



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Indicateurs de qualité généralisés en Hospitalisation à domicile

Campagne 2011

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

Septembre 2012

Pourquoi ce document

Ce document présente les résultats issus des recueils des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé depuis 2010 dans le secteur de l'hospitalisation à domicile (HAD) sur le thème « dossier du patient », et portant sur la qualité du dossier patient, l'envoi du courrier de fin d'hospitalisation et les évaluations de la douleur, des troubles nutritionnels et du risque d'escarre.

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

Pour en savoir plus

Les résultats individuels des établissements sont disponibles sur :

www.platines.sante.gouv.fr

Les rapports des campagnes précédentes sont disponibles sur :

www.has-sante.fr/portail/jcms/c_970821/ipaqss-analyse-descriptive-des-resultats-agreges

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 mail : ipaqss@has-sante.fr

Sommaire

Synthèse des résultats	5
Introduction	7
Indicateur « Tenue du dossier patient ».....	9
Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation ».....	15
Indicateur « Évaluation de la douleur »	21
Indicateur « Suivi du poids »	26
Indicateur « Évaluation du risque d'escarre ».....	31
Analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats	36
Conclusion	42
Table des illustrations	44
Annexes	45
Annexe I. Méthodes d'analyse	45
Annexe II. Tableaux complémentaires	48

Synthèse des résultats

Indicateurs généralisés

La bonne tenue du dossier du patient est un élément important de la qualité et de la coordination des soins dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Cinq indicateurs obligatoires sont évalués à partir du même tirage au sort de dossiers portant sur l'année 2011.

La **tenue du dossier patient (TDP)** est un préalable à une prise en charge de qualité en contribuant au partage et au suivi de l'information entre les différents professionnels de santé prenant en charge le patient.

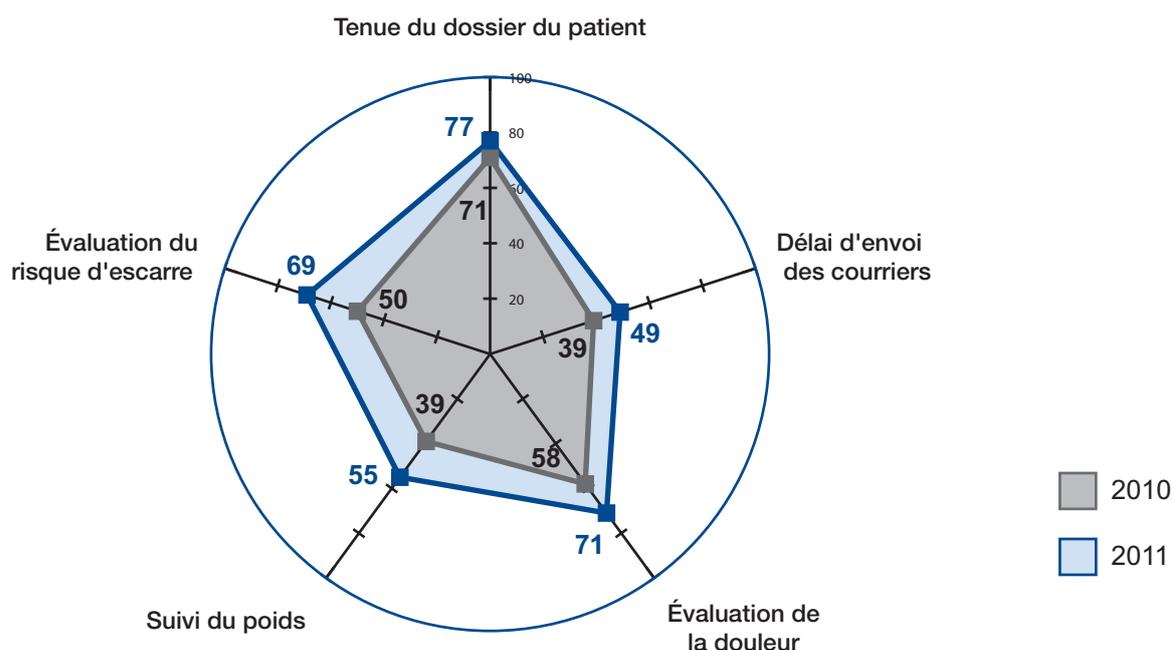
L'indicateur **délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC)** évalue la coordination « hôpital/ville » ou « hôpital/structure de transfert ».

L'**évaluation de la douleur (TRD)** avec une échelle est un préalable à une bonne qualité de la prise en charge de la douleur.

L'indicateur « **Suivi du poids (DTN)** » évalue le suivi du poids à partir de la pré-admission chez le patient adulte par deux notifications du poids ou par la mention de la recherche de la variation du poids avant l'hospitalisation.

L'**évaluation du risque d'escarre (TRE)** permet d'engager des mesures de prévention adaptées visant à réduire l'incidence des escarres.

Graphique 1. Résultats des indicateurs du thème « Dossier du patient »



Séjours analysés	Seuil d'activité pour que le recueil soit obligatoire ¹ au sein de l'ES
60 séjours de patients adultes tirés au sort : <ul style="list-style-type: none"> • d'au moins 8 jours ; • non précédés dans le mois précédent et non suivis dans le mois suivant par un autre séjour au sens PMSI ; • commencés et terminés au cours de l'année 2011. 	ES réalisant plus de 30 séjours analysables au cours de l'année 2010

Tableau 1. Classement des indicateurs par rapport au seuil de performance

Année	Sources	Classe A		Classe B		Classe C		Classe D		Total
		Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	
Tenue du dossier du patient	2011	81	40	35	17	84	41	3	1	203
Délai d'envoi des courriers	2011	24	15	33	21	98	62	3	2	158
Évaluation de la douleur	2011	53	26	77	38	70	34	3	1	203
Suivi du poids	2011	6	5	38	30	80	63	3	2	127
Évaluation du risque d'escarre	2011	53	32	48	29	61	37	3	2	165

La classe A se compose des établissements de santé (ES) ayant dépassé l'objectif de performance fixé à 80 % (Cf. [Annexe I](#)). Les ES ayant atteint l'objectif se situent dans la classe B. Les ES dont le résultat est inférieur à l'objectif sont dans la classe C. Les ES qui avaient l'obligation de recueil et qui ne s'y sont pas soumis constituent la classe D.

Participation des ES

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

Pour cette campagne, 193 ES avaient atteint le seuil d'activité (plus de 30 séjours d'au moins 8 jours commencés et terminés au cours de l'année 2010, non précédés dans le mois précédent et non suivis dans le mois suivant par un autre séjour) rendant leur recueil obligatoire. Parmi eux, 3 ES ne se sont pas soumis à cette obligation. Sur les 106 ES dont la participation était facultative, 49 ont participé au recueil.

1. La liste des ES pour lesquels le recueil est facultatif est arrêtée sur proposition de l'ATIH.

Introduction

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

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

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

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

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

En 2011, la Haute Autorité de Santé (HAS) a piloté la deuxième campagne de recueil des indicateurs généralisés sur le thème du dossier du patient en hospitalisation à domicile (HAD), dans le cadre de l'approche globale de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les ES. Le suivi d'indicateurs de qualité avec des données comparatives, mis en place et coordonné par la DGOS et la HAS, est utilisé à des fins de management interne², d'évaluation externe, de pilotage institutionnel, et de diffusion publique. Il permet de disposer pour l'en-

semble des ES de tableaux de bord de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins, et d'informations à l'attention des usagers³.

Ce rapport présente les principaux constats issus de l'étude des résultats de la campagne 2011 concernant la qualité du dossier du patient dans le secteur HAD. Cinq indicateurs obligatoires depuis 2010 ont été analysés sur la base d'un même tirage au sort de dossiers :

1. Tenue du dossier patient (TDP).
2. Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC).
3. Évaluation de la douleur (TRD).
4. Suivi du poids (DTN)
5. Évaluation du risque d'escarre (TRE)

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

Le plan du rapport est le suivant :

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

2. 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.

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

Indicateur « Tenue du dossier patient »

Description et mode d'évaluation

Cet indicateur évalue la tenue du dossier des patients hospitalisés, et est présenté sous la forme d'un score de qualité, calculé à partir de 12 critères au maximum. La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score est proche de 100.

Les 12 critères évalués sont :

1. Document médical justifiant l'admission en HAD.
2. Éléments relatifs à la pré-admission renseignés.
3. Accord du médecin traitant pour la prise en charge du patient en HAD (si applicable).
4. Accord du patient ou de son entourage pour sa prise en charge en HAD.
5. Protocole de soins renseigné et daté.
6. Trace des prescriptions médicamenteuses nécessaires au démarrage de la prise en charge.
7. Trace d'une organisation du traitement médicamenteux à l'admission (si applicable).
8. Évaluation de la dépendance par une échelle détaillée.
9. Trace d'une réunion de synthèse pluri-professionnelle au cours du séjour.
10. Trace de la transmission des informations assurant la continuité des soins à la sortie (si applicable).
11. Courrier de fin d'hospitalisation ou compte-rendu d'hospitalisation comportant les éléments nécessaires à la coordination en aval⁴.
12. Dossier organisé et classé.

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

4. Les éléments nécessaires à la coordination en aval sont : l'identité du médecin destinataire, les dates d'entrée et de sortie du patient et la synthèse du séjour.

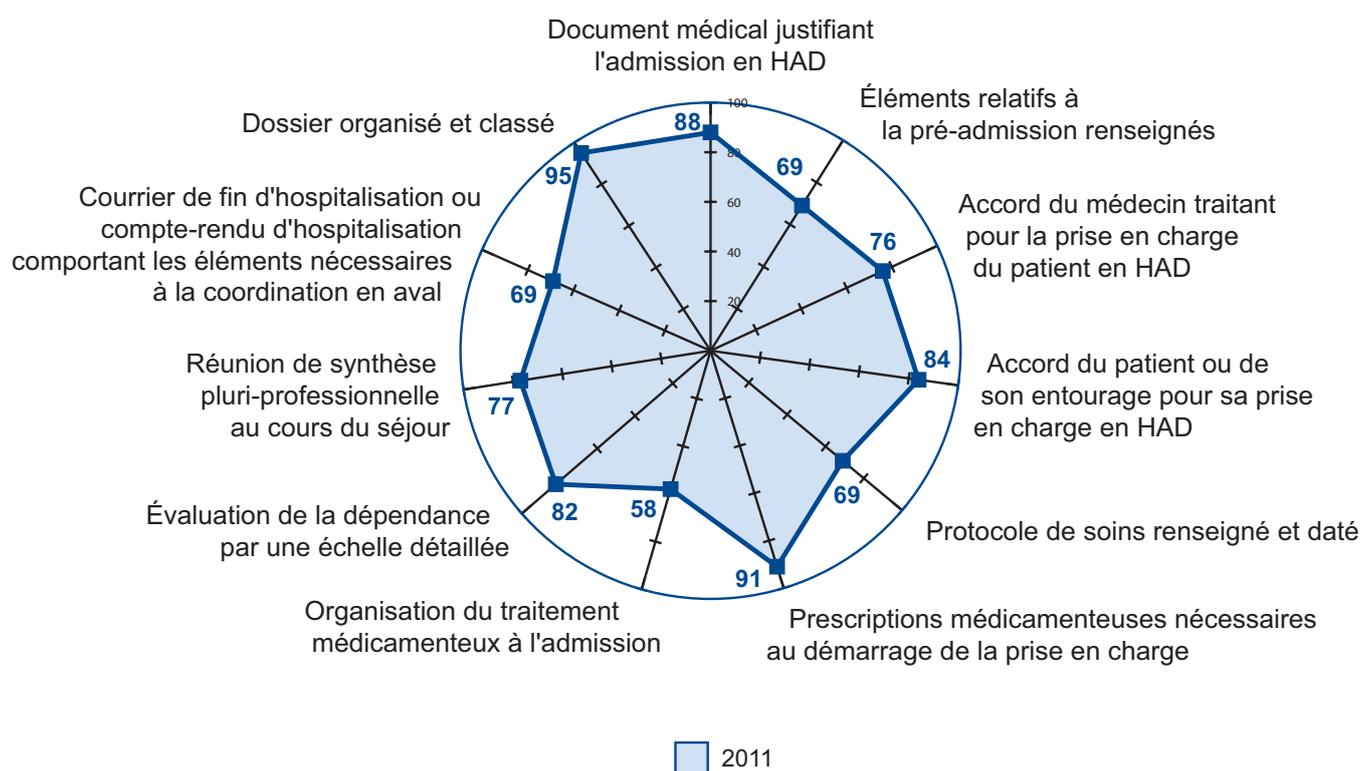
Analyse nationale

Tableau 2. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Statistiques descriptives (score compris entre 0 et 100)

Campagne	Nbre d'ES	Nbre de dossiers	Moyenne	Médiane	Min	Max
Base de référence nationale 2011	200	10623	77	79	34	99
Base de référence nationale 2010	166	8883	71	70	36	98

