



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Indicateurs de qualité généralisés en santé mentale

Campagne 2010

**Analyse descriptive des résultats
agrégés 2010 et analyse des facteurs
associés à la variabilité des résultats**

Pourquoi ce document ?

Ce document présente les résultats issus des recueils des indicateurs généralisés par la HAS dans le secteur de la santé mentale qui portent sur la qualité du dossier patient, l'envoi du courrier de fin d'hospitalisation et l'évaluation des troubles nutritionnels.

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

Pour en savoir plus

La synthèse du rapport « Analyse descriptive des résultats agrégés 2010 » se trouve sur le site internet de la HAS au lien suivant :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1098019/ipaqss-les-rapports-2010

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

Introduction	5
Synthèse des indicateurs (rapport 2011 des résultats de la campagne 2010)	7
Méthodes d'analyses	
Recueil des données	8
Méthodes de comparaison	9
Méthodes de présentation	9
Méthode d'analyse des facteurs associés	11
Thème « Dossier du patient » (DPA)	12
Indicateur « Tenue du dossier patient »	16
Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation »	26
Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels »	
Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » - niveau 1	33
Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » - niveau 2	41
Conclusion	46

INTRODUCTION

En 2006, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et la Haute Autorité de Santé (HAS) ont décidé 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.

Une montée en charge progressive

Depuis, la montée en charge est progressive tant au niveau des secteurs d'activités concernés que du nombre d'indicateurs de qualité à recueillir. Le nombre d'indicateurs à renseigner restera néanmoins limité pour des raisons de faisabilité.

En 2009, la HAS a coordonné la deuxième campagne de généralisation des 4 indicateurs du dossier patient, de l'indicateur du dossier anesthésie et des indicateurs du thème « Infarctus du myocarde à la sortie de l'ES » impliquant les 1 200 ES ayant une activité en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO). La même année, la HAS a également mis en œuvre la première généralisation de 5 indicateurs évaluant le dossier patient pour les 1 150 ES ayant une activité de soins de suite et réadaptation (SSR). Enfin, depuis 2011, le recueil d'indicateurs évaluant la qualité du dossier est également obligatoire pour les ES d'HAD et de santé mentale.

Ces indicateurs de qualité sont développés par une équipe de recherche (COMPAQ HPST) coordonnée par les institutions en charge de la généralisation des indicateurs. Le travail de recherche a consisté à adapter aux spécificités de la prise en charge en santé mentale, les indicateurs généralisés en MCO depuis 2008 sur le thème « dossier patient ».

Cette étape de réflexion théorique a été menée en partenariat avec les représentants des professionnels du secteur et des fédérations représentatives d'ES¹. Les indicateurs ainsi définis ont été expérimentés par 108 ES représentant les différentes catégories², avec ou sans activité exclusive de psychiatrie, afin d'être validés et généralisables par la HAS.

Tous les ES participant au recueil HAS reçoivent, par le biais de la plate-forme Qualhas, une information structurée et comparative qui leur permet de se positionner par rapport aux politiques qualité conduites ou à engager. La présentation des résultats individuels permet d'identifier les voies d'amélioration, et par la suite avec l'évolution dans le temps au fur et à mesure des campagnes, les ES peuvent valoriser le résultat des actions d'amélioration mises en œuvre. Cette plate-forme permet également aux ES de se comparer entre eux et d'apprécier ainsi les domaines où des progrès sont possibles pour améliorer la qualité de leurs activités.

1. La Conférence des Présidents de CME de CHS, la Conférence des Présidents de CME, la Conférence des Présidents de CHU, la Fédération Française de Psychiatrie, Le Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie, l'Union Nationale des Cliniques Psychiatriques Privées.

2. Catégories détaillées page 22.

Diffusion publique des résultats

Depuis 2009, la loi HPST n° 2009-879 du 21 juillet a renforcé l'utilisation de ces 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 mis à la disposition du public est fixée par arrêté ministériel. Cet arrêté définit également un objectif de performance à atteindre par les ES au terme de 3 campagnes de recueil.

Pour le secteur MCO et SSR, cet objectif de performance a été fixé à 80 %, ce qui signifie que 8 dossiers sur 10 doivent répondre à l'ensemble des critères qualité définis. Pour le secteur santé mentale, cet objectif sera certainement également fixé à 80 %.

Parce qu'il s'agit de la 1^{ère} campagne de généralisation pour la santé mentale, les résultats présentés dans ce rapport ne seront pas diffusés nominativement sur le site PLATINES, mais seulement à partir de la 2^e campagne (janvier 2012 – mars 2012).

