



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Indicateurs de qualité et de sécurité des
soins

Tenue du dossier patient en secteur hospitalisation à domicile (HAD)

Résultats annexés au rapport 2019

Campagne 2019 - Données 2018

Ce document accompagne le rapport des résultats nationaux des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) 2019. Il présente les résultats, issus du recueil 2019 - données 2018, de l'indicateur « Tenue du dossier patient en secteur hospitalisation à domicile », sous la coordination de la Haute Autorité de Santé.

Cet indicateur donne une image du niveau de qualité de la prise en charge au sein de chacune des structures concernées. Les IQSS sont aussi, au niveau national et sous forme agrégée, un observatoire de la qualité des soins dans les établissements de santé français.

Ces résultats détaillés

Ces résultats détaillés (classements, référentiels) ne prennent pas en compte les résultats du contrôle qualité réalisé par les ARS dans le cadre de l'orientation nationale d'inspection contrôle (ONIC) demandée par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) (délai trop tardif).

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/ipagss-recueils-des-indicateurs

Pour nous contacter

Pour toutes questions relatives aux indicateurs, le service EVoQSS (Évaluation et Outils pour la Qualité et la Sécurité des Soins) vous répondra par e-mail : contact.iqss@has-sante.fr

Rapport validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé le 11 décembre 2019.

© Haute Autorité de Santé - décembre 2019

Sommaire

Dispositif national des indicateurs de qualité et de sécurité des soins	4
Tenue du dossier patient en HAD	5
Résultats nationaux	5
Résultats régionaux	7
Résultats par catégorie	8
Informations complémentaires	9
Patients et séjours pris en compte	13

Dispositif national des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

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 au niveau régional et national, et de transparence vers les usagers (diffusion publique^[1]). Ce programme de déploiement national des indicateurs est discuté en Comité de concertation qualité et sécurité des soins en établissement de santé, organisé par 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 et des représentants des usagers.

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 annuellement 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 concertation et avec 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, une orientation nationale inspection-contrôle de l'IGAS coordonnée par la DGOS et la HAS s'applique à l'ensemble des indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins diffusés publiquement. Le principe de ce contrôle qualité du recueil des IQSS diffusés publiquement est de s'assurer de la fiabilité de l'autoévaluation réalisée lors des campagnes nationales de mesure, par l'utilisation d'une procédure de contrôle aléatoire. Le champ de cette inspection vise chaque année jusqu'à 25% des établissements de santé, ayant réalisé le recueil, par région : la moitié est tirée au sort aléatoirement et l'autre moitié est au choix de l'ARS. Le recueil des indicateurs peut être non validé par le contrôle : dans ce cas le résultat est annulé. 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.

^[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.