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

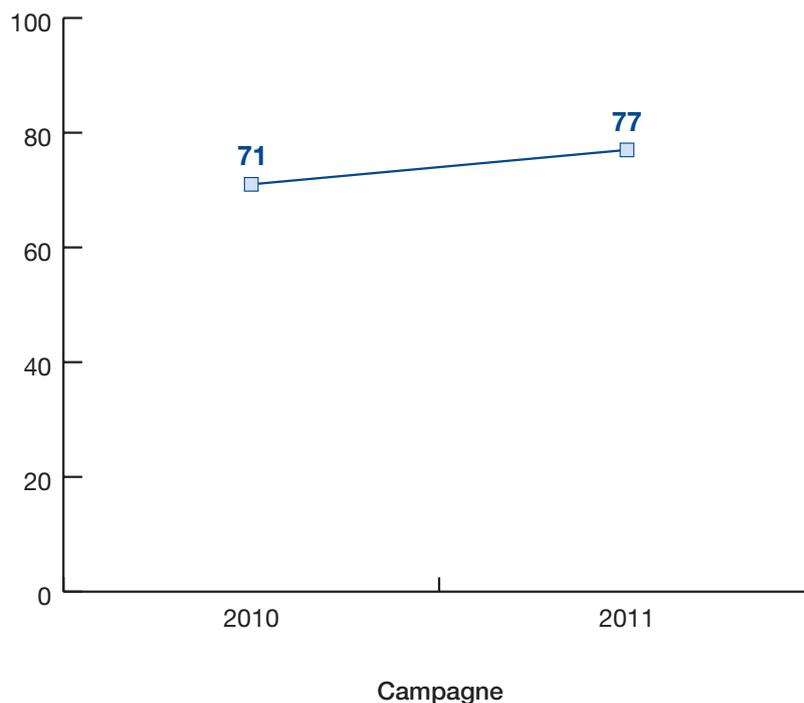
Graphique 2. Critères⁵ composant le score de la « Tenue du dossier patient »



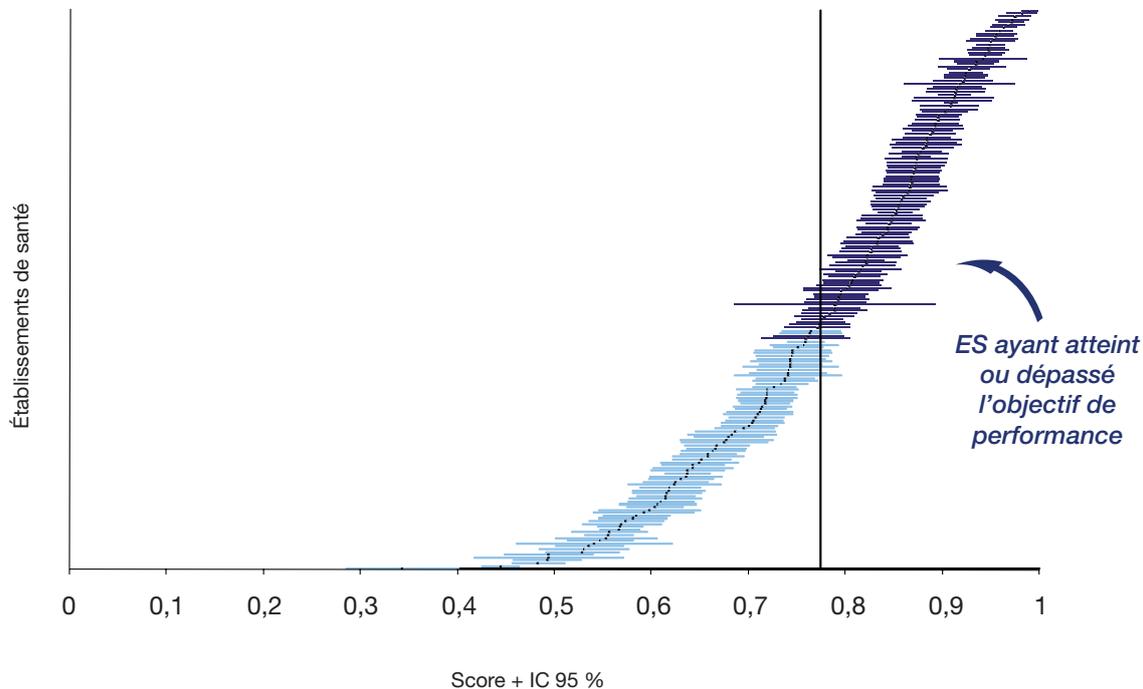
L'évolution des critères se trouve en [Annexe II](#).

5. L'analyse statistique du critère « Transmission des informations assurant la continuité des soins à la sortie » n'est pas réalisable car les effectifs sont trop faibles.

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



Graphique 4. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Variabilité nationale⁶



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

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

Objectif de performance

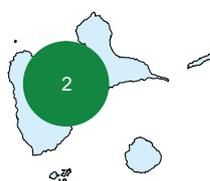
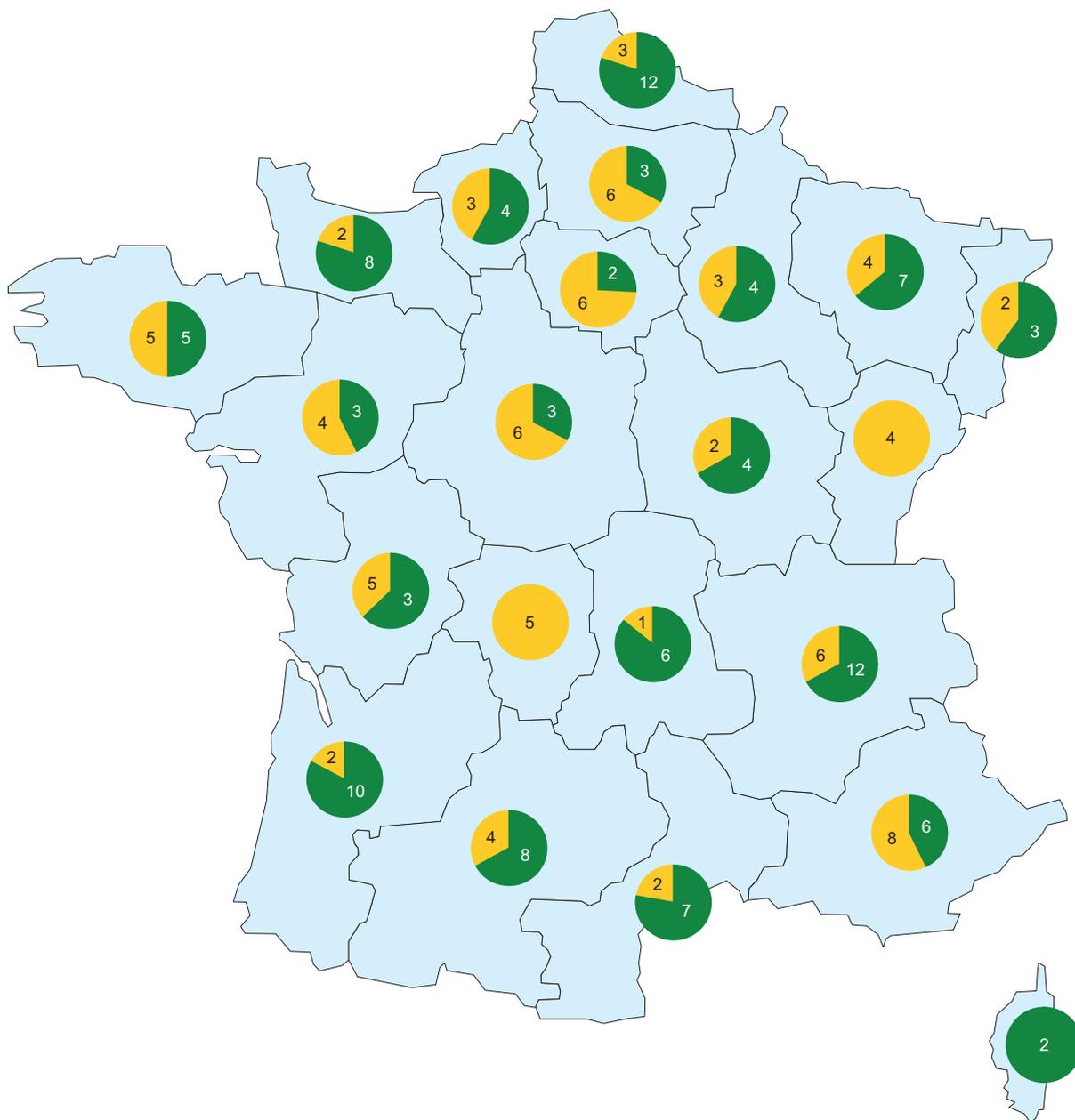
L'objectif de performance fixé à 80 correspond à une exigence de qualité à atteindre et à dépasser : il est attendu qu'au moins 8 patients sur 10 aient un dossier de qualité.

Tableau 3. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Distribution par rapport à l'objectif de performance de 80⁷

Année	Classe A		Classe B		Classe C		Classe D		Total
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	
2011	81	40	35	17	84	41	3	1	203
2010	31	17	26	14	109	60	16	9	182

7. La classe A se compose des établissements de santé (ES) ayant dépassé l'objectif de performance fixé à 80 %. Les ES ayant atteint l'objectif se situent dans la classe B. Les ES dont le résultat est inférieur à l'objectif sont dans la classe C. Les ES qui avaient l'obligation de recueil et qui ne s'y sont pas soumis constituent la classe D.

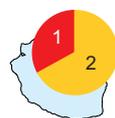
**Cartographie 1. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Analyse régionale –
Distribution par rapport à l'objectif de performance**



Guadeloupe



Martinique



Réunion



Guyane

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

Le descriptif des moyennes régionales se trouve en [Annexe II](#).

Tableau 4. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Évolution des classes des ES entre 2010 et 2011

	Nbre (%) d'ES ayant perdu au moins 1 classe	Nbre (%) d'ES n'ayant pas changé de classe	Nbre (%) d'ES ayant gagné au moins 1 classe	Total
Entre 2010 et 2011	6 4%	88 56%	63 40%	157

Les changements de classe entre 2010 et 2011 sont calculés pour tous les 157 ES ayant participé aux deux recueils HAD.

Parmi les 63 ES ayant gagné au moins une classe en 2011, 27 ES ont observé une forte progression en passant de la classe C à la classe A. Dans le même temps, 18 ES sont passés de la classe C à la classe B. Enfin, 18 ES ont dépassé l'objectif de performance en 2011 passant ainsi de la classe B à la classe A.

Parmi les 88 ES qui n'ont pas changé de classe, 26 ES étaient déjà en classe A.

Parmi les 6 ES ayant perdu au moins une classe, 1 ES positionné en classe A en 2010 passe en classe C en 2011.

Parmi les 58 ES qui ne changent pas de classe en 2011 et restent en classe C, 23 ES améliorent tout de même leurs résultats.

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

- La tenue du dossier patient s'est améliorée au niveau national (+ 6 points). Il existe une grande variabilité des résultats entre les établissements (34 à 99).
- Les critères ayant les moins bons résultats sont ceux en relation avec la coordination autour du patient (les éléments relatifs à la pré-admission, le protocole de soins et l'organisation du traitement médicamenteux à priori) et la coordination avec l'aval (le compte rendu de fin d'hospitalisation).
- 40 % des ES ont plus de huit dossiers sur dix bien tenus. Le pourcentage d'ES par région ayant atteint ou dépassé l'objectif de performance varie de 0 % (Limousin) à 100 % (Corse).

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

Description et mode d'évaluation

Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la proportion de séjours pour lesquels le courrier de fin d'hospitalisation, qui comprend les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins, est envoyé dans un délai inférieur ou égal à huit jours. Les éléments qualitatifs recherchés rendent compte du suivi médical réalisé pendant le séjour.

Analyse nationale

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

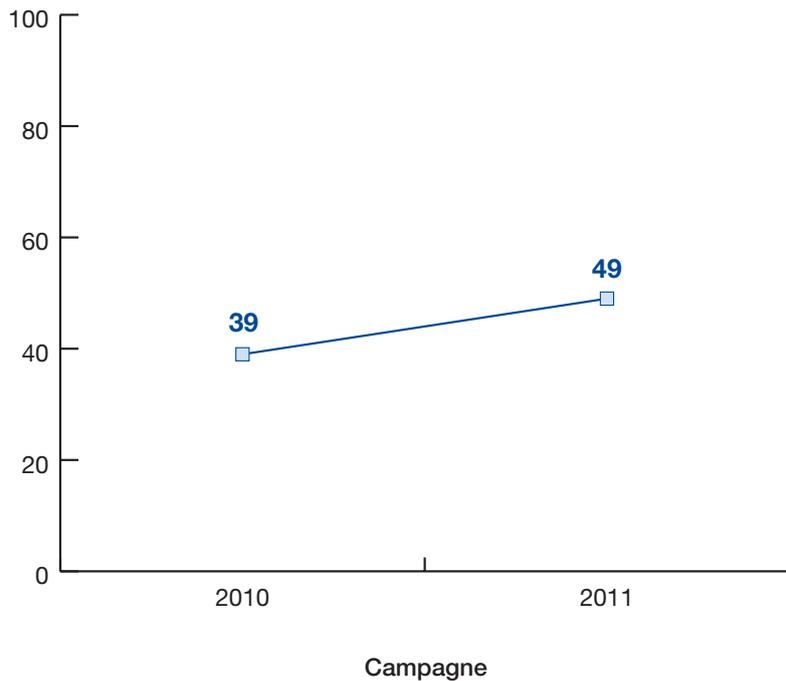
Campagne	Nbre d'ES	Nbre de dossiers	Moyenne	Médiane	Min	Max
Base de référence nationale 2011	155	7 664	49	55	0	100
Base de référence nationale 2010	123	6 155	39	33	0	100

