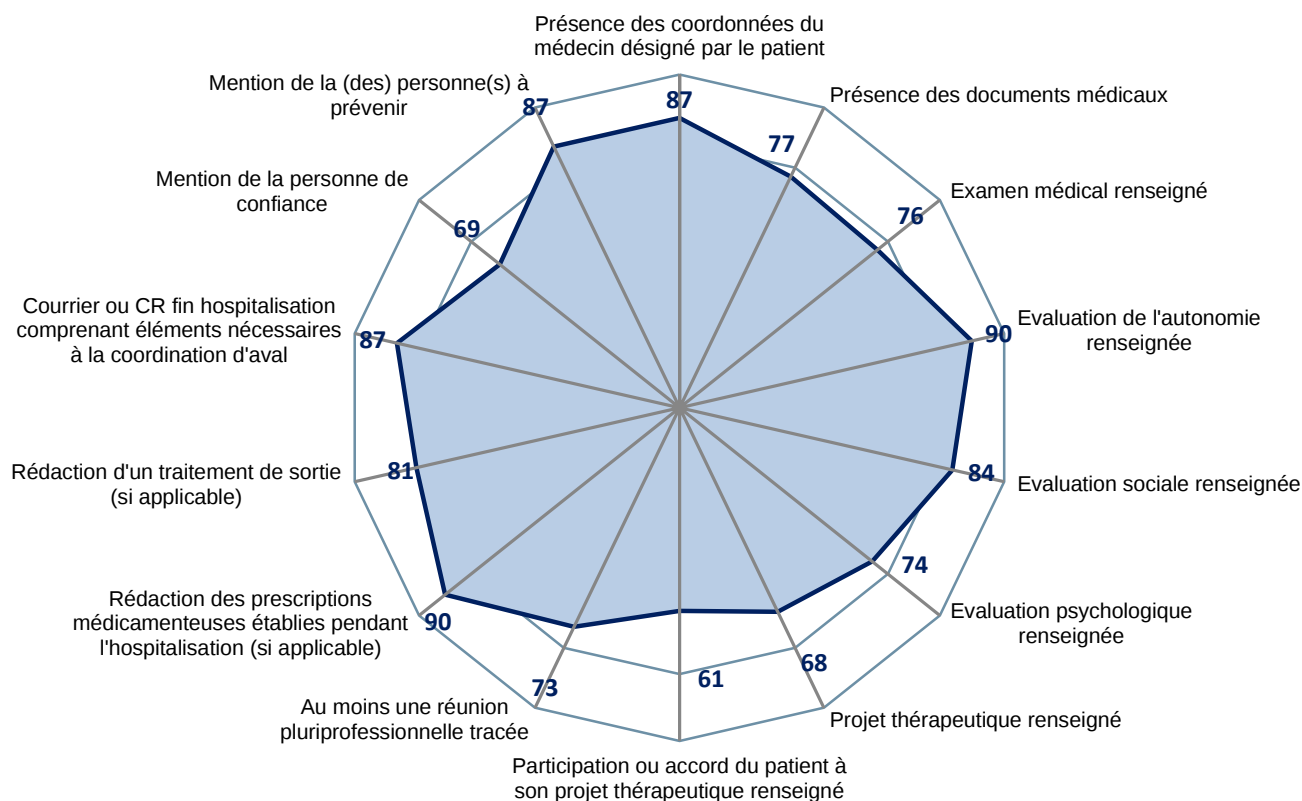
Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 5. Indicateur « Tenue du dossier du patient » Version 2- Résultats de la campagne 2016 - données 2015

Campagne 2016 – données 2015		
Score moyen pondéré Le score moyen pondéré prend en compte le poids de chaque établissement SSR	84 %	
Établissements avec plus de 30 dossiers	Nombre d'établissements	1 481
	Nombre de dossiers	113 756

Cet indicateur est recueilli pour la première fois en 2016 et ne sera pas en diffusion publique. La moyenne nationale pondérée à 84 % est un peu inférieure à celle de la version 1, qui est à 86 %.

Figure 6. Indicateur « Tenue du dossier du patient » Version 2 - Campagne 2016 – données 2015 - Résultats détaillés des 15 critères composant le score



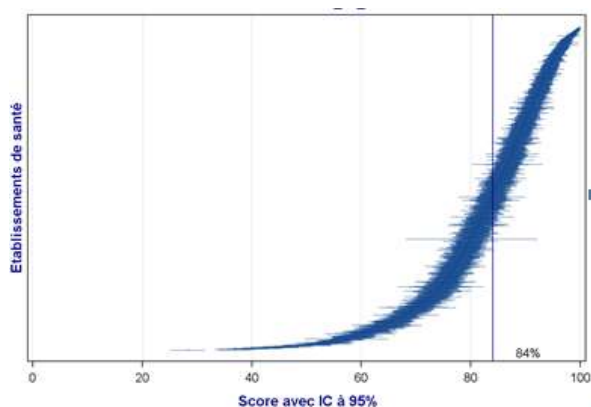
La mention de la personne de confiance est présente dans 69% des dossiers, il s'agit de retrouver les nom, prénom, téléphone ou adresse de la personne de confiance, ou l'absence de désignation de cette personne. Ce critère présente des marges d'améliorations importantes.

La mention de la ou des personnes à prévenir est retrouvée dans 87% des dossiers, les nom, prénom, téléphone ou adresse de la ou des personnes à prévenir doivent être retrouvés dans le dossier. Ce critère peut être amélioré.

Distribution des établissements en fonction de leur résultats

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

ES avec plus de 30 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre d'ES	1 481
Nombre de dossiers	113 756
Min d'ES	28 %
1 ^{er} quartile	79 %
Médiane	86 %
3 ^e quartile	91 %
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,

La médiane à 86 % indique que la moitié des établissements tracent les informations nécessaires à la qualité de la «Tenue du dossier patient» dans près de 9 dossiers sur 10. Le graphique montre une dispersion des établissements : certains établissements retrouvent ces informations dans moins de 3 dossiers sur 10, dans d'autres, tous les dossiers analysés comportent ces informations.

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

- La moyenne nationale pondérée de l'indicateur "Tenue du dossier du patient" version 2 est de 84 % en 2016. La modification de l'indicateur a fait diminuer de 2 points la moyenne pondérée de l'indicateur par rapport à la version 1.
- La traçabilité des personnes à prévenir et en particulier la traçabilité de la personne de confiance sont à améliorer.
- Et, comme précisé pour la version 1 de l'indicateur, les critères dont la traçabilité est à améliorer concernent :
 - l'élaboration d'un projet thérapeutique (72 %),
 - la participation du patient ou son accord à ce projet (65 %),
 - l'organisation d'une réunion pluri professionnelle (78 %),
 - l'évaluation psychologique (78 %).
- La variabilité inter-établissements est importante, elle s'étend de 28 % à 100 % des dossiers conformes.
- La moitié des établissements ont 86% de leurs dossiers conformes.

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

Description de l'indicateur

Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la qualité et le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation.
Références	Le courrier de fin d'hospitalisation, document signé par un médecin de l'établissement et adressé au médecin de ville ou à la structure de transfert, ou encore remis au patient le jour de sa sortie, est un élément clé de la continuité des soins. Il résume les conclusions de l'hospitalisation et établit des préconisations de prise en charge après la sortie afin d'assurer une bonne coordination « hôpital/ville » ou « hôpital/structure de transfert ». En cas de mutation, les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins doivent être retrouvés dans le dossier^I. Depuis 2009, le recueil de l'indicateur Délai d'Envoi du Courrier (DEC) est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité SSR dans le cadre de la procédure de certification V2010^{XII}. 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^{XIV}.
Diffusion publique	Indicateur diffusé publiquement avec un objectif de performance à atteindre pour les établissements fixé à 80 %, soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées. Diffusion publique des résultats par établissement sur www.scopesante.fr
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 qualitatifs indispensables à la continuité des soins.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Critères d'exclusion secondaires	Séjours de patients décédés au cours du séjour 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 SSR	80 %	
Établissements avec plus de 10 dossiers	Nombre d'établissements	1 515
	Nombre de dossiers	112 484

Entre les 2 recueils, la moyenne pondérée à 80 % a progressé de 1 point par rapport à 2014.