Tenue du dossier patient en HAD

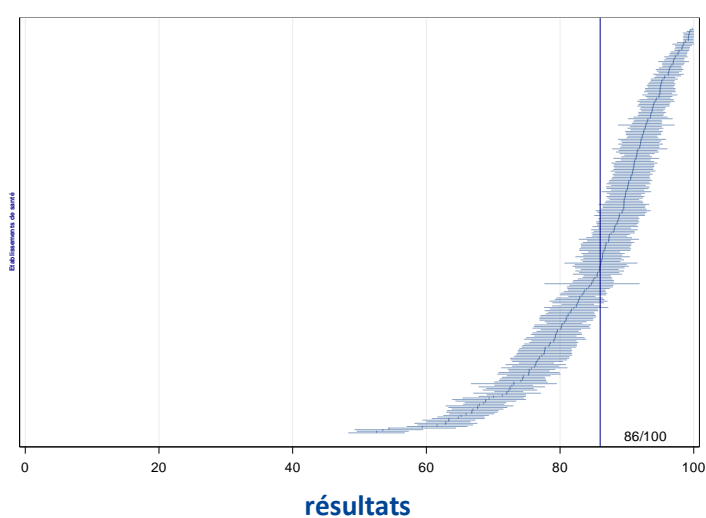
Résultats nationaux

► Ensemble des dossiers analysés

Nombre d'ES	276
Nombre de dossiers	15 095
Moyenne	86/100

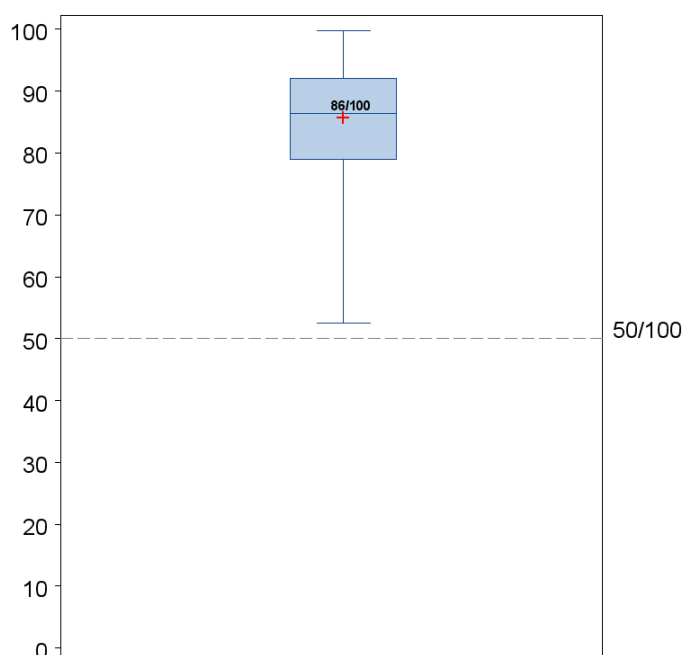
► ES éligibles avec au moins 31 dossiers - – Distribution des résultats

Nombre d'ES	255
Nombre de dossiers	14 637
Moyenne pondérée ES	86/100
Résultat min obtenu par les ES	53/100
1 ^{er} quartile	79/100
Médiane	86/100
3 ^e quartile	92/100
Résultat max obtenu par les ES	100/100



► Représentation BoxPlot de la distribution

Graphique : Représentation BoxPlot de la distribution
Indicateur : Tenue du dossier patient



-

► **Positionnement des ES par rapport à la moyenne nationale**

	Indicateur : Tenue du dossier patient						Total
	Moyenne nationale dépassée		Moyenne nationale atteinte		Moyenne nationale non atteinte		
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
Données 2018	109	42.7	67	26.3	79	31	255

► **Positionnement des ES par rapport à l'objectif de performance**

	Indicateur : Tenue du dossier patient						Total
	Objectif de performance dépassé Classe A		Objectif de performance atteint Classe B		Objectif de performance non atteint Classe C		
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
Données 2018	166	65.1	50	19.6	39	15.3	255

► **Évolution des ES par rapport au précédent recueil**

Indicateur : Tenue du dossier patient
Pas d'évolution

Résultats régionaux

► Moyennes régionales

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
255	86

Régions	Nombre d'ES avec effectif N >= 31	Moyenne régionale pondérée
Auvergne-Rhône-Alpes	29	88
Bourgogne-Franche-Comté	12	84
Bretagne	12	87
Centre-Val de Loire	9	77
Corse	3	96
Grand Est	27	89
Guadeloupe	5	83
Guyane	3	69
Hauts de France	27	87
Ile de France	13	81
Martinique	1	84
Normandie	21	86
Nouvelle Aquitaine	29	85
Occitanie	28	88
Océan Indien	8	88
PACA	19	87
Pays de la Loire	9	87