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

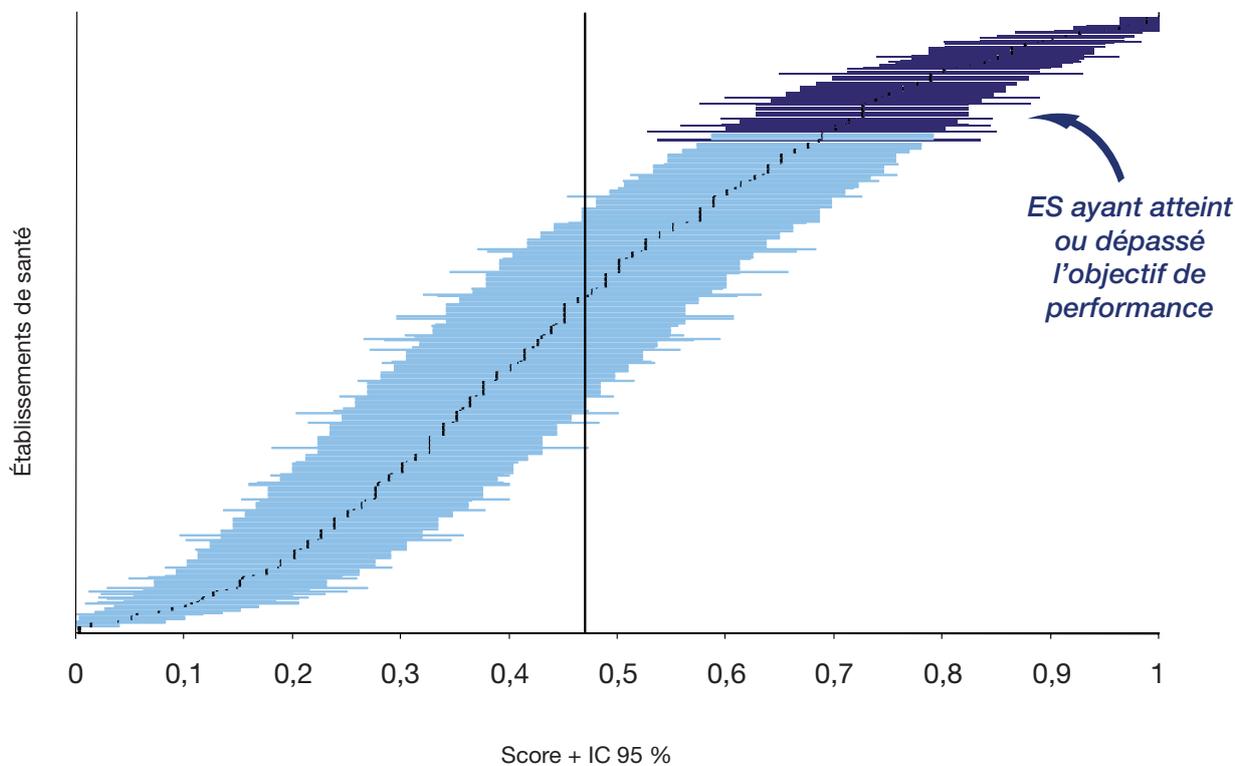
Tableau 6. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » - Causes de non conformités (en %) à l'indicateur

Campagne	Max
% CR non retrouvé	44
% CR incomplet et Délai > 8 jours	5
% CR complet et Délai > 8 jours	36
% CR incomplet et Délai ≤ 8 jours	16

Graphique 5. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » - Tendence de l'évolution de la moyenne nationale



Graphique 6. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation »⁸ - Variabilité nationale



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

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

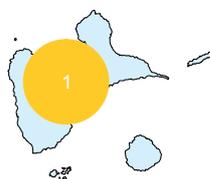
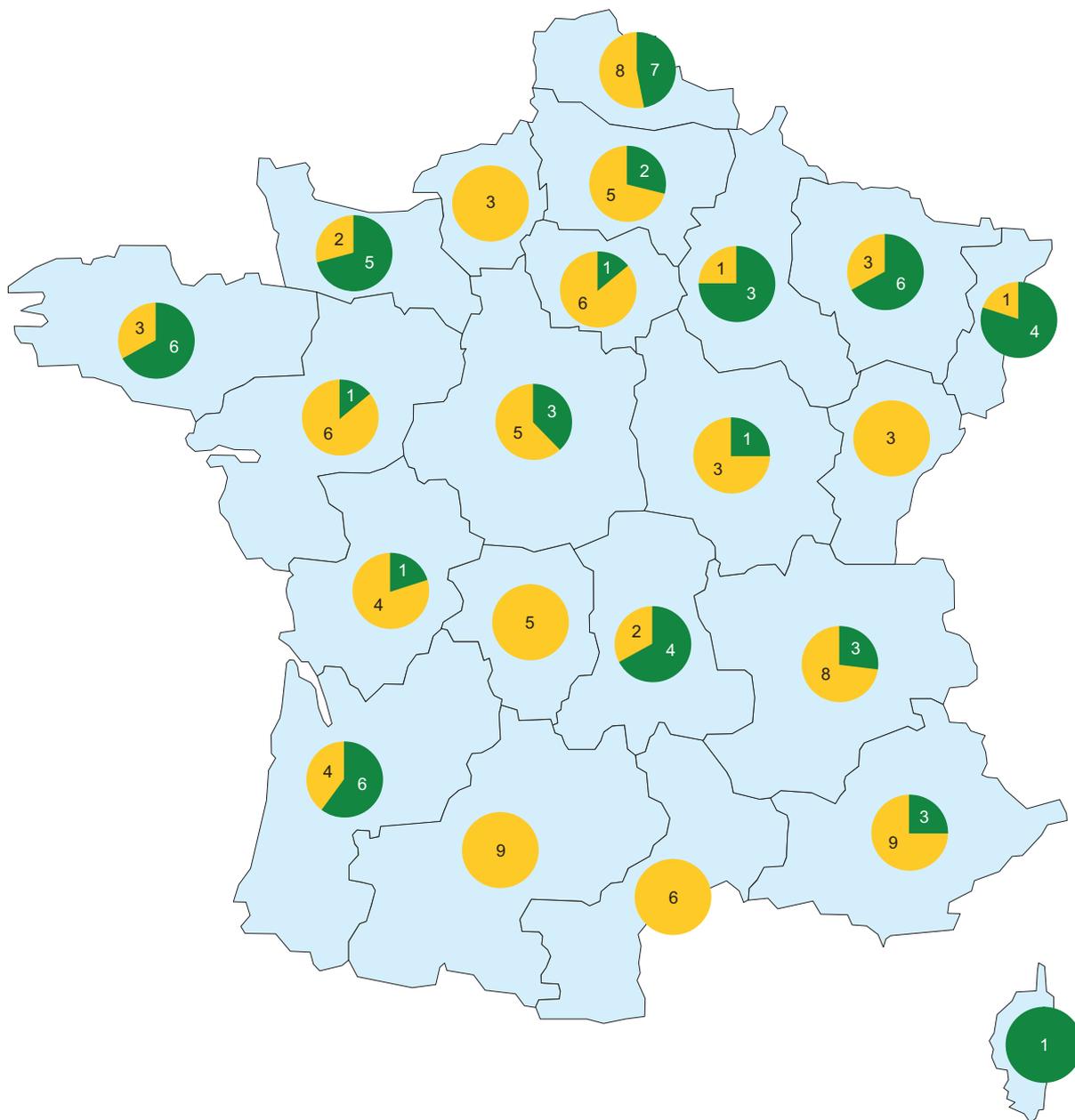
Objectif de performance

Tableau 7. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » - Distribution par rapport à l'objectif de performance de 80 %⁹

Année	Classe A		Classe B		Classe C		Classe D		Total
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	
2011	24	15	33	21	98	62	3	2	158
2010	11	8	24	17	88	63	16	12	139

9. La classe A se compose des établissements de santé (ES) ayant dépassé l'objectif de performance fixé à 80 %. Les ES ayant atteint l'objectif se situent dans la classe B. Les ES dont le résultat est inférieur à l'objectif sont dans la classe C. Les ES qui avaient l'obligation de recueil et qui ne s'y sont pas soumis constituent la classe D.

Cartographie 2. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » - Analyse régionale - Distribution par rapport à l'objectif de performance



Guadeloupe



Martinique



Réunion



Guyane

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

Le descriptif des moyennes régionales se trouve en [Annexe II](#).

Tableau 8. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » - Évolution des classes des ES entre 2010 et 2011

	Nbre (%) d'ES ayant perdu au moins 1 classe	Nbre (%) d'ES n'ayant pas changé de classe	Nbre (%) d'ES ayant gagné au moins 1 classe	Total
Entre 2010 et 2011	11 10%	71 65%	27 25%	109

Les changements de classe entre 2010 et 2011 sont calculés pour tous les ES ayant participé aux deux recueils HAD.

Parmi les 27 ES ayant gagné au moins une classe en 2011, 8 ES ont observé une forte progression en passant de la classe C à la classe A. Dans le même temps, 12 ES sont passés de la classe C à la classe B. Enfin, 7 ES ont dépassé l'objectif de performance en 2011 passant ainsi de la classe B à la classe A.

Parmi les 71 ES qui n'ont pas changé de classe, 5 ES étaient déjà en classe A.

Parmi les 11 ES ayant perdu au moins une classe, 1 ES positionné en classe A en 2010 passe en classe C en 2011.

Parmi les 59 ES qui ne changent pas de classe en 2011 et reste en classe C, 17 ES qui améliorent tout de même leurs résultats.

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

- La moyenne nationale de l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » a progressé de 10 points par rapport à l'année précédente et est maintenant à 49%.
- La non-conformité de cet indicateur est plus souvent due au retard dans l'envoi du courrier : dépassement du délai recommandé de 8 jours.
- La pertinence de la mesure est confirmée par la variabilité des résultats au niveau national (0% à 100%).
- 15% des ES envoient un courrier de fin d'hospitalisation complet dans un délai de huit jours pour plus de huit patients sur dix.
- Les disparités régionales restent fortes : aucun des ES de la région Midi-Pyrénées n'a atteint l'objectif de performance de 80% contre 75% en Champagne Ardenne.

Indicateur « Évaluation de la douleur »

Description et mode d'évaluation

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

Cet indicateur mesure si la douleur est évaluée à l'aide d'une échelle dans le dossier patient. Il est présenté sous la forme d'un taux, et correspond à la proportion de séjours pour lesquels il existe au moins un résultat de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du patient non algique ou au moins deux résultats de mesure de la douleur dans le dossier du patient algique. En effet, dans le cas d'un patient algique, la première mesure réalisée avec une échelle diagnostique la présence de douleur ; la deuxième mesure correspond à une mesure de suivi, et doit également être réalisée avec une échelle.

Analyse nationale

Tableau 9. Indicateur « Évaluation de la douleur » - Statistiques descriptives (en %)

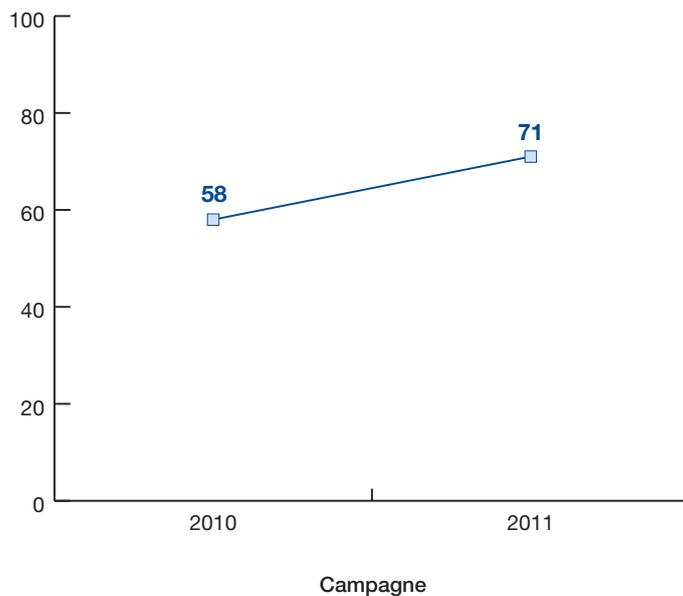
Campagne	Nbre d'ES	Nbre de dossiers	Moyenne	Médiane	Min	Max
Base de référence nationale 2011	200	10623	71	77	2	100
Base de référence nationale 2010	166	8883	58	63	0	100

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

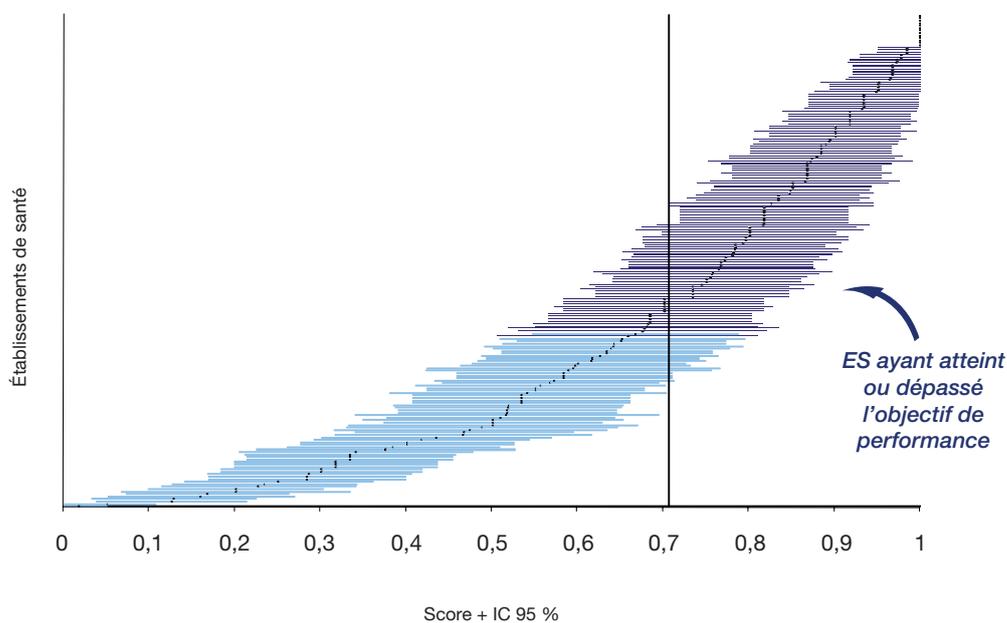
Tableau 10. Indicateur « Évaluation de la douleur » - Causes de non conformités (en %) à l'indicateur