Les causes de non-conformité à l'indicateur sont les suivantes :

Tableau 9. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » - Détail des causes de non-conformité à l'indicateur - Résultats de la campagne 2016 - données 2015

Critères de l'indicateur « Délai d'envoi du courrier »	2014	2016
• Courrier de fin d'hospitalisation non retrouvé	5%	5%
• Courrier de fin d'hospitalisation retrouvé, mais réalisé dans un délai de plus de 8 jours après la sortie du patient	12%	10%
• Courrier de fin d'hospitalisation retrouvé et réalisé dans les 8 jours après la sortie du patient, mais ne comportant pas l'ensemble des éléments nécessaires à la coordination	8%	7%
▸ Identité du médecin destinataire non retrouvée	3%	4%
▸ Dates d'entrée et/ou de sortie non retrouvées	3%	2%
▸ Synthèse du séjour, contenu médical de la prise en charge, non retrouvée	1%	1%
▸ Trace écrite d'un traitement de sortie non retrouvée	3%	3%

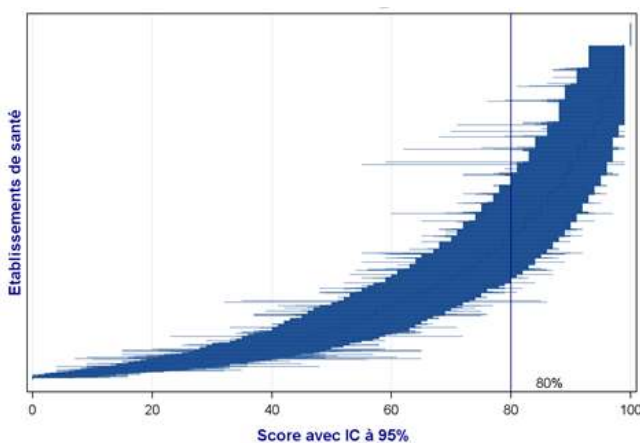
Tableau 10. Nombre de séjours exclus spécifiquement du calcul de l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation »

Exclusions spécifiques	Nombre
Séjours de patients décédés ou mutés	7 949 dossiers exclus

Distribution des établissements en fonction de leur résultats

Tableau 11 et Graphique 3. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2016 - données 2015

ES avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre d'ES	1 515
Nombre de dossiers	112 484
Min d'ES	0 %
1 ^{er} quartile	71 %
Médiane	86 %
3 ^e quartile	95 %
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,

La médiane à 86 % indique que, dans la moitié des établissements, près de 9 dossiers sur 10 comportent un courrier de sortie adressé au médecin traitant dans un délai de moins de 8 jours. Le graphique montre une grande dispersion des établissements : certains établissements ne retrouvent ces informations dans aucun dossier, dans d'autres, tous les dossiers analysés comportent ces informations.

Classement des établissements

Classement des établissements en fonction de l'objectif de performance

Tableau 12. Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %

Données	Indicateur : Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation						
	Classe A (+)		Classe B (=)		Classe C (-)		Total
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
2013	552	39,3%	445	31,7%	407	29%	1 404
2015	616	40,7%	491	32,4%	408	26,0%	1 515

Le nombre d'établissements ayant atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % est passé de 997 à 1 107 entre 2014 et 2016, ce qui représente plus de 73 % des établissements SSR.

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

Tableau 13. Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016)

	Indicateur : Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation						Total
							
Données	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	N
2015	337	25,2%	761	56,8%	241	18%	1 339

Parmi les 1 339 établissements qui ont réalisé les deux dernières campagnes, 25,2 % ont augmenté significativement leurs résultats entre les deux campagnes. En 2016, 241 établissements (18 %) présentent de moins bons résultats qu'en 2014.

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

- La moyenne nationale pondérée de l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation" est de 80 % en 2016. Elle a progressé de 1 point entre les 2 campagnes.
 - Ainsi, dans 80 % des dossiers de patient pris en charge en SSR, un courrier de fin d'hospitalisation comportant les éléments nécessaires à la continuité des soins est adressé au médecin désigné par le patient dans les 8 jours suivant sa sortie.
 - L'effort d'amélioration doit continuer à porter sur le délai d'envoi du courrier. Le taux de courrier adressé dans un délai de 8 jours suivant la sortie s'est amélioré de 2 points entre les 2 recueils.
- La variabilité inter-établissements persiste : les résultats des établissements de santé s'étendent de 0 % à 100 %.
- Plus de 73 % des établissements ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % de dossiers conformes. En 2016 ce sont 110 établissements de plus qu'en 2014.
- Entre les 2 campagnes plus de 25% des établissements ont amélioré significativement le résultat de cet indicateur, près de 57% ont un résultat stable et 18% ont dégradé leur résultat.

Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels »

Description de l'indicateur

Définition	Cet indicateur évalue le dépistage des troubles nutritionnels au cours des 7 premiers jours du séjour chez le patient adulte. Il est composé de trois niveaux donnant lieu au calcul de trois mesures distinctes, présentées sous la forme d'un taux.
Références	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^{xv}. Depuis 2009, le recueil de l'indicateur DTN est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité SSR dans le cadre de la procédure de certification^{xii}. La conception de cet indicateur a été réalisée dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les concepteurs^{xv}.
Diffusion publique	Niveau 1 de l'indicateur diffusé publiquement, avec un objectif de performance à atteindre pour les établissements fixé à 80 %, soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées. Diffusion publique des résultats par établissement sur www.scopesante.fr
Type d'indicateur	Indicateur de processus Pas d'ajustement sur le risque
Numérateur	Nombre de séjours de patients adultes pour lesquels : Niveau 1 : Une notification du poids est retrouvée dans le dossier à l'admission* ET une mesure de suivi du poids est notée dans le dossier dans les 15 jours suivant la première mesure. Niveau 2 : Niveau 1 + [un calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) est noté dans le dossier à l'admission* OU une mention de la variation du poids avant l'hospitalisation est notée dans le dossier à l'admission*]. Niveau 3 : Niveau 1 + un calcul de l'IMC ET une mention de la variation du poids avant l'hospitalisation sont notés dans le dossier à l'admission*. *L'admission correspond aux 7 premiers jours du séjour.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Critères d'exclusion secondaires	Pas de critères d'exclusion secondaires.

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 14. 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 SSR		85 %	80 %	50 %
Établissements avec plus de 10 dossiers	Nombre d'établissements	1 503	1 503	1 503
	Nombre de dossiers	113 110	113 110	113 110

Niveau 1 : Entre les 2 recueils, les résultats de la moyenne pondérée (85 %) ont progressé de 4 points par rapport à 2014.

Niveau 2 : Entre les 2 recueils, les résultats de la moyenne pondérée (74 %) ont progressé de 6 points par rapport à 2014.

Niveau 3 : Entre les 2 recueils, les résultats de la moyenne pondérée (50 %) ont progressé de 6 points par rapport à 2014.