Résultats par catégorie

► Moyennes par catégorie d'établissement

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
255	86

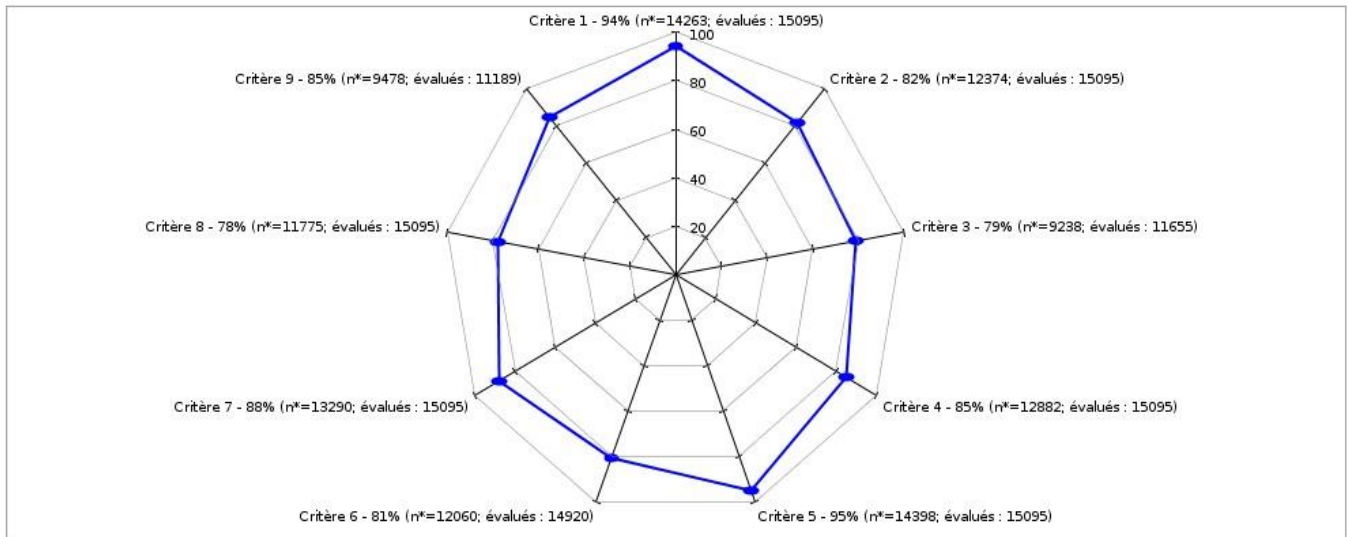
Catégorie ES	Nombre d'ES avec effectif N>= 31	Moyenne pondérée par catégorie
CH	88	82
CHU	9	83
CLCC	3	94
ESPIC/EBNL	26	84
Privé	129	89

Informations complémentaires

Dossiers pris en compte pour l'indicateur

Dossiers évalués : 15 095

Résultats détaillés par critère (9 critères composent le score national)



(*) n = nombre de dossiers conformes

Critère 1: Document médical de demande d'admission en HAD

Critère 2: Eléments relatifs à la pré-admission renseignés

Critère 3: Accord du médecin traitant pour la prise en charge du patient en HAD

Critère 4: Accord du patient ou de son entourage pour sa prise en charge en HAD

Critère 5: Trace des prescriptions médicamenteuses nécessaires au démarrage de la prise en charge

Critère 6: Mention de l'identité de la personne de confiance

Critère 7: Mention de l'identité de la personne à prévenir

Critère 8: Traçabilité de l'évaluation des risques liés à la prise en charge au domicile

Critère 9: Document relatif à la continuité des soins à la sortie de l'HAD (si applicable)

Critères indispensables

Critère 1 : Document médical de demande d'admission en HAD

Dossiers évalués :

15 095

Pour chaque dossier, on retrouve un document médical relatif à l'admission.



Critère 2 : Eléments relatifs à la pré-admission renseignés

Dossiers évalués :

15 095

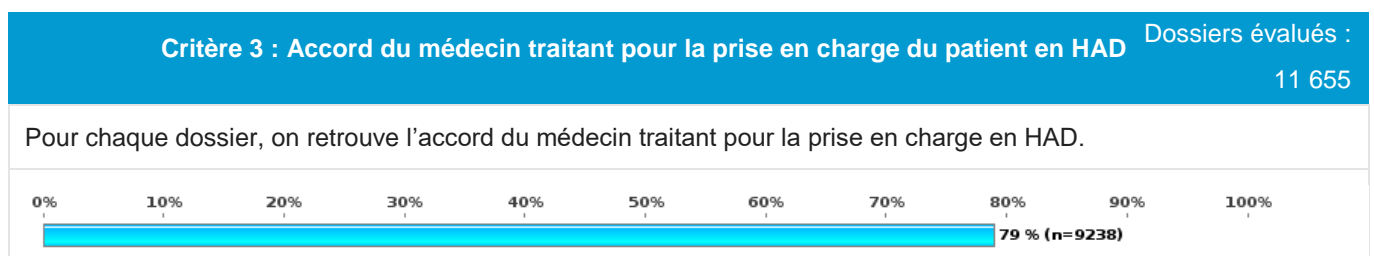
Pour chaque dossier, on retrouve les 5 éléments d'informations suivants : les antécédents, la pathologie à l'origine de la prise en charge, le motif, l'évaluation de la dépendance et l'évaluation sociale.