Pas de 1 ^{re} mesure	Pas de 2 ^e mesure pour les patients algiques
24	84

Graphique 7. Indicateur « Évaluation de la douleur » - Tendence de l'évolution de la moyenne nationale



Graphique 8. Indicateur « Évaluation de la douleur » - Variabilité nationale¹⁰



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

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

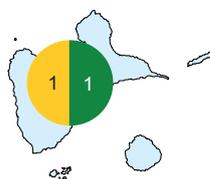
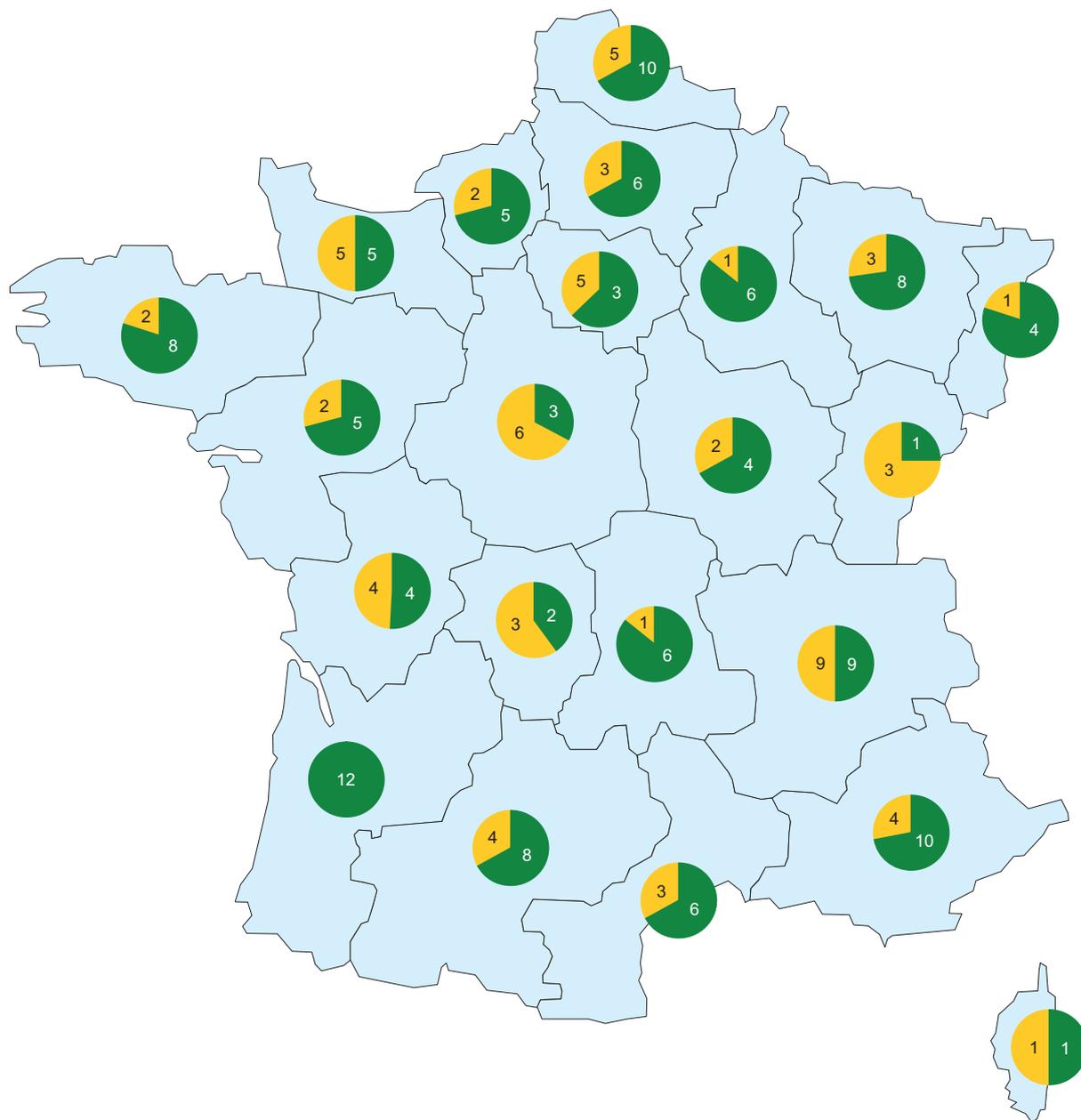
Objectif de performance

Tableau 11. Indicateur « Évaluation de la douleur » - Distribution par rapport à l'objectif de performance de 80 %¹¹

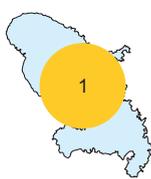
Année	Classe A		Classe B		Classe C		Classe D		Total
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	
2011	53	26	77	38	70	34	3	1	203
2010	28	15	47	26	91	50	16	9	182

11. La classe A se compose des établissements de santé (ES) ayant dépassé l'objectif de performance fixé à 80%. Les ES ayant atteint l'objectif se situent dans la classe B. Les ES dont le résultat est inférieur à l'objectif sont dans la classe C. Les ES qui avaient l'obligation de recueil et qui ne s'y sont pas soumis constituent la classe D.

Cartographie 3. Indicateur « Évaluation de la douleur » - Analyse régionale - Distribution par rapport à l'objectif de performance



Guadeloupe



Martinique



Réunion



Guyane

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

Le descriptif des moyennes régionales se trouve en [Annexe II](#).

Tableau 12. Indicateur « Évaluation de la douleur » - Évolution des classes des ES entre 2010 et 2011

	Nbre (%) d'ES ayant perdu au moins 1 classe	Nbre (%) d'ES n'ayant pas changé de classe	Nbre (%) d'ES ayant gagné au moins 1 classe	Total
Entre 2010 et 2011	12 8%	89 57%	56 36%	157

Parmi les 56 ES ayant gagné au moins une classe en 2011, 8 ES sont passés de la classe C à la classe A.

La majorité des ES comparés (89) n'a pas changé de classe en 2011. Parmi ces ES, 46 avaient déjà atteint ou dépassé l'objectif de performance en 2010. Plus précisément, 22 ES étaient déjà en classe A. Enfin, parmi les 43 ES qui restent en classe C en 2010 et 2011, 9 ES se sont significativement améliorés.

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

- La moyenne nationale de l'indicateur « Évaluation de la douleur » est de 71 %.
- Cet indicateur est en forte progression (+13 points). Cependant, la variabilité nationale persiste (2 % à 100 %).
- Pour plus de 8 patients algiques sur 10, la seconde évaluation de la douleur avec une échelle n'est pas tracée dans le dossier.
- Un quart des ES évaluent la douleur avec une échelle pour plus de 8 patients sur 10. La variabilité régionale persiste : 100 % des ES d'Aquitaine ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % contre 25 % des ES de Franche Comté.

Indicateur « Suivi du poids »

Description et mode d'évaluation

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

L'indicateur « Suivi du poids » évalue le suivi du poids à partir de la pré-admission chez le patient adulte par deux notifications du poids ou par la mention de la recherche de la variation du poids avant l'hospitalisation.

Analyse nationale

Tableau 13. Indicateur « Suivi du poids » - Statistiques descriptives (en %)

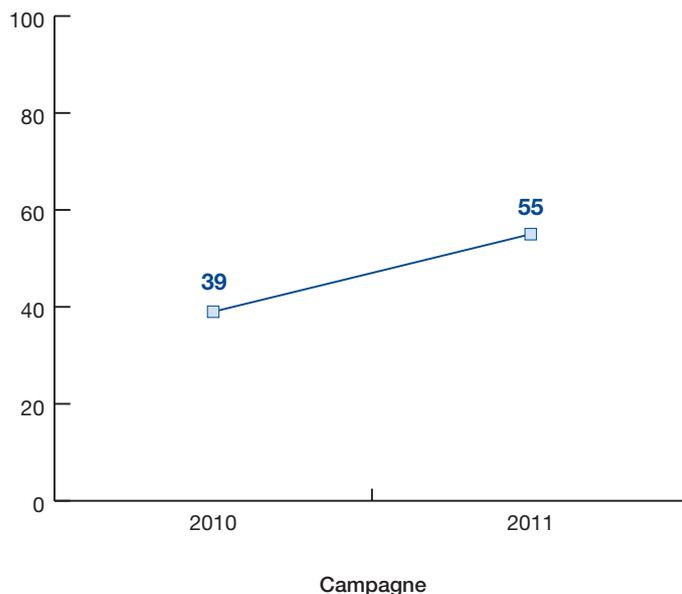
Campagne	Nbre d'ES	Nbre de dossiers	Moyenne	Médiane	Min	Max
Base de référence nationale 2011	124	5 682	55	53	2	100
Base de référence nationale 2010	136	6 783	39	34	4	93

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

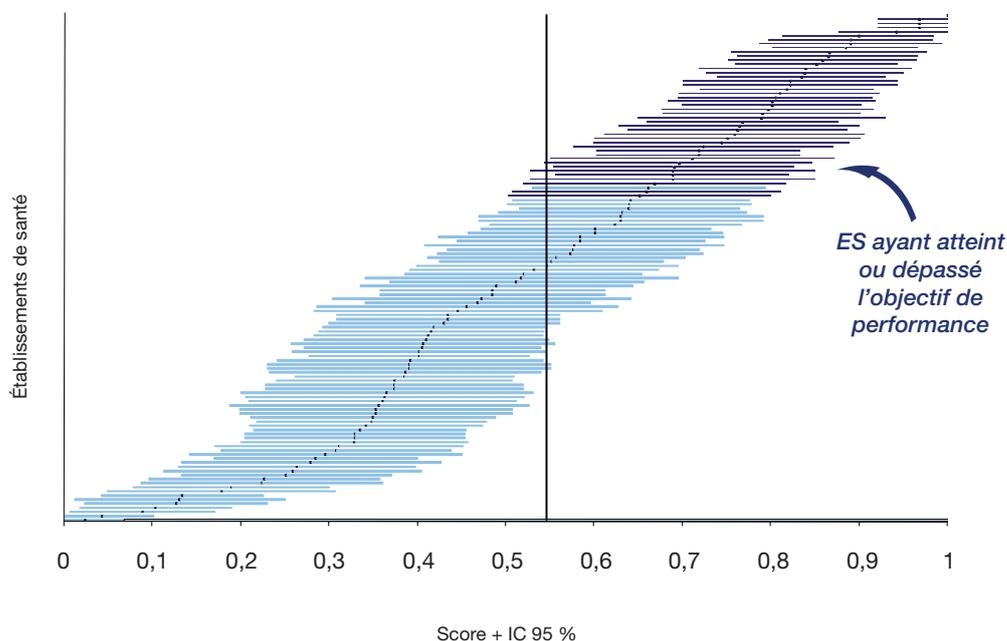
Tableau 14. Indicateur « Suivi du poids » - Éléments retrouvés sur le suivi du poids (en %)

2 mesures du poids retrouvées	Variation du poids retrouvée	2 mesures du poids et variation du poids tracés	Ni mesure ni variation du poids
27	8	19	46

Graphique 9. Indicateur « Suivi du poids » - Tendence de l'évolution de la moyenne nationale



Graphique 10. Indicateur « Suivi du poids » - Variabilité nationale¹²



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

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

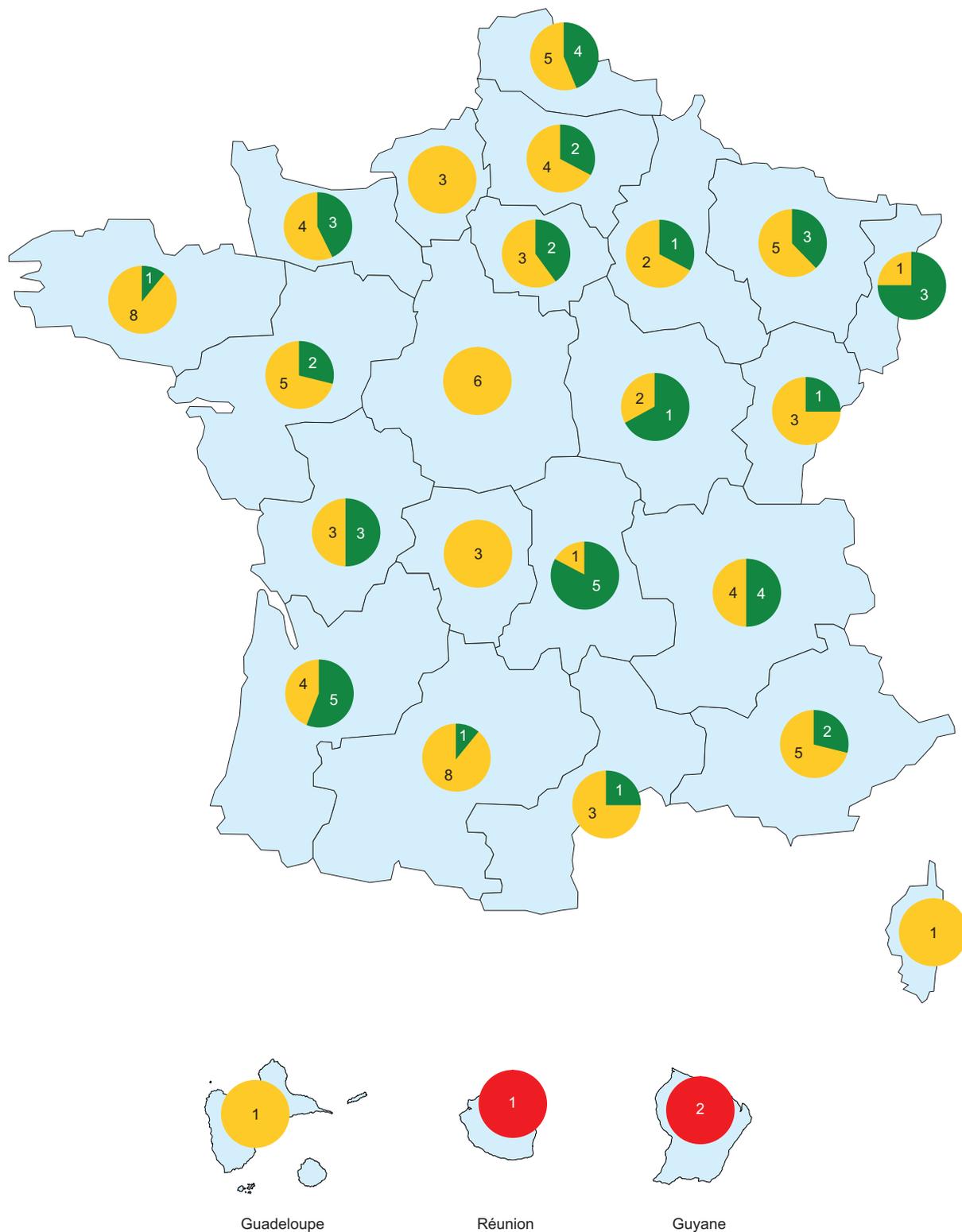
Objectif de performance

Tableau 15. Indicateur « Suivi du poids » - Distribution par rapport à l'objectif de performance de 80 %¹³

Année	Classe A		Classe B		Classe C		Classe D		Total
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	
2011	6	5	38	30	80	63	3	2	127
2010	2	1	21	14	113	74	16	11	152

13. La classe A se compose des établissements de santé (ES) ayant dépassé l'objectif de performance fixé à 80%. Les ES ayant atteint l'objectif se situent dans la classe B. Les ES dont le résultat est inférieur à l'objectif sont dans la classe C. Les ES qui avaient l'obligation de recueil et qui ne s'y sont pas soumis constituent la classe D.