Résultats complémentaires

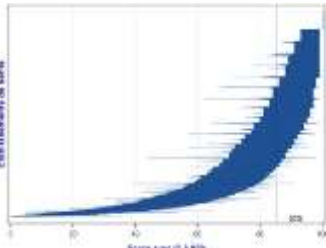
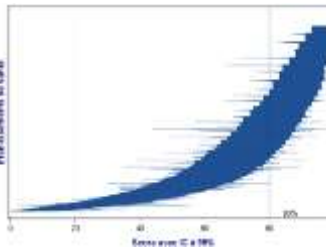
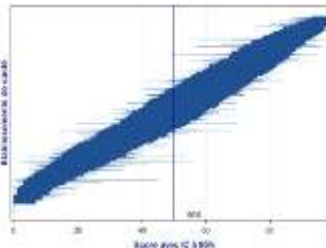
Détails des non-conformités :

Critères de l'indicateur "Dépistage des troubles nutritionnels"	2014	2016
• Poids non retrouvé dans le dossier dans les 7 premiers jours suivant l'admission	5%	5%
• Poids noté dans le dossier dans les 7 premiers jours suivant l'admission retrouvé, mais absence de mesure du poids dans les 15 jours suivant la première mesure	14%	11%
• Variation du poids avant l'hospitalisation non retrouvée	47%	44%
• Mesure de l'IMC non retrouvée	18%	15%

Entre les 2 recueils, le taux de dossiers comportant une mesure du poids dans les 8 jours suivant le début de la prise en charge reste stable à 95 %. Le suivi du poids dans les 15 jours suivant la première mesure, à 89 %, s'améliore de 3 points entre les 2 recueils, comme l'IMC qui est tracée dans 85 % des dossiers. La traçabilité de la variation du poids avant l'hospitalisation est de 56 %.

Distribution des établissements en fonction de leur résultats

Tableau 15 et Graphique 4. Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » - 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	1 503	1 503	1 503
Nombre de dossiers	113 110	113 110	113 110
Min d'ES	0 %	0 %	0 %
1 ^{er} quartile	79 %	71%	24%
Médiane	90 %	85%	53%
3 ^e quartile	96 %	94%	76%
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.			

La médiane indique que la moitié des établissements réalisent un dépistage des troubles nutritionnels :

- par la surveillance du poids à l'entrée et dans les 15 jours suivant la première mesure (niveau 1) dans 9 dossiers sur 10,
- que le dossier comporte également un calcul de l'IMC ou la variation du poids avant l'hospitalisation (niveau 2) dans plus de 8 dossiers sur 10,
- que l'ensemble de ces éléments (niveau 3) est présent dans plus de 5 dossiers sur 10.

Classement des établissements

Classement des établissements en fonction de l'objectif de performance

Tableau 16. Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %

	Indicateur : Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1						
	Classe A (+)		Classe B (=)		Classe C (-)		Total
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
Données 2013	605	43,3	492	35,2	299	21,4	1 396
2015	751	50%	515	34,3%	237	15,8%	1 503

Seul le niveau 1 fait l'objet d'une diffusion publique. Le nombre d'établissements ayant atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % est passé de 1 097 à 1 266 entre les campagnes 2014 et 2016, ce qui représente plus de 84 % des établissements SSR. Le nombre d'établissements ayant atteint ou dépassé l'objectif de performance est de 169 de plus en 2016 qu'en 2014.

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

Tableau 17. Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016)

	Indicateur : Dépistage des troubles nutritionnels						
							Total
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
Données 2015							
Niveau 1	322	24,2%	812	61%	197	14,8%	1 331
Niveau 2	406	30,5%	710	53,3%	215	16,2%	1 331
Niveau 3	455	34,2%	604	45,4%	272	20,4%	1 331

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

- La moyenne nationale pondérée de l'indicateur "Dépistage des troubles nutritionnels"
 - Niveau 1 - notification du poids à l'admission et suivi du poids dans les 15 jours suivant la première mesure est de 85 % en 2016. La moyenne pondérée a progressé de 4 points entre les 2 campagnes.
 - Niveau 2 - notification du poids à l'admission et suivi du poids dans les 15 jours suivant la première mesure et calcul de l'IMC ou de la variation du poids avant l'hospitalisation est de 80 %. La moyenne pondérée a progressé de 6 points entre les 2 campagnes.
 - Niveau 3 - notification du poids à l'admission et suivi du poids dans les 15 jours suivant la première mesure et calcul de l'IMC et de la variation du poids avant l'hospitalisation est de 50 %. La moyenne pondérée a progressé de 6 points entre les 2 campagnes.
- L'effort d'amélioration doit particulièrement porter sur la traçabilité de la variation du poids avant l'hospitalisation.
- La variabilité inter-établissements persiste pour les 3 niveaux : les résultats des établissements de santé s'étendent de 0 % à 100 %.
- Pour le niveau 1, plus de 84 % des établissements ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % des dossiers conformes.
- Pour le niveau 1, entre les 2 campagnes, plus de 24 % des établissements ont amélioré le résultat de l'indicateur, 61 % ont un résultat stable et près de 15 % ont dégradé leur résultat.

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 dans le dossier du patient de l'évaluation de la douleur avec une échelle.
Références	La prise en charge de la douleur est une priorité de santé publique (Plan douleur 2006-2010)^{XVI}. 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). Il est reconnu et admis de tous qu'afin de mieux dépister, quantifier et suivre l'évolution de la douleur ressentie, il est nécessaire d'utiliser des méthodes fiables et reproductibles. Les évaluations de la douleur doivent donc être effectuées à l'aide d'échelles validées. Depuis 2009, le recueil de l'indicateur TRD est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité SSR dans le cadre de la procédure de certification^{XII}. 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^{XIV}.
Diffusion publique	Indicateur diffusé publiquement avec un objectif de performance à atteindre pour les établissements fixé à 80 %, soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées. Diffusion publique des résultats par établissement sur www.scopesante.fr
Type d'indicateur	Indicateur de processus Pas d'ajustement sur le risque
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels il existe : au moins un résultat de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du patient non algique ; OU au moins deux résultats de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du patient algique.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Critères d'exclusion secondaires	-

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 18 et Graphique 5. 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 SSR	89 %	
Établissements avec plus de 10 dossiers	Nombre d'établissements	1 516
	Nombre de dossiers	114 414

Entre les 2 recueils, la moyenne nationale pondérée (89 %) a progressé de 6 points par rapport à 2014 (données 2013).

Résultats complémentaires

Détails des non-conformités :

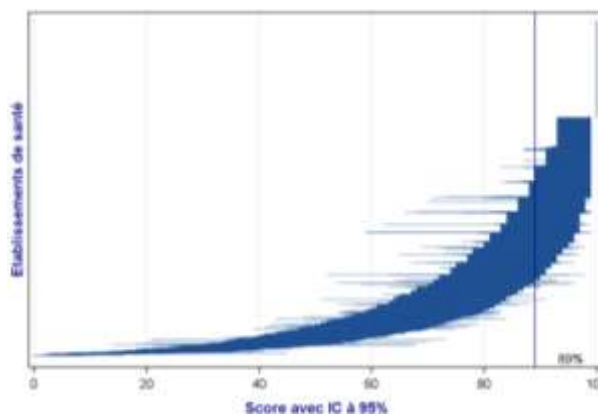
Critères de l'indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels »	2014	2016
• Aucune mesure diagnostique de la douleur	4%	3%
• Une mesure diagnostique de la douleur sans échelle	6%	4%
• Une mesure diagnostique de la douleur avec échelle, mais pas de mesure de suivi chez le patient algique	4%	3%
• Une mesure diagnostique de la douleur avec échelle et mesure du suivi, mais sans échelle chez le patient algique	3%	2%

Dans 73 % des dossiers de patients algiques (mesure diagnostique de la douleur), on retrouve une mesure de suivi de celle-ci. Dans les deux cas, une échelle est utilisée.