Détails de la non-conformité

	Nb de dossiers
Causes de non-conformité (*)	
Antécédents non tracés	863
Mention de la pathologie à l'origine de la prise en charge non tracée	379
Motif de prise en charge non tracé	341
Evaluation sociale non tracée (si applicable)	1 638
Evaluation de la dépendance par une échelle ou un questionnaire formalisé non tracée	1 002

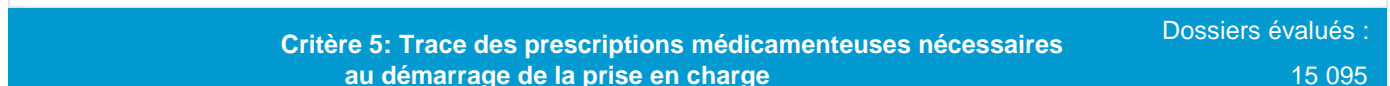
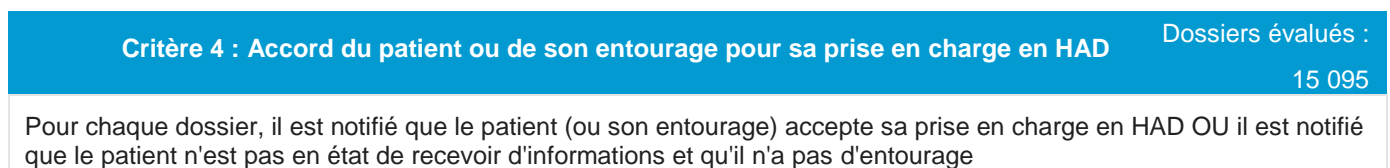
(*) Un dossier peut avoir plusieurs causes de non-conformité.



Dossiers non évalués	Nb de dossiers
Demande d'HAD faite par le médecin traitant ou patiente hospitalisée pour une prise en charge en obstétrique ou le patient n'a pas déclaré de médecin traitant	3 440

Pour information :

	Nb de dossiers
Dossiers dans lesquels l'information sur le médecin à l'origine de la prise en charge en HAD est non retrouvée	193



Pour chaque dossier, on retrouve :

Les prescriptions médicamenteuses nécessaires au démarrage de la prise en charge datées au plus tard dans les 48h suivant l'admission (ou antérieures à l'admission)

OU

La mention que le patient n'a pas de traitement à l'admission La mention que le patient n'a pas de traitement à l'admission.



Détails de la non-conformité	Nb de dossiers
Prescription(s) médicamenteuse(s) non retrouvée(s) et absence de traitement médicamenteux à l'admission non tracée	697

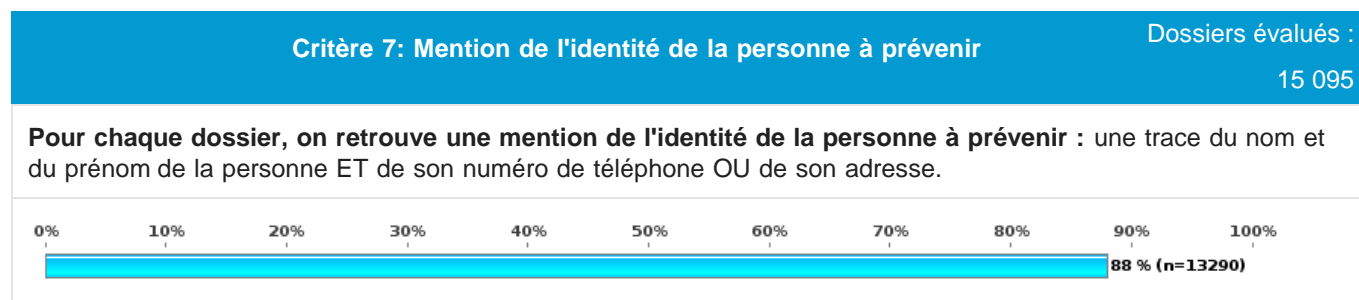
A titre informatif (n'entre pas dans le calcul du score)