Cartographie 4. Indicateur « Suivi du poids » - Analyse régionale - Distribution par rapport à l'objectif de performance



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

Le descriptif des moyennes régionales se trouve en [Annexe II](#).

Tableau 16. Indicateur « Suivi du poids » - Évolution des classes des ES entre 2010 et 2011

	Nbre (%) d'ES ayant perdu au moins 1 classe	Nbre (%) d'ES n'ayant pas changé de classe	Nbre (%) d'ES ayant gagné au moins 1 classe	Total
Entre 2010 et 2011	3 3%	74 71%	27 26%	104

Parmi les 27 ES ayant gagné au moins une classe en 2011, 3 ES sont passés de la classe C à la classe A.

La majorité des ES comparés (74) n'a pas changé de classe en 2011. Parmi ces ES, 12 avaient déjà atteint ou dépassé l'objectif de performance en 2010. Seulement un ES était déjà en classe A. Enfin, parmi les 62 ES qui restent en classe C en 2010 et 2011, 12 se sont significativement améliorés.

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

- La moyenne nationale de l'indicateur « Suivi du poids » a progressé de 16 points par rapport à l'année précédente et est maintenant à 55 %. La variabilité nationale persiste (2 % à 100 %).
- Aucune notification du poids et aucune mention de la recherche de la variation du poids avant l'hospitalisation n'est tracée dans le dossier de près d'un patient sur deux.
- Seuls 5 % des ES ont un suivi du poids à partir de la pré-admission pour plus de 8 patients sur 10. Les disparités régionales sont toujours présentes : le pourcentage d'ES par région ayant atteint ou dépassé l'objectif de performance varie de 0 % (Centre) à 75 % (Alsace).
- La marge de progression du suivi du poids reste importante.

Indicateur « Évaluation du risque d'escarre »

Description et mode d'évaluation

L'escarre est une pathologie qui peut être, dans la grande majorité des cas, évitée grâce à des mesures simples de prévention. La survenue d'escarres peut entraîner une augmentation de la durée de séjour et de la morbidité ainsi qu'un alourdissement de la charge de soins. Identifier les patients à risque est ainsi un aspect essentiel de la prévention des escarres. Il est possible d'identifier ces patients grâce à une échelle d'évaluation du risque complétée par un jugement clinique.

L'indicateur « Evaluation du risque d'escarre à l'admission » indique si le risque d'escarre a été apprécié entre la pré-admission et les 7 jours suivant l'admission dans le dossier du patient adulte. En HAD, la population concernée par cet indicateur a été ciblée sur les patients adultes à risque du fait de leur niveau de dépendance (indice de Karnofsky inférieur ou égal à 50).

Analyse nationale

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

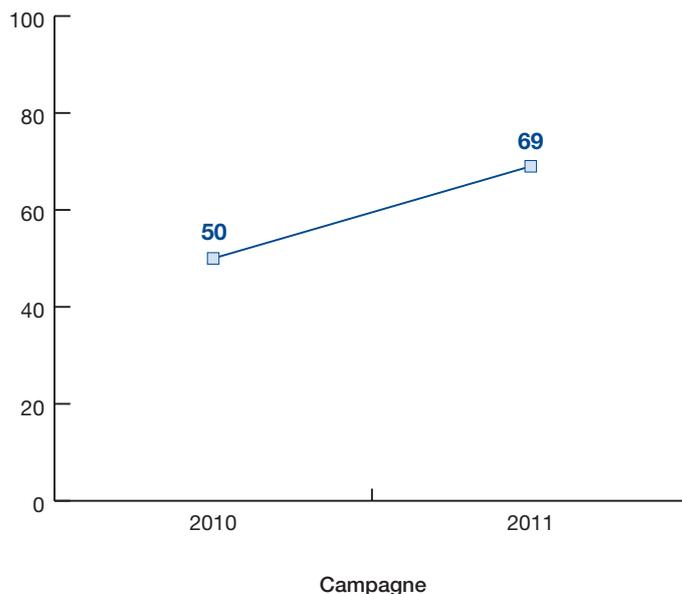
Campagne	Nbre d'ES	Nbre de dossiers	Moyenne	Médiane	Min	Max
Base de référence nationale 2011	162	7 954	69	78	0	100
Base de référence nationale 2010	130	6 503	50	49	0	100

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

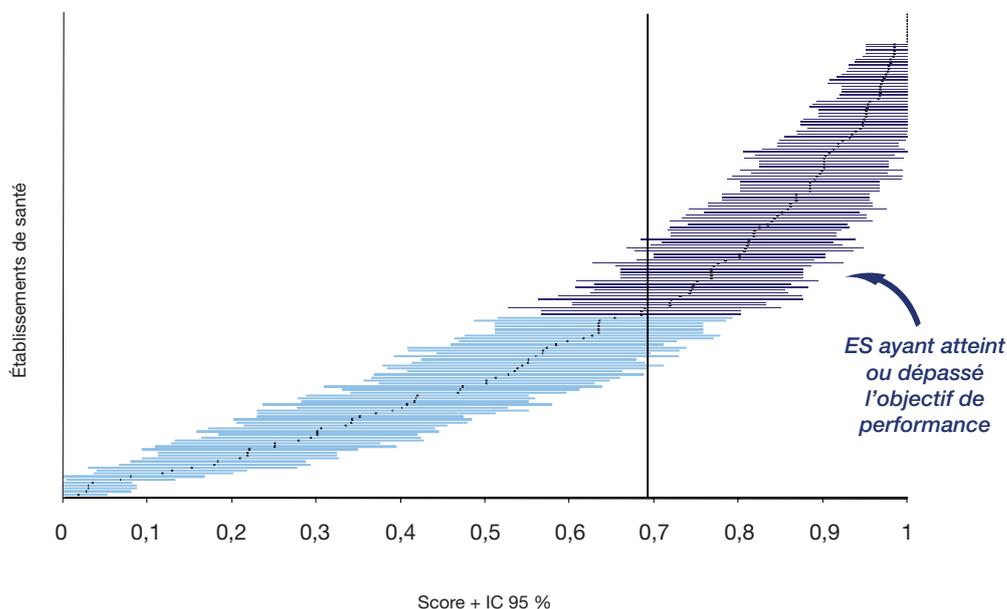
Tableau 18. Indicateur « Évaluation du risque d'escarre » - Causes de non conformités (en %) à l'indicateur

Pas d'évaluation	Pas de conclusion
25	93

Graphique 11. Indicateur « Évaluation du risque d'escarre » - Tendence de l'évolution de la moyenne nationale



Graphique 12. Indicateur « Évaluation du risque d'escarre » - Variabilité nationale¹⁴



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

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

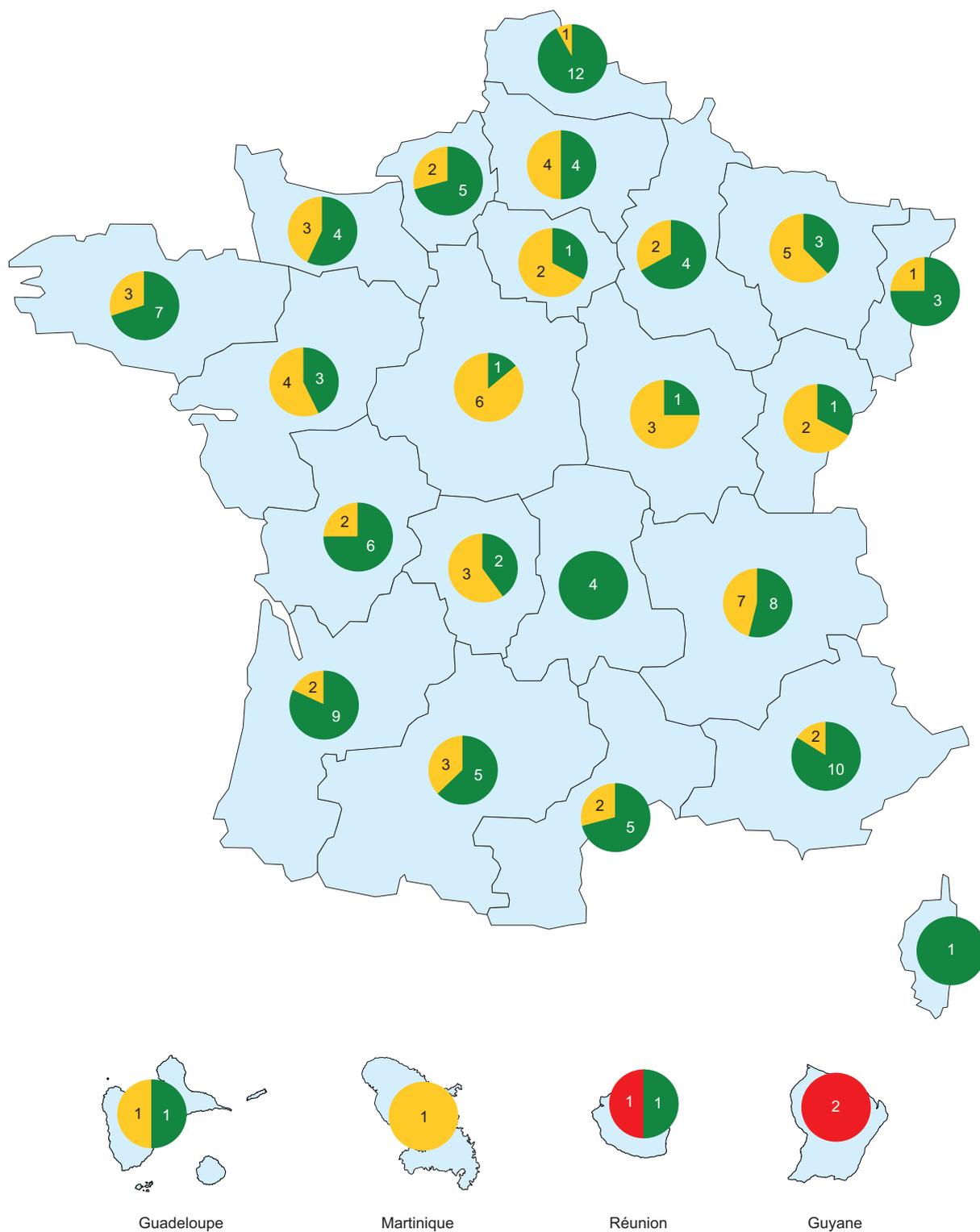
Objectif de performance

Tableau 19. Indicateur « Évaluation du risque d'escarre » - Distribution par rapport à l'objectif de performance de 80 %¹⁵

Année	Classe A		Classe B		Classe C		Classe D		Total
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	
2011	53	32	48	29	61	37	3	2	165
2010	22	15	20	14	88	60	16	11	146

15. La classe A se compose des établissements de santé (ES) ayant dépassé l'objectif de performance fixé à 80%. Les ES ayant atteint l'objectif se situent dans la classe B. Les ES dont le résultat est inférieur à l'objectif sont dans la classe C. Les ES qui avaient l'obligation de recueil et qui ne s'y sont pas soumis constituent la classe D.

Cartographie 5. Indicateur « Évaluation du risque d'escarre » - Analyse régionale - Distribution par rapport à l'objectif de performance



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

Le descriptif des moyennes régionales se trouve en [Annexe II](#).

Tableau 20. Indicateur « Évaluation du risque d'escarre » - Évolution des classes des ES entre 2010 et 2011

	Nbre (%) d'ES ayant perdu au moins 1 classe	Nbre (%) d'ES n'ayant pas changé de classe	Nbre (%) d'ES ayant gagné au moins 1 classe	Total
Entre 2010 et 2011	9 8%	53 45%	56 47%	118

La majorité des ES (56) ont gagné au moins une classe en 2011. Parmi eux, 20 ES sont passés de la classe C à la classe A.

Parmi les 53 ES qui n'ont pas changé de classe en 2011, 22 avaient déjà atteint ou dépassé l'objectif de performance en 2010. Plus précisément, 14 ES étaient déjà en classe A. Enfin, parmi les 31 ES qui restent en classe C en 2010 et 2011, 8 ES se sont significativement améliorés.