Distribution des établissements en fonction de leur résultats

Tableau 19 et Graphique 6. 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	1 516
Nombre de dossiers	114 414
Min d'ES	0 %
1 ^{er} quartile	85 %
Médiane	95 %
3 ^e quartile	100 %
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,

La médiane à 95 % indique que la moitié des établissements réalisent une évaluation de la douleur dans plus de 9 dossiers sur 10. Le graphique objective qu'un nombre limité d'établissements présente des résultats inférieurs à l'objectif de performance, ce qui est confirmé par les résultats présentés dans le tableau. Certains établissements ne retrouvent ces informations dans aucun dossier ; dans d'autres, tous les dossiers analysés comportent ces informations.

Classement des établissements

Classement des établissements en fonction de l'objectif de performance

Tableau 20. Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %

	Indicateur : Traçabilité de l'évaluation de la douleur						
	Classe A (+)		Classe B (=)		Classe C (-)		
Données	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Total
2013	751	53,5	362	25,8	291	20,7	1 404
2015	981	64,7%	345	22,8%	190	12,5%	1 516

Le nombre d'établissements ayant atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % est passé de 1 113 à 1 326 entre 2014 et 2016, ce qui représente plus de 87 % des établissements SSR.

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

Tableau 21. Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016)

	Indicateur : Traçabilité de l'évaluation de la douleur						Total
							
Données	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	N
2015	395	29,5%	793	59,2%	151	11,3%	1 339

Parmi les 1 339 établissements qui ont réalisé les deux dernières campagnes, 29,5 % ont augmenté significativement leurs résultats entre les deux campagnes. En 2016, 151 établissements (11,3 %) présentent de moins bons résultats qu'en 2014.

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 89 % en 2016, soit une progression de 6 points entre les 2 campagnes.
- Ainsi, dans 89 % des dossiers de patients pris en charge en SSR, la douleur a fait l'objet d'une évaluation avec une échelle, et, pour les patients algiques, une seconde évaluation a été réalisée également avec une échelle.
- La variabilité inter-établissements persiste : les résultats des établissements de santé s'étendent de 0 % à 100 %.
- Plus de 87 % des établissements ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % des dossiers conformes.
- Entre les 2 campagnes, plus de 29 % des établissements ont amélioré le résultat de cet indicateur ; plus de 59 % ont un résultat stable ; et plus de 11 % ont dégradé leur résultat.

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 7 jours suivant l'admission chez le patient adulte.
Références	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 »^{xvii}. La prévention est primordiale pour réduire l'incidence des escarres. La mise en place de mesures générales de prévention commence dès l'identification des facteurs de risque et concerne l'ensemble des professionnels en contact avec le patient. Celle-ci s'effectue au moyen du jugement clinique associé à l'utilisation d'une échelle validée d'identification des facteurs de risque. Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs^{xiv}.
Diffusion publique	Pas de diffusion publique
Type d'indicateur	Indicateur de processus 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 7 jours suivant l'admission.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Critères d'exclusion secondaire	Patients âgés de moins 18 ans.

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 22 et Graphique 7. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre » - Résultats de la campagne 2016 - données 2015

Campagne 2016 – données 2015		
Moyenne nationale pondérée	81 %	
La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement SSR		
Établissements avec plus de 10 dossiers	Nombre d'établissements	1 404
	Nombre de dossiers	106 422

Entre les 2 recueils, la moyenne pondérée (81 %) a progressé de 3 points par rapport à 2014.

Cet indicateur est optionnel, les établissements le recueillent s'ils le souhaitent.

Résultats complémentaires

Sur les 1 516 établissements SSR ayant participé au recueil des indicateurs « Dossier du patient en SSR », 1 411 ont réalisé le recueil de cet indicateur, soit 93 %, dont 1 404 ont analysé plus de 10 dossiers. En 2014, 1 283 établissements avaient recueilli cet indicateur, soit 91 % des établissements participants.

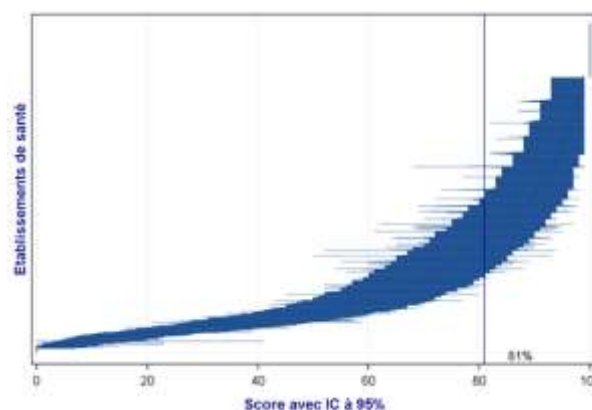
Détails des non-conformités :

Critères de l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre »	2014	2016
• Évaluation du risque d'escarre non retrouvée	19%	17%
• Évaluation retrouvée, mais absence de conclusion du risque d'escarre pour le patient	4%	3%

Distribution des établissements en fonction de leur résultats

Tableau 23 et Graphique 8. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2016 - données 2015

ES avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre d'ES	1 404
Nombre de dossiers	106 422
Min d'ES	0 %
1 ^{er} quartile	74 %
Médiane	91 %
3 ^e quartile	98 %
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.

La médiane à 91 % indique que, dans la moitié des établissements de santé, une évaluation du risque d'escarre est retrouvée dans plus de 9 dossiers sur 10. Le graphique présente une grande dispersion des établissements. Certains établissements ne retrouvent ces informations dans aucun dossier ; dans d'autres, tous les dossiers analysés comportent ces informations.

Classement des établissements

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

Tableau 24. Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016)

	Indicateur : « Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre »						Total
							
Données	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	N
2015	321	27,1	689	58,2	174	14,7	1 184

Parmi les 1 184 établissements qui ont réalisé les deux dernières campagnes, 27,1 % ont augmenté significativement leurs résultats entre les deux campagnes. En 2016, 174 établissements (14,7 %) présentent de moins bons résultats qu'en 2014.

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

- La moyenne nationale pondérée de l'indicateur "Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre", c'est-à-dire trace dans le dossier d'une évaluation du risque d'escarre et sa conclusion dans les 7 jours suivant l'admission, est de 81 % en 2016. La moyenne pondérée de l'indicateur a progressé de 3 points entre les 2 campagnes.
- Sur les 1 516 établissements ayant participé au recueil des indicateurs, 1 411 (93 %) ont recueilli cet indicateur, ce qui représente 128 établissements de plus qu'en 2014.
- La variabilité inter-établissements persiste : les résultats des établissements de santé s'étendent de 0 % à 100 %.
- Plus de 87 % des établissements ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % des dossiers conformes.
- Entre les 2 campagnes, plus de 27 % des établissements ont amélioré le résultat de cet indicateur, plus de 58 % ont un résultat stable et près de 15 % ont dégradé leur résultat.

Bilan et perspectives

Le dossier du patient en SSR a fait l'objet d'une évaluation pour la cinquième fois dans le cadre d'une campagne nationale pilotée par la HAS.

Ce rapport présente les résultats de l'analyse de dossiers de patients hospitalisés dans un établissement de soins de suite et de réadaptation entre le 1er mai et le 31 octobre 2015. Le recueil s'est déroulé de mars à fin juin 2016.