Descriptif sur la qualité de la rédaction des prescriptions (éléments présents)	Nb de retrouvées dossiers
Nom et prénom du patient	9729
Date de prescription	9680
Signature du prescripteur	9303
Nom du prescripteur	9547
Dénomination des médicaments	9762
Posologie	9694
Voie d'administration	8355
Durée (si applicable)	8583



Dossiers non évalués

	Nb de dossiers
Patients majeurs sous tutelle	175



Critère 8 : Traçabilité de l'évaluation des risques liés à la prise en charge au domicile

Dossiers évalués :

15 095

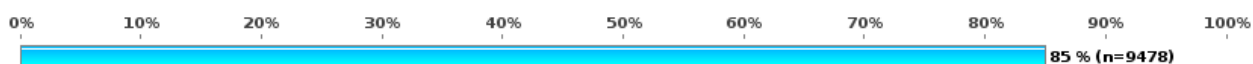
Pour chaque dossier, on retrouve l'évaluation des risques liés à la prise en charge à domicile. Les risques mentionnés peuvent être de plusieurs natures : risques liés au patient, liés à des traitements, liés à l'environnement, liés à des problèmes sociaux-économiques.

**Critère 9: Document relatif à la continuité des soins à la sortie de l'HAD (si applicable)**

Dossiers évalués :

11 655

Ce document peut être un courrier, un compte-rendu d'hospitalisation, un document, une fiche de liaison, ou tout autre document ayant pour but la continuité des soins.



Dossiers non évalués

Nb de dossiers

Patients décédés

3906

Patients et séjours pris en compte

► Patients et séjours

Age (en années)

Moyenne = 69,28 - Ecart-type = 18,80

Médiane = 72,00

Min = 18 - Max = 107

Durée des séjours (en jours)

Moyenne = 34,75 - Ecart-type = 32,54

Médiane = 24,00

Min = 8 - Max = 287

Sexe

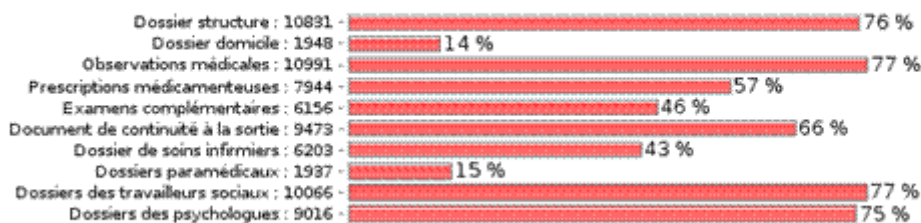
Séjour

	Sexe		Séjour		Séjour			
	Nb	%	Nb	%	Nb	%		
De 18 à 44 ans	2 264	12%	Masculin	9 634	51%	Moins de 16 jours	5 918	31%
De 45 à 64 ans	4 130	22%	Féminin	9 368	49%	De 16 à 29 jours	5 416	29%
De 65 à 84 ans	8 104	43%	Total	19 002	100%	De 30 à 59 jours	4 821	25%
85 ans ou plus	4 504	24%				60 jours ou plus	2 847	15%
Total	19 002	100%				Total	19 002	100%

► Informatisation des dossiers inclus

	Nb	%
Oui	4 140	22%
Non	588	3%
Partiellement	14 274	75%
Total	19 002	100%

Informatisation partielle



► Dossiers traités

		Nb	%
	Retrouvés et évalués	19 002	99%
Dossiers non évalués	Dossiers exclus pour cause d'incohérence PMSI	24	0%
	Dossiers exclus car le patient ne souhaite pas que les données le concernant soient exploitées	17	0%
	Non retrouvés	89	0%
	Total	19 132	100%



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur

www.has-sante.fr