Parmi les 9 ES ayant perdu au moins une classe, 1 ES positionné en classe A en 2010 passe en classe C en 2011.

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

- Cet indicateur est en forte amélioration (+ 19 points). La moyenne nationale de l'indicateur « Évaluation du risque d'escarre » est maintenant à 69 %.
- Pour un patient à risque sur quatre, aucune trace de l'évaluation du risque d'escarre entre la pré-admission et les 7 jours suivant l'admission n'est retrouvée. Pour plus de 9 patients sur 10, c'est la conclusion qui n'est pas retrouvée.
- Un tiers des ES évalue le risque d'escarre entre la pré-admission et les 7 jours suivant l'admission pour plus de 8 patients à risque sur 10. L'atteinte de ce niveau de performance est cependant très variable sur l'ensemble des régions : 25 % des ES de Bourgogne contre 100 % des ES d'Auvergne.
- On constate une variabilité des résultats inter-établissements et inter-régions pour cet indicateur de prise en charge.

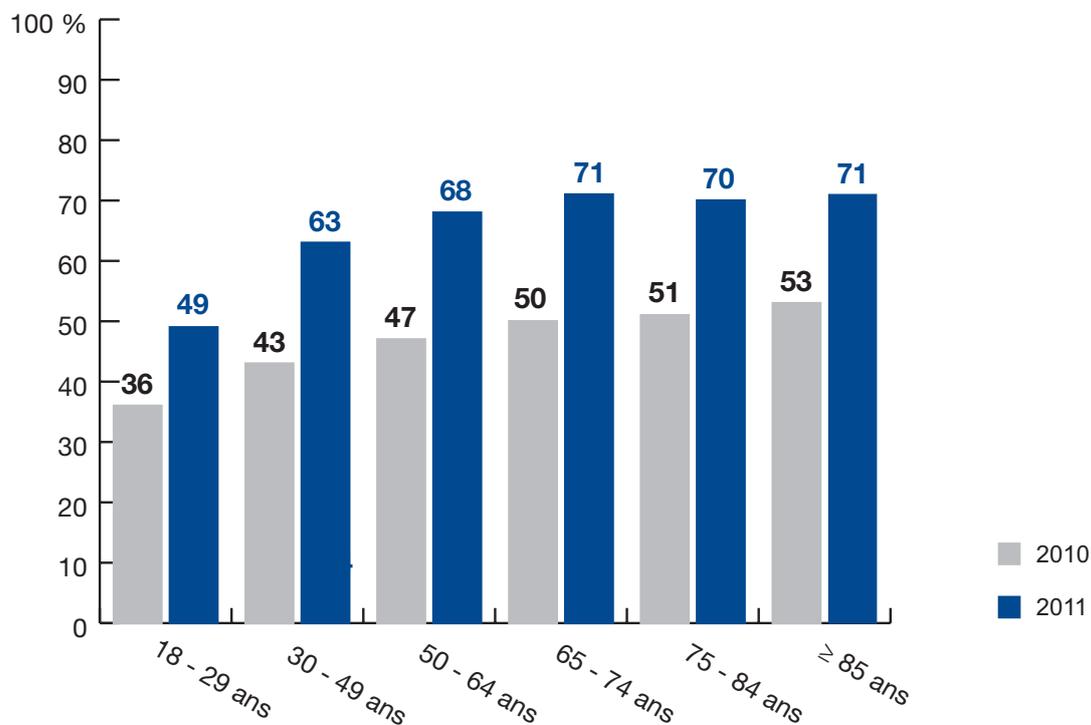
Analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats

Une analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats a été menée. Seuls les facteurs ayant un impact sur le résultat des indicateurs sont présentés ici.

Effet de l'âge

Bien que les résultats de l'indicateur Evaluation du risque d'escarre s'améliorent entre 2010 et 2011, **le risque d'escarre est plus souvent évalué pour les personnes âgées (pour 7 patients sur 10)** que pour les adultes (pour un patient de moins de trente ans sur deux) (Graphique 13). Or, l'ensemble des patients à risque doit être évalué.

Graphique 13. Fréquence de l'évaluation du risque d'escarre en fonction de l'âge



Effet de la dépendance

En 2011, comme en 2010, l'évaluation de la douleur est plus souvent réalisée pour les patients dépendants que pour les patients autonomes ; c'est l'inverse pour la fréquence du suivi du poids des patients.

Tableau 21. Évaluation de la douleur, Suivi du poids et Dépendance

	% de dossiers	Moyenne Évaluation de la douleur	Moyenne Suivi du poids
Indice de Karnofsky ≤ 50	27	72	51
Indice de Karnofsky > 50	73	66	60
P-value du t-test ¹⁶		p<0.001	p<0.001

Effet des modalités d'admission

En 2011, malgré une amélioration globale du suivi du poids pour tous les patients, il est **mieux tracé pour les patients qui sont en relai HAD au sein du même établissement** (mutation) que pour ceux qui viennent d'un autre établissement (transfert) ou du domicile.

Tableau 22. Suivi du poids et Mode d'entrée

Mode d'entrée	% de dossiers	Moyenne Suivi du poids 2010	Moyenne Suivi du poids 2011
Domicile	28	35	49
Mutation	20	44	62
Transfert	52	38	54
P-value du t-test (entre Domicile et Mutation)		p<0.001	p<0.001

16. Le test de Student permet de déterminer s'il existe une différence significative de la moyenne de l'indicateur entre les dossiers de patients autonomes et ceux des patients dépendants. Une p-value inférieure à 0.05 indique qu'une différence statistiquement significative existe.

Effet de la prise en charge des patients

Prise en charge en obstétrique

Les dossiers concernant des patientes prises en charge en obstétrique sont atypiques : le score moyen de l'indicateur « Tenue du dossier patient » est seulement de 64 pour ces dossiers¹⁷.

Tableau 23. Tenue du dossier du patient et prise en charge obstétricale

	% de dossiers	Moyenne 2010	Moyenne 2011
Prise en charge obstétricale	5	55	64

L'étude des résultats de cette prise en charge montre que les éléments manquants dans les dossiers sont :

- les éléments relatifs à la pré-admission (critère 2) ;
- la trace des prescriptions médicamenteuses nécessaires au démarrage de la prise en charge (critère 6) et d'une organisation du traitement médicamenteux à l'admission (critère 7) ;
- l'évaluation de la dépendance par une échelle détaillée (critère 8) ;
- la trace d'une réunion de synthèse pluri-professionnelle au cours du séjour (critère 9).

Ces patientes sont en majorité prises en charge dans 25 HAD¹⁸. L'analyse approfondie de leurs résultats conduit aux observations suivantes :

- ces ES ont une qualité générale de dossier variable (score compris entre 44 et 97) ;
- les dossiers d'obstétrique sont moins bien tenus que les autres dossiers (pour 13 ES sur 24), y compris pour les HAD qui ont un bon score TDP ;
- le faible score des 15 ES qui se situent en dessous de la moyenne nationale est lié aux dossiers d'obstétrique : pour ces ES, en dehors de cette activité, la qualité de dossier est correcte en HAD.

Les patientes prises en charge en obstétrique ont également un score moins bon sur l'indicateur de délai d'envoi des courriers.

Tableau 24. Délai d'envoi des courriers et prise en charge obstétricale

	% de dossiers	Moyenne 2010	Moyenne 2011
Prise en charge obstétricale	5	33	46

De plus, malgré une amélioration des résultats entre la campagne 2010 et la campagne 2011, il a été observé que la mesure de **l'évaluation de la douleur avec une échelle n'est présente que dans 49% des dossiers d'obstétrique** (Tableau 26).

17. L'analyse porte sur 819 patientes prises en charge dans 239 ES.

18. ES ayant plus de 15 dossiers Obstétricaux, ce qui représente 77 % des dossiers d'obstétrique.

Tableau 25. Évaluation de la douleur et prise en charge obstétricale

	% de dossiers	Moyenne 2010	Moyenne 2011
Prise en charge obstétricale	5	26	49

Il est à noter que les patientes prises en charge en obstétrique sont exclues de l'indicateur portant sur le suivi du poids et que moins de 40 dossiers de ces patientes ont été évalués pour l'indicateur « Évaluation du risque d'escarre ».

Ainsi, il existe une différence réelle de qualité de prise en charge entre ces patientes et les autres patients.

Prise en charge en soins palliatifs

Les patients en soins palliatifs présentent un score inférieur à celui d'autres prises en charge pour cet indicateur.

Tableau 26. Délai d'envoi des courriers et mode de prise en charge du patient

	% de dossiers	Moyenne 2010	Moyenne 2011
Soins palliatifs	34	30	43
Autre	59	40	54

Pour les patients pris en soins palliatifs, les évaluations de la douleur et du risque d'escarre sont réalisées dans 3 cas sur 4 (Tableau 27). Même si ces moyennes sont supérieures aux moyennes nationales, il reste une grande marge d'amélioration pour cette population.

Tableau 27. Mode de prise en charge du patient

	% de dossiers	Moyenne Évaluation de la douleur 2010	Moyenne Évaluation du risque d'escarre 2011
Soins palliatifs	16	74	73
Autre	79	71	67

Effet de la modalité de fin de séjour

Le mode de sortie est également associé à la variabilité des résultats. Pour seulement 40% des patients transférés un courrier de fin d'hospitalisation complet est envoyé sous 8 jours, contre 56% des dossiers de patients retournant à domicile (16 points d'écart).

Effet d'organisation des HAD

Informatisation des dossiers

Comme dans les autres secteurs, l'informatisation améliore la tenue du dossier patient.

Tableau 28. Informatisation du dossier et Tenue du dossier patient

	Moyenne 2010	Moyenne 2011
Informatisation totale	75	84
Aucune informatisation	65	79
P-value du t-test	p<0.001	p<0.001

La moyenne nationale de l'indicateur « Tenue du dossier patient - 2011 » est égale à 79 lorsque le dossier patient est au format papier, et elle est égale à 84 lorsque le dossier patient est totalement informatisé.

Il est observé que l'informatisation du dossier augmente la prévalence des éléments suivants dans le dossier :

- protocole de soins renseigné et daté ;
- organisation du traitement médicamenteux à l'admission tracée ;
- évaluation de la dépendance par une échelle détaillée ;
- transmission des informations assurant la continuité des soins à la sortie tracée ;
- courrier de fin d'hospitalisation ou compte-rendu d'hospitalisation comportant les éléments nécessaires à la coordination en aval.

Ainsi, **l'informatisation constitue un outil d'amélioration** de la tenue du dossier du patient.

Caractéristique de l'ES

De plus, les courriers de fin d'hospitalisation sont plus souvent **complets et envoyés sous huit jours dans les services HAD** que dans les établissements HAD autonomes. Cependant, pour cette activité, le médecin traitant ne recevra un courrier de fin d'hospitalisation complet dans un délai de 8 jours que pour 4 patients sur 10.

Par ailleurs, le suivi du poids est également meilleur dans les services HAD que dans les établissements HAD autonomes.

Tableau 29. Mode de prise en charge du patient

	Nombre d'ES	% d'ES	Moyenne Délai d'envoi des courriers 2011	Moyenne Suivi du poids 2011
Service HAD	142	59	43	43
Établissement HAD autonome	97	41	33	36
P-value du t-test			p=0.0278	p=0.0257

Constats principaux de l'analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats

● Effet population

- ▶ Le risque d'escarre est plus souvent évalué chez les personnes âgées que chez les adultes.
- ▶ L'évaluation de la douleur est plus souvent réalisée pour les patients dépendants que pour les patients autonomes ; c'est l'inverse pour la fréquence du suivi du poids.

● Effet du mode d'entrée et de sortie de l'ES

- ▶ Le suivi du poids est mieux tracé pour les patients qui sont en relai HAD au sein du même établissement que pour ceux qui viennent du domicile ou d'un autre établissement.
- ▶ Un courrier de fin d'hospitalisation complet est envoyé sous 8 jours moins souvent lorsque les patients sont transférés que lorsqu'ils retournent à domicile.

● Effet de la prise en charge

- ▶ Les dossiers de patientes prises en charge en obstétrique sont atypiques : le score moyen de l'indicateur « Tenue du dossier patient » est seulement de 64 ; ces patientes font moins souvent l'objet d'un courrier complet envoyé sous huit jours au médecin traitant ; elles ont moins souvent une évaluation de la douleur avec une échelle.
- ▶ Les patients en soins palliatifs ont plus rarement un courrier complet envoyé sous huit jours. A l'inverse, ils sont plus souvent évalués pour leur douleur et leur risque d'escarre.

● Effet structure

- ▶ L'informatisation constitue un outil d'amélioration de la tenue du dossier du patient.
- ▶ Les courriers de fin d'hospitalisation sont plus souvent complets et envoyés sous huit jours dans les services HAD que dans les établissements HAD autonomes.
- ▶ Le suivi du poids est également meilleur dans les services HAD.

Conclusion

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

La Haute Autorité de Santé (HAS) a piloté début 2012 la deuxième campagne nationale des indicateurs généralisés sur le thème du dossier du patient en secteur HAD.

Ce recueil a permis aux ES participants d'analyser leurs résultats individuels et comparatifs, et de mesurer l'impact des actions d'amélioration mises en place lors de la précédente campagne.

Les résultats présentés dans ce rapport sont issus d'une analyse de dossiers de patients hospitalisés entre le 1^{er} février et le 30 novembre 2011. L'analyse décrite permet plusieurs constats :

Pour tous les indicateurs, une amélioration dans le temps est constatée même si un potentiel d'amélioration existe pour l'ensemble des indicateurs.