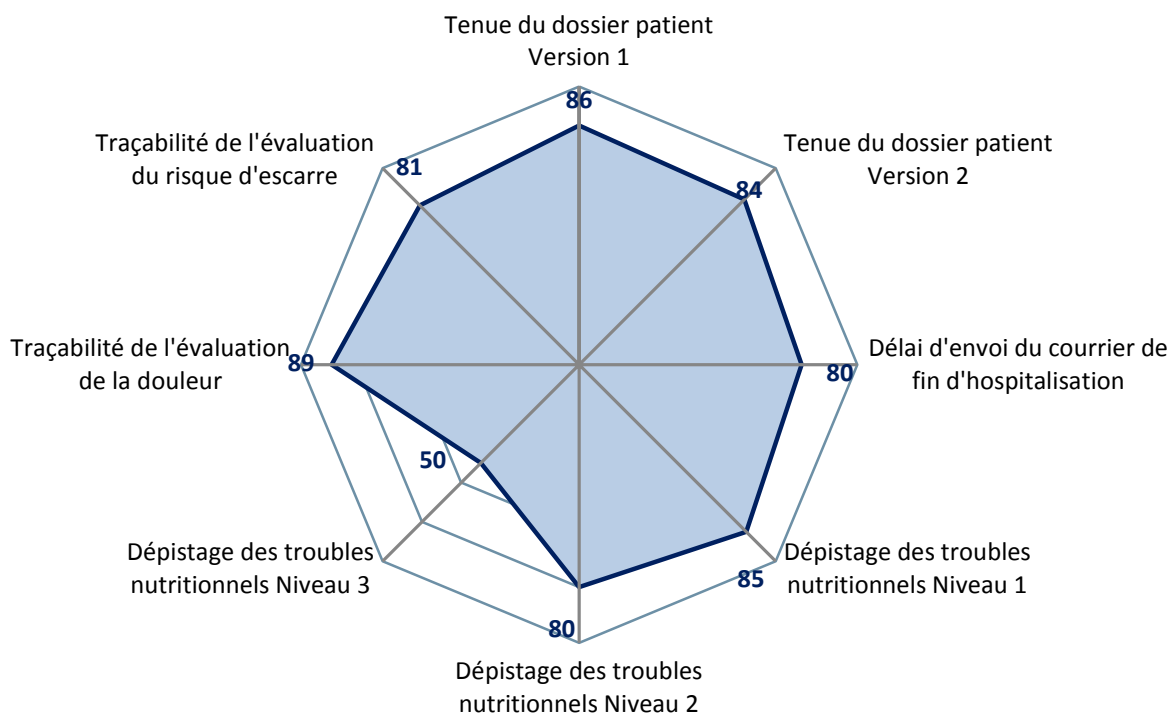
En 2016, la participation des établissements a été très importante

- 1 516 établissements ont participé à la campagne de recueil.
- Près de 100 % de participation.

Les indicateurs généralisés sont pertinents :

- La variabilité inter-établissements persiste pour tous les indicateurs.
- Entre les 2 campagnes, les résultats des établissements ont progressé de 1 à 6 points, selon les indicateurs.
- La plupart des indicateurs présentent une moyenne pondérée supérieure ou égale à 80 % de dossiers répondant aux critères de qualité.
- Les résultats objectivent encore une marge d'amélioration pour de nombreux établissements.

Résultats des indicateurs



- Fondamental pour assurer le suivi des patients, la coordination et la continuité des soins, le dossier du patient doit comporter l'ensemble des informations nécessaires à ces objectifs.

L'indicateur "**Tenue du dossier du patient**" est présenté en 2 versions. La version 1 est composée de critères recueillis depuis plusieurs années et permet de présenter une évolution des résultats. Entre les 2 campagnes, le score a évolué d'un point, pour atteindre la moyenne nationale pondérée de 86 %. Il est à noter que 79 % des établissements ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 %. La version 2 comporte, en plus des items de la première version, la trace des coordonnées de la personne de confiance (69 % de conformité) et des personnes à prévenir (87 % de conformité). La marge d'amélioration pour cet indicateur est peu importante, même si certains critères doivent progresser.

- Le courrier de fin d'hospitalisation doit être adressé au médecin désigné par le patient dès sa sortie, afin de permettre la continuité des soins dans les meilleures conditions pour le patient. En janvier 2016, l'obligation s'est renforcée : une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins, destinée au médecin traitant et au médecin ayant adressé le patient à l'établissement, doit être remise au patient ou avec son accord à la personne de confiance².

L'indicateur "**Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation**" présente une moyenne pondérée nationale à 80 %. Entre les 2 campagnes, ce score s'est amélioré de 1 point. Il est à noter que 73 % des établissements ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 %.

- De nombreuses personnes dans la population française adulte présentent un surpoids, et les personnes âgées, quant à elles, peuvent être dénutries. Une hospitalisation en Soins de suite et réadaptation peut être un moment privilégié pour commencer un régime alimentaire plus adapté aux besoins de la personne.

L'indicateur "**Dépistage des troubles nutritionnels**" comporte plusieurs niveaux, avec des exigences croissantes. Le premier niveau comporte 2 mesures du poids, la première dans les 7 jours après l'admission et la seconde dans les 15 jours suivant la première mesure ; la moyenne nationale pondérée est à 85 %. Le second niveau, qui comporte soit une mesure de l'IMC ou une mention de la variation du poids en complément des 2 mesures du poids, présente une moyenne pondérée de 80 %. Le troisième niveau, qui, lui, doit comporter les 4 items, présente une moyenne pondérée de 50 %.

- La prise en charge en Soins de suite et réadaptation comporte des soins de rééducation. La douleur peut être un frein à la rééducation, et donc un frein à la récupération des fonctions.

L'indicateur "**Traçabilité de l'évaluation de la douleur**" présente une moyenne pondérée nationale à 89 %. Entre les 2 campagnes, ce score a progressé de 6 points, et 87 % des établissements ont atteint ou dépassé l'objectif de performance fixé à 80 %.

- En Soins de suite et réadaptation, de nombreux patients peuvent être limités dans les déplacements, voire être alités sur de longues périodes de la journée ; ils peuvent développer des escarres. Les escarres peuvent entraîner des douleurs et représenter un frein au suivi de la rééducation.

L'indicateur "**Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre**" présente une moyenne nationale pondérée à 81 %. Entre les 2 campagnes, ce score a progressé de 3 points. Le nombre d'établissements ayant réalisé le recueil de cet indicateur, qui est optionnel, est de 1 411, soit 128 de plus qu'en 2014. Ce sont 93 % des établissements ayant réalisé la campagne qui ont participé au recueil de cet indicateur.

Axes d'amélioration

Au regard des résultats de la campagne de recueil des indicateurs de 2016, plusieurs axes d'amélioration peuvent être proposés :

- L'élaboration d'un projet thérapeutique avec le patient et/ou son entourage sont des éléments fondamentaux pour la réussite de la rééducation et la garantie d'une meilleure récupération en vue de la sortie du patient de SSR. En 2016, les résultats de cet item objectivent encore une insuffisance de traçabilité du projet thérapeutique et de l'implication du patient ou de ses proches dans ce projet.

² Code de la Santé Publique : article R 1112-1 modifié par la loi du n°2016-41 du 26 janvier 2016 ; article L.1111-2 ; article L.1111-6, à la personne de confiance.

- La réunion pluriprofessionnelle favorise la prise en charge concertée et coordonnée entre les différents professionnels intervenant auprès du patient. Ces réunions sont encore insuffisamment tracées dans le dossier du patient en SSR.
- La traçabilité des coordonnées d'une personne de confiance, désignée par le patient, qui pourra être consultée par les médecins lorsqu'il n'est plus en état de donner son avis, est une disposition du code de santé publique depuis 2005. Il revient aux professionnels dans les établissements de demander aux patients s'ils ont désigné une personne de confiance, et le cas échéant de leur expliquer l'intérêt de cette démarche.
- La traçabilité de l'envoi du courrier au médecin adresseur et au médecin traitant doit être une priorité. La lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins, rédigée par le médecin de l'établissement en charge du patient, doit être remise au patient le jour de sa sortie.
- La variation du poids avant l'hospitalisation est insuffisamment tracée dans le dossier : ce critère permet d'identifier soit une dénutrition, un amaigrissement ou une prise de poids qui doivent être considérés comme des signes d'alerte et engager les professionnels à en rechercher les causes.
- Les patients hospitalisés en SSR sont majoritairement âgés et présentent pour beaucoup des pathologies limitant la marche. L'évaluation du risque d'escarres et sa traçabilité, pour cette population, sont fondamentales afin de mettre en œuvre une prévention adaptée.

Informations complémentaires

Le taux d'informatisation des dossiers continue de progresser entre les deux recueils, que les dossiers soient totalement informatisés (37 % en 2016, versus 29 % en 2014), ou qu'ils le soient partiellement. Le taux de dossiers non informatisés a baissé de 7 points entre les deux recueils.

Les dossiers des professionnels intervenant auprès des patients sont informatisés dans 52 % à 65 % des dossiers (psychologues 52 %, Travailleurs sociaux 58 %, kinésithérapeute et ergothérapeute 61 %, infirmiers 65 % et observations médicales 62 %). Les prescriptions médicamenteuses sont informatisées dans 94 % des dossiers.

Le courrier de fin d'hospitalisation est informatisé dans 75 % des établissements.

Les résultats des examens complémentaires restent faiblement informatisés, à 46 %.

Résultats 2016 du contrôle qualité du recueil des indicateurs du thème « Dossier patient en soins de suite et réadaptation » dans le cadre de l'orientation nationale d'inspection contrôle (ONIC)

Résultats du contrôle qualité du recueil

16 ARS sur les 17 ARS ont participé à l'ONIC 2016.

Au total, 1516 établissements ont participé à la campagne nationale de recueil des indicateurs du thème « Dossier du patient en soins de suite et réadaptation » : parmi eux, 51 ont été contrôlés par une ARS (3,30%).

Indicateurs du thème « Dossier patient en soins de suite et de réadaptation »	Nombre d'établissements de santé dont le recueil est non validé par le contrôle*
Tenue du dossier du patient - Version 1	5 établissements (10 % total ES contrôlés)
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation	1 établissement (2 % total ES contrôlés)
Dépistage des troubles nutritionnel - Niveau 1	1 établissement (2 % total ES contrôlés)
Traçabilité de l'évaluation de la douleur	Aucun établissement

Conclusion :

- Pour 1 établissement, le contrôle réalisé par l'ARS n'a pas validé le recueil réalisé par l'établissement pour les indicateurs « Tenue du dossier du patient - Version 1 » et « Dépistage des troubles nutritionnel - Niveau 1 »,
- pour 1 établissement, le contrôle réalisé par l'ARS n'a pas validé le recueil réalisé par l'établissement pour les indicateurs « Tenue du dossier du patient - Version 1 » et « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation »
- et pour 3 établissements, le contrôle réalisé par l'ARS n'a pas validé le recueil réalisé par l'établissement pour l'indicateur « Tenue du dossier du patient - Version 1 ».

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 dont le recueil est issu des dossiers patients ne sont pas recalculés lorsque le recueil est « non validé » suite au contrôle réalisé par l'ARS. 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. Indicateur « Tenue du dossier patient » Version 1- Résultats de la campagne 2016 - données 2015	13
Tableau 2 et Graphique 1. Indicateur « Tenue du dossier patient » Version 1 - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2016 - données 2015	14
Tableau 3. Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %	14
Tableau 4. Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016).....	15
Tableau 5. Indicateur « Tenue du dossier du patient » Version 2- Résultats de la campagne 2016 - données 2015	17
Figure 6. Indicateur « Tenue du dossier du patient » Version 2 - Campagne 2016 – données 2015 - Résultats détaillés des 15 critères composant le score	18
Tableau 7 et Graphique 2. Indicateur « Tenue du dossier du 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	21
Tableau 9. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » - Détail des causes de non-conformité à l'indicateur - Résultats de la campagne 2016 - données 2015	21
Tableau 10. Nombre de séjours exclus spécifiquement du calcul de l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation »	21
Tableau 11 et Graphique 3. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2016 - données 2015	22
Tableau 12. Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %	22
Tableau 13. Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016).....	23
Tableau 14. Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » - Résultats de la campagne 2016 - données 2015	25
Tableau 15 et Graphique 4. Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2016 - données 2015	26
Tableau 16. Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %	27
Tableau 17. Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016).....	27
Tableau 18 et Graphique 5. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » - Résultats de la campagne 2016 - données 2015	30
Tableau 19 et Graphique 6. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2016 - données 2015	30
Tableau 20. Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %	31
Tableau 21. Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016).....	31
Tableau 22 et Graphique 7. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre » - Résultats de la campagne 2016 - données 2015	34
Tableau 23 et Graphique 8. Indicateur « Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2016 - données 2015	34
Tableau 24. Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016).....	35
Graphique 9. Répartition de l'âge des patients - Campagne 2016 - données 2015	47

Graphique 10. Sexe du patient - Campagne 2016 - données 2015	47
Graphique 11. Répartition des dossiers par motif de prise en charge – Campagne 2016 – données 2015	48
Tableau 25. Répartition du nombre d'établissements en fonction des indicateurs - Campagne 2016 - données 2015	49
Tableau 26. Distribution par rapport à la moyenne nationale pondérée – Campagne 2016 - données 2015	49
Tableau 27. Indicateur Tenue du dossier du patient - Version 1 – Campagne 2016 – données 2015 - Moyennes régionales (en %)	50
Tableau 28. Indicateur Tenue du dossier du patient - Version 2 – Campagne 2016 – données 2015 - Moyennes régionales (en %)	51
Tableau 29. Indicateur Délai d'envoi du courrier – Campagne 2016 – données 2015 - Moyennes régionales (en %)	52
Tableau 30. Indicateur Dépistage des troubles de la nutrition - Niveau 1 – Campagne 2016 – données 2015 - Moyennes régionales (en %)	53
Tableau 31. Indicateur Dépistage des troubles de la nutrition - Niveau 2 – Campagne 2016 – données 2015 - Moyennes régionales (en %)	54
Tableau 32. Indicateur Dépistage des troubles de la nutrition - Niveau 3 – Campagne 2016 – données 2015 - Moyennes régionales (en %)	55
Tableau 33. Indicateur Traçabilité de l'évaluation de la douleur – Campagne 2016 – données 2015 - Moyennes régionales (en %)	56
Tableau 34. Indicateur Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre – Campagne 2016 – données 2015 - Moyennes régionales (en %)	57
Tableau 35. Indicateur Tenue du dossier du patient - Version 1 – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %)	58
Tableau 36. Indicateur Tenue du dossier du patient - Version 2 – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %)	58
Tableau 37. Indicateur Délai d'envoi du courrier – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %)	58
Tableau 38. Indicateur Dépistage des troubles de la nutrition - Niveau 1 – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %)	59
Tableau 39. Indicateur Dépistage des troubles de la nutrition - Niveau 2 – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %)	59
Tableau 40. Indicateur Dépistage des troubles de la nutrition - Niveau 3 – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %)	59
Tableau 41. Indicateur Traçabilité de l'évaluation de la douleur – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %)	60
Tableau 42. Indicateur Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %)	60

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 construites 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 estimée à partir de l'échantillon. Un intervalle de confiance à 95 % calculé sur l'échantillon est présenté avec le résultat de chaque indicateur, et ne tient pas compte de l'activité de l'ES. Pour plus de précision sur le calcul de l'intervalle de confiance, cf. Guide méthodologique.