- **La tenue du dossier patient s'est améliorée en 2 ans** : le score de conformité nationale en 2011 est de 77 (augmentation de 6 points), et est proche de l'objectif national de performance de 80 %. La pertinence de la mesure est confirmée par la variabilité des résultats inter-établissements (34 % - 99 %). En 2011, 57 % des établissements ont atteint ou dépassé l'objectif de performance. L'informatisation des dossiers améliore les résultats de l'indicateur « Tenue du dossier patient ». De plus, la tenue du dossier patient pour les patientes prises en charge en obstétrique demeure atypique.
- **L'envoi d'un courrier de fin d'hospitalisation**, avec l'ensemble des informations requises et dans un délai inférieur ou égal à 8 jours **a augmenté de 10 points** (passage de 39 % à 49 %), mais reste à améliorer. La variabilité des résultats est significative (0 % - 100 %). Seulement 36 % des établissements ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de

80 %. Une marge d'amélioration persiste, notamment pour les patients pris en charge en obstétrique ou en soins palliatifs.

- **L'évaluation de la douleur avec une échelle s'est également améliorée** : la moyenne nationale de l'indicateur « Évaluation de la douleur » est de 71 % (augmentation de 13 points). En 2011, 64 % des établissements ont atteint ou dépassé l'objectif de performance. Il reste cependant un potentiel d'amélioration important pour la prise en charge obstétricale.
- **Le suivi du poids est retrouvé pour près d'un patient sur deux**. En 2011, la moyenne nationale est de 55 % (augmentation de 16 points). Seulement 35 % des ES ont atteint ou dépassé l'objectif de performance pour l'indicateur sur le suivi du poids. La marge de progression reste importante.
- **L'évaluation du risque d'escarre connaît une forte amélioration depuis 2 ans**. En 2011, la moyenne nationale est de 69 % (augmentation de 19 points). 61 % des ES ont atteint ou dépassé l'objectif de performance. Il persiste néanmoins une variabilité inter-établissements et inter-régions des résultats pour cet indicateur de prise en charge. De plus, il a été observé que le risque d'escarre est plus souvent évalué chez les adultes que chez les personnes âgées, même si toute la population est à risque.

La variabilité des résultats nationaux et régionaux confirme la pertinence de la poursuite du recueil des indicateurs sur la qualité du dossier patient en HAD.

Le processus de généralisation d'indicateurs mené par la HAS a pour but de promouvoir une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en introduisant dans les dispositifs de régulation et de management hospitalier une politique de qualité fondée sur la mesure, mais aussi d'assurer l'information des usagers sur la qualité des prises en charge.

Au delà des actions d'amélioration qu'ils soutiennent, ces indicateurs sont intégrés à la certification (V2010) des ES, en lien avec les critères concernés. Les résultats sont également présentés dans les tableaux de bord régionaux destinés aux ARS afin de rendre compte d'une information structurée et comparative des prises en charge en régions.

Face à la progression de ces résultats, il est prévu pour le programme 2012-2016 de modifier le rythme de recueil des indicateurs du dossier patient en HAD, comme pour

les autres secteurs. Ainsi, les indicateurs seront recueillis selon un rythme biennal (tous les 2 ans), en alternance avec les indicateurs de pratique clinique. Les établissements auront ainsi une année complète pour mettre en place des plans d'actions d'amélioration entre deux mesures.

Table des illustrations

Cartographie 1. Indicateur « Tenue du dossier patient »	13
Cartographie 2. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation »	18
Cartographie 3. Indicateur « Évaluation de la douleur »	24
Cartographie 4. Indicateur « Suivi du poids »	29
Cartographie 5. Indicateur « Évaluation du risque d'escarre »	34
Graphique 1. Résultats des indicateurs du thème « Dossier du patient »	5
Graphique 2. Critères composant le score de la « Tenue du dossier patient »	10
Graphique 3. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Tendance de l'évolution de la moyenne nationale	11
Graphique 4. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Variabilité nationale	11
Graphique 5. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » - Tendance de l'évolution de la moyenne nationale	16
Graphique 6. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » - Variabilité nationale	16
Graphique 7. Indicateur « Évaluation de la douleur » - Tendance de l'évolution de la moyenne nationale	22
Graphique 8. Indicateur « Évaluation de la douleur » - Variabilité nationale	22
Graphique 9. Indicateur « Suivi du poids » - Tendance de l'évolution de la moyenne nationale	27
Graphique 10. Indicateur « Suivi du poids » - Variabilité nationale	27
Graphique 11. Indicateur « Évaluation du risque d'escarre » - Tendance de l'évolution de la moyenne nationale	32
Graphique 12. Indicateur « Évaluation du risque d'escarre » - Variabilité nationale	32
Graphique 13. Fréquence de l'évaluation du risque d'escarre en fonction de l'âge	36
Graphique 14. Distribution de l'âge des patients	48
Graphique 15. Distribution des durées de séjour	49
Tableau 1. Classement des indicateurs par rapport au seuil de performance	6
Tableau 2. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Statistiques descriptives (score compris entre 0 et 100)	10
Tableau 3. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Distribution par rapport à l'objectif de performance de 80%	12
Tableau 4. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Évolution des classes des ES entre 2010 et 2011	14
Tableau 5. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » - Statistiques descriptives (en %)	15
Tableau 6. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » - Causes de non conformités (en %) à l'indicateur	15
Tableau 7. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » - Distribution par rapport à l'objectif de performance de 80 %	17
Tableau 8. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » - Évolution des classes des ES entre 2010 et 2011	19
Tableau 9. Indicateur « Évaluation de la douleur » - Statistiques descriptives (en %)	21
Tableau 10. Indicateur « Évaluation de la douleur » - Causes de non conformités (en %) à l'indicateur	21
Tableau 11. Indicateur « Évaluation de la douleur » - Distribution par rapport à l'objectif de performance de 80 %	23
Tableau 12. Indicateur « Évaluation de la douleur » - Évolution des classes des ES entre 2010 et 2011	25
Tableau 13. Indicateur « Suivi du poids » - Statistiques descriptives (en %)	26
Tableau 14. Indicateur « Suivi du poids » - Éléments retrouvés sur le suivi du poids (en %)	26
Tableau 15. Indicateur « Suivi du poids » - Distribution par rapport à l'objectif de performance de 80 %	28
Tableau 16. Indicateur « Suivi du poids » - Évolution des classes des ES entre 2010 et 2011	30
Tableau 17. Indicateur « Évaluation du risque d'escarre » - Statistiques descriptives (en %)	31
Tableau 18. Indicateur « Évaluation du risque d'escarre » - Causes de non conformités (en %) à l'indicateur	31
Tableau 19. Indicateur « Évaluation du risque d'escarre » - Distribution par rapport à l'objectif de performance de 80 %	33
Tableau 20. Indicateur « Évaluation du risque d'escarre » - Évolution des classes des ES entre 2010 et 2011	35
Tableau 21. Évaluation de la douleur, Suivi du poids et Dépendance	37
Tableau 22. Suivi du poids et Mode d'entrée	37
Tableau 23. Tenue du dossier du patient et prise en charge obstétricale	38
Tableau 24. Délai d'envoi des courriers et prise en charge obstétricale	38
Tableau 25. Évaluation de la douleur et prise en charge obstétricale	39
Tableau 26. Délai d'envoi des courriers et mode de prise en charge du patient	39
Tableau 27. Mode de prise en charge du patient	39
Tableau 28. Informatisation du dossier et Tenue du dossier patient	40
Tableau 29. Mode de prise en charge du patient	40
Tableau 30. Répartition dans les classes d'âge	48
Tableau 31. Répartition des séjours dans des classes	49
Tableau 32. Effectifs de la campagne 2011	50
Tableau 33. Distribution par rapport à la moyenne nationale	50
Tableau 34. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Moyennes régionales (score compris entre 0 et 100)	51
Tableau 35. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » - Moyennes régionales (en %)	52
Tableau 36. Indicateur « Évaluation de la douleur » - Moyennes régionales (en %)	53
Tableau 37. Indicateur « Suivi du poids » - Moyennes régionales (en %)	54
Tableau 38. Indicateur « Évaluation du risque d'escarre » - Moyennes régionales (en %)	55
Tableau 39. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Statistiques descriptives par catégorie d'ES	56
Tableau 40. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » - Statistiques descriptives par catégorie d'ES (en %)	56
Tableau 41. Indicateur « Évaluation de la douleur » - Statistiques descriptives par catégorie d'ES (en %)	56
Tableau 42. Indicateur « Suivi du poids » - Statistiques descriptives par catégorie d'ES (en %)	57
Tableau 43. Indicateur « Évaluation du risque d'escarre » - Statistiques descriptives par catégorie d'ES (en %)	57

Annexe I. Méthodes d'analyse

► Recueil des données

Outils de recueil

Les outils informatiques développés par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) qui permettent à la fois le recueil des données et la restitution en temps réel de résultats pour chaque indicateur recueilli par l'établissement se composent :

- d'un logiciel de tirage au sort (Lotas) des séjours qui sont analysés et servent au calcul des indicateurs ;
- d'une plate-forme Internet sécurisée (Qualhas) à laquelle chaque établissement se connecte à l'aide d'un identifiant et d'un mot de passe, afin de saisir les informations. Ce système permet de restituer aux ES des résultats individuels et des résultats comparatifs standardisés, pour chaque indicateur, comportant des références nationale, régionale, par catégorie d'établissements, et par rapport à l'objectif de performance national, lorsqu'il a été fixé.

Toutes les données agrégées, présentées dans ce document, sont issues de la plate-forme de recueil Qualhas. Elles concernent l'ensemble des ES du secteur de l'hospitalisation à domicile impliqués dans la campagne de généralisation des indicateurs.

Conditions de recueil

Tous les établissements ayant une activité d'hospitalisation à domicile sont concernés par le recueil mais un seuil d'activité est fixé afin de définir le groupe d'établissements en recueil obligatoire.

Le recueil des indicateurs concernant la qualité du dossier du patient dans le secteur HAD consiste en une enquête rétrospective portant sur un échantillon aléatoire de séjours réalisés au cours de l'année 2010. Soixante séjours sont analysés dans chaque ES.

Séjours analysés	Recueil obligatoire ¹⁹
60 séjours de patients adultes tirés au sort : <ul style="list-style-type: none">• d'au moins 8 jours ;• non précédés dans le mois précédent et non suivis dans le mois suivant par un autre séjour au sens PMSI ;• commencés et terminés au cours de l'année 2011.	ES réalisant moins de 30 séjours tels que demandés au cours de l'année 2010.

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

Le nombre de dossiers évalués est identique quelles que soient la taille et la catégorie des établissements de santé participant à la généralisation. En effet, ce nombre de dossiers, relativement faible, est statistiquement suffisant pour permettre une estimation de la qualité des dossiers évalués, et avoir une charge de travail acceptable, tout type de structure confondu. Un intervalle de confiance à 95 % est présenté avec le résultat de chaque indicateur. Cet intervalle de confiance est calculé sur l'échantillon et ne tient pas compte de l'activité de l'ES. Un seuil minimum de 30 dossiers évalués par établissement a été retenu pour que l'établissement entre dans les comparatifs : il est alors possible d'assumer que la distribution est normale et de calculer des intervalles de confiance.

► Méthodes de comparaison

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

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

► Méthodes de présentation des résultats

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

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

Positionnement par rapport à la moyenne nationale

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



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



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



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

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

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

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

► Méthodes d'analyse des facteurs associés

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

- sexe des patients ;
- âge des patients ;
- mode d'entrée ;
- type de prise en charge ;
- dépendance (indice de karnofsky) ;
- durée de séjour ;
- mode de sortie ;
- informatisation des dossiers ;
- EHPAD.

Pour chacun de ces facteurs, des tests statistiques de comparaison de moyenne ont été réalisés.

Annexe II. Tableaux complémentaires

► Population de la base

Les données concernent des patients adultes hospitalisés à domicile.

L'échantillon de patients étudié comporte autant d'hommes que de femmes. La population des patients en HAD est plutôt âgée : l'âge moyen des patients est de 68 ans et 1 patient sur 2 a plus de 72 ans (Graphique 14).

Graphique 14. Distribution de l'âge des patients

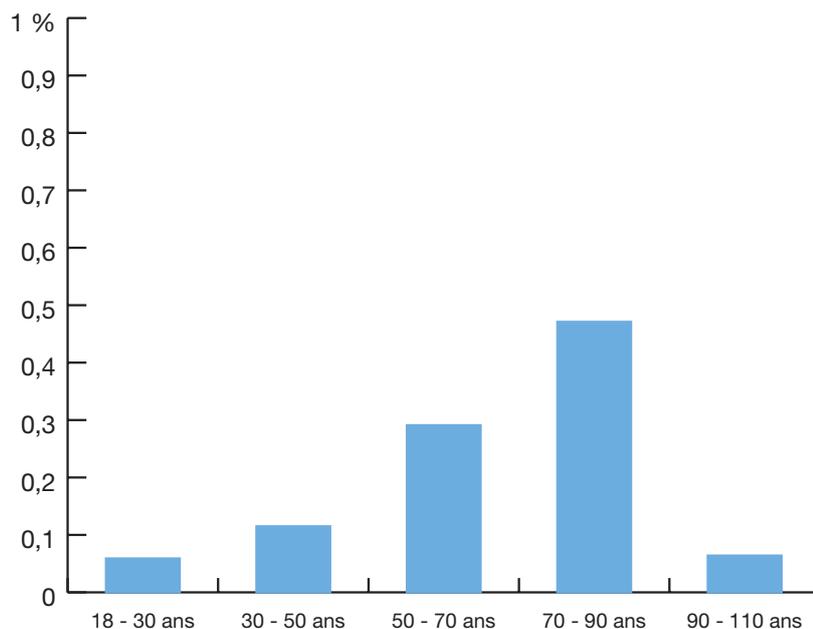


Tableau 30. Répartition dans les classes d'âge

Classe d'âge	% de dossiers 2011
18 - 49 ans	17
50 - 64 ans	21
65 - 74 ans	18
65 - 74 ans	27
≥ 85 ans	17

De plus, 3 patients sur 4 sont totalement dépendants (indice de Karnofsky ≤ 50).