► Mode de présentation des IQSS par ES

Les résultats des indicateurs de qualité par ES se présentent :

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

► Méthodes de comparaison

Estimation des références

Deux types de mesure de valeurs centrales sont 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.

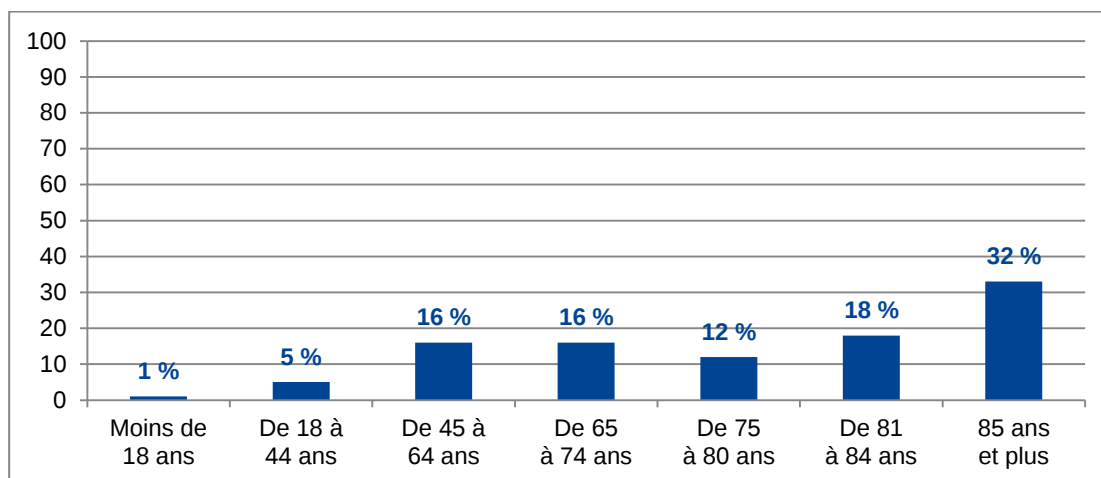
Les règles de cotation sont les suivantes :

- 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 « ↘ »

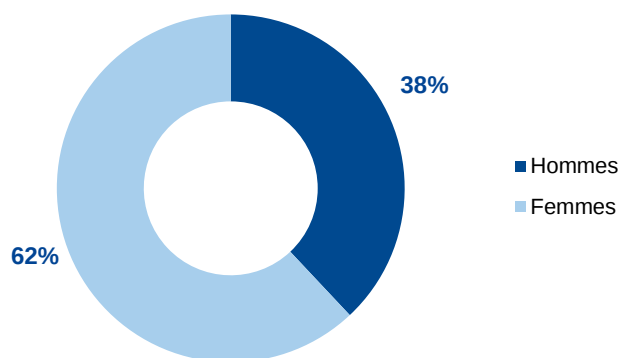
Annexe II. Résultats complémentaires

► Population de la base

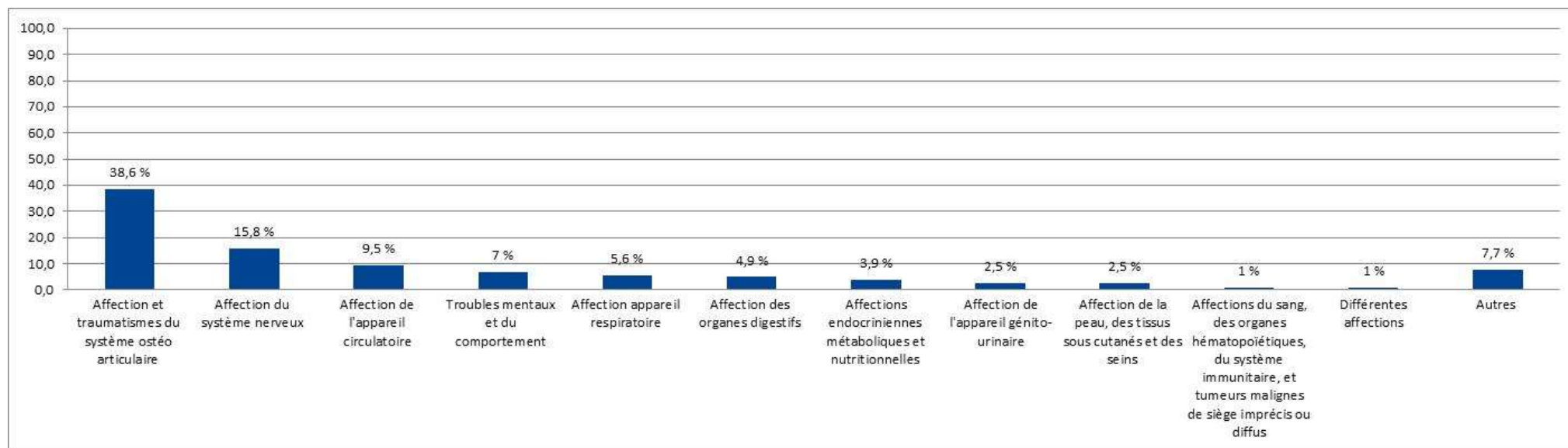
Graphique 9. Répartition de l'âge des patients - Campagne 2016 - données 2015



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



Graphique 11. Répartition des dossiers par motif de prise en charge – Campagne 2016 – données 2015



► Description des établissements de santé

Tableau 25. Répartition du nombre d'établissements en fonction des indicateurs - Campagne 2016 - données 2015

Indicateurs	Population totale	Nombre d'ES n'entrant pas dans la référence nationale		Référence nationale
		Nbre d'ES "non répondants"	Nbre d'ES avec effectif 10 < N < 30	Nbre d'ES avec effectif N > 30 (TDP1/TDP2) ou N > 10 (DEC/DTN/TRE/TRD)
Tenue du dossier patient Version 1	1 516	9	36	1 480
Tenue du dossier patient Version 2	1 516	9	35	1 481
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation	1 516	9	-	1 515
Dépistage des troubles nutritionnels	1 510	9	-	1 503
Traçabilité de l'évaluation de la douleur	1 516	9	-	1 516
Évaluation du risque d'escarre	1 411	9	-	1 404

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

Tableau 26. Distribution par rapport à la moyenne nationale pondérée – Campagne 2016 - données 2015

	Moyenne nationale pondérée (en %)				
Tenue du dossier du patient - Version 1	86 %	Nombre de structures	629	284	567
		% de structures	42,5%	19,2%	38,3%
Tenue du dossier du patient - Version 2	84 %	Nombre de structures	626	313	542
		% de structures	42,3%	21,1%	36,6%
Délai d'envoi du courrier	80 %	Nombre de structures	616	491	408
		% de structures	40,7%	32,4%	26,9%
Dépistage des troubles de la nutrition - Niveau 1	85 %	Nombre de structures	536	628	339
		% de structures	35,7%	41,8%	22,6%
Dépistage des troubles de la nutrition - Niveau 2	80 %	Nombre de structures	563	560	380
		% de structures	37,5%	37,3%	25,3%
Dépistage des troubles de la nutrition - Niveau 3	50 %	Nombre de structures	544	353	606
		% de structures	36,2%	23,5%	40,3%
Traçabilité de l'évaluation de la douleur	89 %	Nombre de structures	644	552	320
		% de structures	42,5%	36,4%	21,1%
Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre	81 %	Nombre de structures	699	383	322
		% de structures	49,8%	27,3%	22,9%

► Informations régionales

Tableau 27. Indicateur Tenue du dossier du patient - Version 1 – Campagne 2016 – données 2015 - Moyennes régionales (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée et Objectif national de performance
1 480	86 % / Objectif à 80 %