Un patient sur deux est hospitalisé à domicile suite à une hospitalisation dans un autre établissement (transfert) ; 24 % bénéficient d'un relai HAD (mutation) et 27 % n'étaient pas hospitalisés avant leur prise en charge (domicile).

Ils sont hospitalisés en moyenne 34 jours ; un patient sur 2 a une durée de séjour comprise entre 14 et 42 jours. La distribution des durées de séjour est présentée dans l'histogramme ci-dessous.

Graphique 15. Distribution des durées de séjour

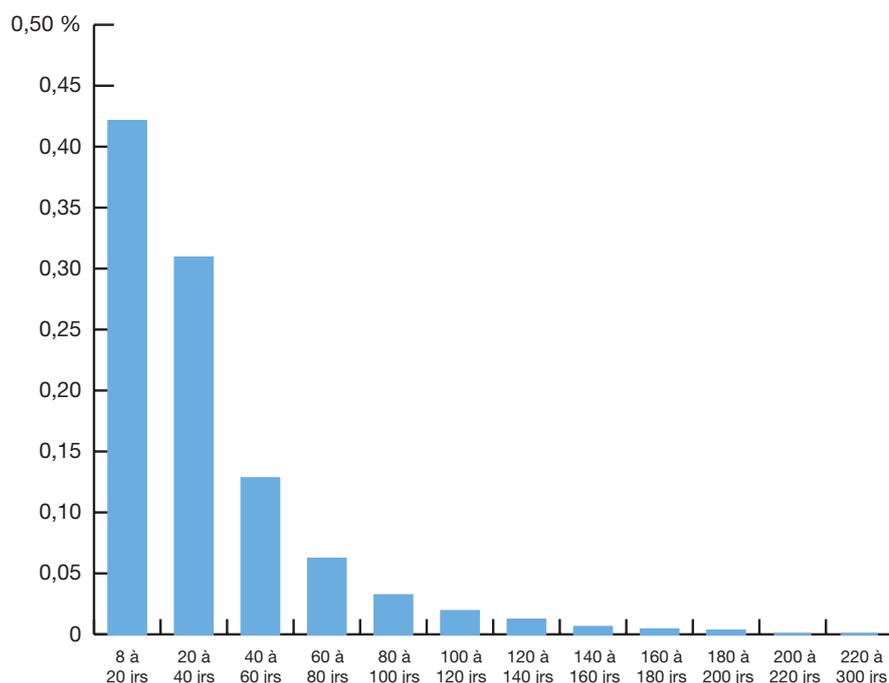


Tableau 31. Répartition des séjours dans des classes

Classe d'âge	% de dossiers 2011
8 - 15 jours	32
16 - 30 jours	30
31 - 60 jours	24
>60 jours	14

En ce qui concerne le mode de prise en charge, 6 % des patients (819 femmes) ont bénéficié d'une prise en charge obstétricale ; les soins palliatifs représentent 35 % des séjours analysés (N=4 636), proportion équivalente au taux national.

La majorité des patients (1 sur 2) reste à son domicile à la fin de son hospitalisation. Le transfert concerne 21 % des patients ; 7 % sont mutés et 21 % décèdent.

La majeure partie des dossiers sont partiellement informatisés (informatisation du dossier structure). L'informatisation est totale pour 9 % des dossiers.

À l'inverse, 15 % des dossiers existent uniquement sous support papier. Les proportions étaient les mêmes en 2010 : à l'inverse d'autres secteurs, le pourcentage de dossiers totalement informatisés n'augmente pas en HAD.

Enfin, parmi les 239 établissements de santé considérés, 142 (60 %) sont des services HAD attachés à un établissement, et 97 (40 %) sont des établissements HAD autonomes.

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

Tableau 32. Effectifs de la campagne 2011

Indicateur	Population totale	Base de référence nationale ²⁰	ES n'entrant pas dans la base de référence nationale	
		Nbre d'ES avec effectif N > 30	Nbre d'ES non répondant	Nbre d'ES avec effectif N ≤ 30
Tenue du dossier patient	242	200	3	42
Délai d'envoi du courrier	242	155	3	87
Évaluation de la douleur	242	200	3	42
Suivi du poids	242	124	3	118
Évaluation du risque d'escarre	242	162	3	80

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

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

Tableau 33. Distribution par rapport à la moyenne nationale

Indicateur							Total
	Nbre d'ES	% d'ES	Nbre d'ES	% d'ES	Nbre d'ES	% d'ES	
Tenue du dossier patient	97	49	36	18	67	34	200
Délai d'envoi du courrier	59	38	39	25	57	37	155
Évaluation de la douleur	83	42	66	33	51	26	200
Suivi du poids	36	29	44	35	44	35	124
Évaluation du risque d'escarre	79	49	40	25	43	27	162

20. Nombre d'ES pris en compte pour le calcul des moyennes des indicateurs.

► **Distribution des moyennes régionales par indicateur**

Tableau 34. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Moyennes régionales (score compris entre 0 et 100)

	ES composant la référence	Moyenne nationale = 77	ES n'entrant pas dans la référence	
	Nbre d'ES avec N > 30	Moyenne par région	Nbre d'ES non répondant	Nbre d'ES avec N ≤ 30
Alsace	5	76	0	1
Aquitaine	12	86	0	0
Auvergne	7	87	0	1
Basse Normandie	10	86	0	3
Bourgogne	6	75	0	5
Bretagne	10	77	0	0
Centre	9	69	0	2
Champagne Ardenne	7	78	0	3
Corse	2	76	0	1
Franche Comté	4	57	0	0
Guadeloupe	2	83	0	2
Guyane	0		2	0
Haute Normandie	7	76	0	1
Ile de France	8	67	0	2
Languedoc Roussillon	9	85	0	2
Limousin	5	68	0	0
Lorraine	11	80	0	3
Martinique	1	58	0	0
Midi Pyrénées	12	79	0	3
Nord Pas de Calais	15	81	0	0
PACA	14	75	0	4
Pays de la Loire	7	72	0	0
Picardie	9	70	0	1
Poitou Charentes	8	77	0	2
Réunion	2	57	1	1
Rhône Alpes	18	83	0	2

Tableau 35. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » - Moyennes régionales (en %)

	ES composant la référence	Moyenne nationale = 49	ES n'entrant pas dans la référence	
	Nbre d'ES avec N > 30	Moyenne par région	Nbre d'ES non répondant	Nbre d'ES avec N ≤ 30
Alsace	5	74	0	1
Aquitaine	10	71	0	2
Auvergne	6	73	0	2
Basse Normandie	7	66	0	6
Bourgogne	4	49	0	7
Bretagne	9	64	0	1
Centre	8	52	0	3
Champagne Ardenne	4	78	0	6
Corse	1	64	0	2
Franche Comté	3	7	0	1
Guadeloupe	1	9	0	3
Guyane	0		2	0
Haute Normandie	3	25	0	5
Ile de France	7	23	0	3
Languedoc Roussillon	6	34	0	5
Limousin	5	26	0	0
Lorraine	9	63	0	5
Martinique	1	5	0	0
Midi Pyrénées	9	32	0	6
Nord Pas de Calais	15	55	0	0
PACA	12	42	0	6
Pays de la Loire	7	32	0	0
Picardie	7	43	0	3
Poitou Charentes	5	38	0	5
Réunion	0		1	3
Rhône Alpes	11	49	0	9

Tableau 36. Indicateur « Évaluation de la douleur » - Moyennes régionales (en %)

	ES composant la référence	Moyenne nationale = 71	ES n'entrant pas dans la référence	
	Nbre d'ES avec N > 30	Moyenne par région	Nbre d'ES non répondant	Nbre d'ES avec N ≤ 30
Alsace	5	86	0	1
Aquitaine	12	87	0	0
Auvergne	7	78	0	1
Basse Normandie	10	75	0	3
Bourgogne	6	69	0	5
Bretagne	10	72	0	0
Centre	9	49	0	2
Champagne Ardenne	7	86	0	3
Corse	2	72	0	1
Franche Comté	4	53	0	0
Guadeloupe	2	30	0	2
Guyane	0		2	0
Haute Normandie	7	80	0	1
Ile de France	8	68	0	2
Languedoc Roussillon	9	70	0	2
Limousin	5	57	0	0
Lorraine	11	71	0	3
Martinique	1	29	0	0
Midi Pyrénées	12	73	0	3
Nord Pas de Calais	15	72	0	0
PACA	14	76	0	4
Pays de la Loire	7	70	0	0
Picardie	9	70	0	1
Poitou Charentes	8	60	0	2
Réunion	2	69	1	1
Rhône Alpes	18	67	0	2

Tableau 37. Indicateur « Suivi du poids » - Moyennes régionales (en %)

	ES composant la référence	Moyenne nationale = 55	ES n'entrant pas dans la référence	
	Nbre d'ES avec N > 30	Moyenne par région	Nbre d'ES non répondant	Nbre d'ES avec N ≤ 30
Alsace	4	66	0	2
Aquitaine	9	57	0	3
Auvergne	6	78	0	2
Basse Normandie	7	60	0	6
Bourgogne	3	74	0	8
Bretagne	9	47	0	1
Centre	6	37	0	5
Champagne Ardenne	3	57	0	7
Corse	1	22	0	2
Franche Comté	0		0	4
Guadeloupe	1	9	0	3
Guyane	0		2	0
Haute Normandie	3	29	0	5
Ile de France	5	41	0	5
Languedoc Roussillon	4	61	0	7
Limousin	3	42	0	2
Lorraine	8	57	0	6
Martinique	0		0	1
Midi Pyrénées	9	49	0	6
Nord Pas de Calais	9	56	0	6
PACA	7	52	0	11
Pays de la Loire	7	52	0	0
Picardie	6	48	0	4
Poitou Charentes	6	59	0	4
Réunion	0		1	3
Rhône Alpes	8	71	0	12

Tableau 38. Indicateur « Évaluation du risque d'escarre » - Moyennes régionales (en %)

	ES composant la référence	Moyenne nationale = 69	ES n'entrant pas dans la référence	
	Nbre d'ES avec N > 30	Moyenne par région	Nbre d'ES non répondant	Nbre d'ES avec N ≤ 30
Alsace	4	80	0	2
Aquitaine	11	71	0	1
Auvergne	4	88	0	4
Basse Normandie	7	66	0	6
Bourgogne	4	43	0	7
Bretagne	10	72	0	0
Centre	7	49	0	4
Champagne Ardenne	6	67	0	4
Corse	1	97	0	2
Franche Comté	3	47	0	1
Guadeloupe	2	34	0	2
Guyane	0		2	0
Haute Normandie	7	79	0	1
Ile de France	3	63	0	7
Languedoc Roussillon	7	72	0	4
Limousin	5	61	0	0
Lorraine	8	63	0	6
Martinique	1	13	0	0
Midi Pyrénées	8	70	0	7
Nord Pas de Calais	13	87	0	2
PACA	12	78	0	6
Pays de la Loire	7	61	0	0
Picardie	8	59	0	2
Poitou Charentes	8	74	0	2
Réunion	1	69	1	2
Rhône Alpes	15	70	0	5

► **Distribution des moyennes par catégorie d'ES**

Tableau 39. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Statistiques descriptives par catégorie d'ES (score compris entre 0 et 100)

	ES composant la référence	Moyenne nationale = 77	ES n'entrant pas dans la référence nationale	
	Nbre d'ES avec N > 30	Moyenne par catégorie	Nbre d'ES non répondant	Nbre d'ES avec N ≤ 30
CH	64	79	0	24
CHU	7	74	0	1
ESPIC	98	76	1	9
GCS public	1	82	0	0
Privé	30	79	2	5

Tableau 40. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » - Statistiques descriptives par catégorie d'ES (en %)

	ES composant la référence	Moyenne nationale = 49	ES n'entrant pas dans la référence nationale	
	Nbre d'ES avec N > 30	Moyenne par catégorie	Nbre d'ES non répondant	Nbre d'ES avec N ≤ 30
CH	34	53	0	54
CHU	7	40	0	1
ESPIC	89	49	1	18
GCS public	1	97	0	0
Privé	24	44	2	11

Tableau 41. Indicateur « Évaluation de la douleur » - Statistiques descriptives par catégorie d'ES (en %)

	ES composant la référence	Moyenne nationale = 71	ES n'entrant pas dans la référence nationale	
	Nbre d'ES avec N > 30	Moyenne par catégorie	Nbre d'ES non répondant	Nbre d'ES avec N ≤ 30
CH	64	72	0	24
CHU	7	64	0	1
ESPIC	98	70	1	9
GCS public	1	80	0	0
Privé	30	71	2	5

Tableau 42. Indicateur « Suivi du poids » - Statistiques descriptives par catégorie d'ES (en %)

	ES composant la référence	Moyenne nationale = 55	ES n'entrant pas dans la référence nationale	
	Nbre d'ES avec N > 30	Moyenne par catégorie	Nbre d'ES non répondant	Nbre d'ES avec N ≤ 30
CH	37	58	0	51
CHU	6	62	0	2
ESPIC	66	53	1	41
GCS public	0		0	1
Privé	15	51	2	20

Tableau 43. Indicateur « Évaluation du risque d'escarre » - Statistiques descriptives par catégorie d'ES (en %)

	ES composant la référence	Moyenne nationale = 69	ES n'entrant pas dans la référence nationale	
	Nbre d'ES avec N > 30	Moyenne par catégorie	Nbre d'ES non répondant	Nbre d'ES avec N ≤ 30
CH	40	65	0	48
CHU	5	68	0	3
ESPIC	92	69	1	15
GCS public	1	100	0	0
Privé	24	77	2	11



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

www.has-sante.fr

2 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis-La Plaine CEDEX

Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00