Régions	Nombre d'ES avec effectif N > 30	Moyenne par région (en %)
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	139	84
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	152	87
Auvergne-Rhône-Alpes	186	85
Bourgogne-Franche-Comté	75	83
Bretagne	71	86
Centre-Val de Loire	66	83
Corse	8	84
Guadeloupe	10	72
Guyane	0	
Ile-de-France	181	86
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	154	87
Martinique	9	76
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	124	84
Normandie	83	84
Océan Indien	7	77
PACA	136	90
Pays de la Loire	75	86
Service de santé des armées	4	96

Tableau 28. Indicateur Tenue du dossier du patient - Version 2 – Campagne 2016 – données 2015 - Moyennes régionales (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée et Objectif national de performance
1 481	84 % / Objectif à 80 %

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 30	Moyenne par région (en %)
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	139	83
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	152	86
Auvergne-Rhône-Alpes	186	84
Bourgogne-Franche-Comté	75	82
Bretagne	71	85
Centre-Val de Loire	66	82
Corse	8	83
Guadeloupe	10	71
Guyane	0	
Ile-de-France	182	83
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	154	86
Martinique	9	75
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	124	82
Normandie	83	83
Océan Indien	7	77
PACA	136	89
Pays de la Loire	75	84
Service de santé des armées	4	94

Tableau 29. Indicateur Délai d'envoi du courrier – Campagne 2016 – données 2015 - Moyennes régionales (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée et Objectif national de performance
1 515	80 % / Objectif à 80 %

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	142	77
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	152	83
Auvergne-Rhône-Alpes	188	78
Bourgogne-Franche-Comté	80	79
Bretagne	74	73
Centre-Val de Loire	66	79
Corse	9	63
Guadeloupe	11	71
Guyane	2	64
Ile-de-France	185	76
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	158	86
Martinique	9	75
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	126	86
Normandie	85	77
Océan Indien	10	88
PACA	137	85
Pays de la Loire	76	73
Service de santé des armées	5	93

Tableau 30. Indicateur Dépistage des troubles de la nutrition - Niveau 1 – Campagne 2016 – données 2015 - Moyennes régionales (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée et Objectif national de performance
1 503	85 % / Objectif à 80 %

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	141	88
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	151	87
Auvergne-Rhône-Alpes	187	83
Bourgogne-Franche-Comté	80	87
Bretagne	74	87
Centre-Val de Loire	66	82
Corse	9	83
Guadeloupe	11	80
Guyane	2	58
Ile-de-France	182	86
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	156	84
Martinique	9	82
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	125	83
Normandie	84	84
Océan Indien	10	84
PACA	135	86
Pays de la Loire	76	83
Service de santé des armées	5	98

Tableau 31. Indicateur Dépistage des troubles de la nutrition - Niveau 2 – Campagne 2016 – données 2015 - Moyennes régionales (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée et Objectif national de performance
1 503	80 % / Objectif à 80 %

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	141	83
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	151	81
Auvergne-Rhône-Alpes	187	78
Bourgogne-Franche-Comté	80	82
Bretagne	74	80
Centre-Val de Loire	66	79
Corse	9	81
Guadeloupe	11	68
Guyane	2	45
Ile-de-France	182	79
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	156	80
Martinique	9	69
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	125	79
Normandie	84	78
Océan Indien	10	77
PACA	135	83
Pays de la Loire	76	76
Service de santé des armées	5	98

Tableau 32. Indicateur Dépistage des troubles de la nutrition - Niveau 3 – Campagne 2016 – données 2015 - Moyennes régionales (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée et Objectif national de performance
1 503	50 % / Objectif à 80 %

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	141	52
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	151	49
Auvergne-Rhône-Alpes	187	48
Bourgogne-Franche-Comté	80	44
Bretagne	74	46
Centre-Val de Loire	66	48
Corse	9	73
Guadeloupe	11	22
Guyane	2	40
Ile-de-France	182	48
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	156	58
Martinique	9	42
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	125	54
Normandie	84	46
Océan Indien	10	17
PACA	135	60
Pays de la Loire	76	40
Service de santé des armées	5	86

Tableau 33. Indicateur Traçabilité de l'évaluation de la douleur – Campagne 2016 – données 2015 - Moyennes régionales (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée et Objectif national de performance
1 516	89 % / Objectif à 80 %

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	142	90
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	152	90
Auvergne-Rhône-Alpes	188	86
Bourgogne-Franche-Comté	80	89
Bretagne	74	88
Centre-Val de Loire	66	85
Corse	9	84
Guadeloupe	11	63
Guyane	2	93
Ile-de-France	186	90
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	158	90
Martinique	9	76
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	126	93
Normandie	85	81
Océan Indien	10	71
PACA	137	91
Pays de la Loire	76	87
Service de santé des armées	5	98

Tableau 34. Indicateur Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre – Campagne 2016 – données 2015 - Moyennes régionales (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée et Objectif national de performance
1 404	81 % / Objectif à 80 %

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	135	87
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	137	80
Auvergne-Rhône-Alpes	175	80
Bourgogne-Franche-Comté	77	77
Bretagne	65	77
Centre-Val de Loire	60	74
Corse	9	85
Guadeloupe	11	82
Guyane	2	53
Ile-de-France	173	82
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	146	83
Martinique	9	44
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	124	86
Normandie	76	75
Océan Indien	9	44
PACA	120	90
Pays de la Loire	72	75
Service de santé des armées	4	93

► Informations par catégorie d'établissement

Tableau 35. Indicateur Tenue du dossier du patient - Version 1 – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne par catégorie	
1 480	86	

	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 30	Moyenne par catégorie
CH	652	83
CHU	50	85
ESPIC/EBNL	316	88
Privé	462	87

Tableau 36. Indicateur Tenue du dossier du patient - Version 2 – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne par catégorie	
1 481	84	

	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 30	Moyenne par catégorie
CH	652	81
CHU	51	81
ESPIC/EBNL	316	87
Privé	462	86

37. Indicateur Délai d'envoi du courrier – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne par catégorie	
1 515	80	

	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie
CH	663	78
CHU	53	80
ESPIC/EBNL	333	82
Privé	466	81

Tableau 38. Indicateur Dépistage des troubles de la nutrition - Niveau 1 – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne par catégorie
1 503	85

	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie
CH	662	83
CHU	52	80
ESPIC/EBNL	324	87
Privé	465	86

Tableau 39. Indicateur Dépistage des troubles de la nutrition - Niveau 2 – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne par catégorie
1 503	80

	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie
CH	662	77
CHU	52	71
ESPIC/EBNL	324	83
Privé	465	82

Tableau 40. Indicateur Dépistage des troubles de la nutrition - Niveau 3 – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne par catégorie
1 503	50

	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie
CH	662	43
CHU	52	38
ESPIC/EBNL	324	55
Privé	465	57

Tableau 41. Indicateur Traçabilité de l'évaluation de la douleur – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne par catégorie
1 516	89

	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie
CH	663	85
CHU	53	86
ESPIC/EBNL	334	92
Privé	466	90

Tableau 42. Indicateur Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne par catégorie
1 404	81

	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie
CH	645	78
CHU	48	75
ESPIC/EBNL	298	86
Privé	413	83

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 repris dans la loi n°2005-370 du 22 Avril 2005.
- 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 Bami 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 patients 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]. *Sante 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, juin 2009.
- XIII Article L1111-6 du code de la santé publique portant sur la personne de confiance. *Journal officiel* ; 23 avril 2005.
- XIV <http://ifr69.vjf.inserm.fr/compagh/>
- XV 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.
- XVI Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010, Ministère de la Santé.



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