Par ailleurs, dans le cadre de la procédure de certification V2010, il est attendu des ES qu'ils intègrent les résultats des indicateurs dans leur auto-évaluation. La réalisation du recueil atteste de l'accomplissement d'un travail d'évaluation. La valeur de l'indicateur objective le niveau de qualité atteint pour l'élément d'appréciation auquel il est associé dans le manuel de certification.

Ce rapport présente une analyse agrégée des résultats de la 1^{ère} campagne de recueil. Des analyses complémentaires réalisées au regard d'un certain nombre de variables la complètent.

SYNTHÈSE DES INDICATEURS

(rapport 2011 des résultats de la campagne 2010)

Le rapport présente les résultats de la campagne 2010 des indicateurs généralisés par la HAS pour le thème « Tenue du dossier patient en santé mentale ».

Le thème est composé des indicateurs suivants :

► Tenue du dossier patient

L'indicateur évalue le contenu du dossier des patients hospitalisés. Le dossier patient contribue au partage de l'information entre les différents professionnels de santé prenant en charge le patient.

► Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation

L'indicateur évalue le contenu du courrier ou du compte-rendu de fin d'hospitalisation, et son délai d'envoi. Il permet d'apprécier le lien entre la médecine hospitalière et ambulatoire.

► Dépistage des troubles nutritionnels

En France, le dépistage des troubles nutritionnels s'inscrit dans les priorités de santé publique – il fait partie du Programme National Nutrition Santé (PNNS). Ce dépistage nécessite que le poids et l'IMC du patient hospitalisé soient suivis au cours de son séjour et tracés dans son dossier.

Les résultats présentés concernent des séjours de patients hospitalisés entre le 1^{er} février et le 31 août 2010, pour les 382 établissements participants à la campagne de recueil.

MÉTHODES D'ANALYSES

Recueil des données

► Outils de recueil

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 et se composent :

- d'un logiciel de tirage au sort des séjours (LOTAS) qui sont analysés et qui servent au calcul des indicateurs : les spécifications du logiciel sont construits à partir des données RIM-P ;
- 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 dès la fin de la saisie, et des résultats comparatifs standardisés dès la fin de la campagne nationale.

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.

► Conditions de recueil

Séjours analysés	Recueil facultatif ³
80 séjours tirés au sort entre le 1 ^{er} février et le 31 août 2010.	Recueil facultatif pour le ES qui réalisent moins de 30 séjours uniques de patients adultes hospitalisés au moins 8 jours à temps plein en santé mentale sur l'année N-1.

3. La liste des ES avec recueil facultatif est basée sur les remontées RIM-P de l'année N-1. Cette liste est fournie par l'ATIH.

Le recueil des indicateurs consiste en une enquête rétrospective portant sur un échantillon aléatoire de séjours réalisés entre le 1^{er} février et le 31 août 2010. Au maximum, 80 séjours doivent être analysés par chaque ES.

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 un compromis entre une charge de travail acceptable, tous types de structure confondus, et un niveau statistique suffisant pour permettre d'avoir une estimation de la qualité des dossiers évalués (un intervalle de confiance à 95 % est présenté avec le résultat de chaque indicateur ; l'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 à évaluer par établissement a été retenu pour que l'établissement entre dans les comparatifs nationaux : 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 des ES de leur région ;
- une « référence par catégorie d'ES » : les ES ont accès aux résultats des ES 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

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

Trois classes ont été définies en observant la position de l'IC à 95 % de la moyenne de l'ES à la moyenne nationale.

	ES dont la borne basse de l'IC à 95 % est supérieure à la moyenne de la moyenne nationale : la position de l'ES est dite « significativement supérieure à la moyenne de la moyenne nationale » ⁴ .
	ES dont l'IC à 95 % coupe la moyenne de la moyenne nationale : la position de l'ES est dite « non significativement différente de la moyenne de la moyenne nationale ».
	ES dont la borne haute de l'IC à 95 % est inférieure à la moyenne de la moyenne nationale : la position de l'ES est dite « significativement inférieure à la moyenne de la moyenne nationale ».

► 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 le seuil des 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 (ES non répondants).

Dans ce rapport le positionnement par rapport à l'objectif de performance est fourni à titre indicatif. En effet, cet objectif ne sera officiel qu'au moment de la sortie de l'arrêté ministériel relatif à la diffusion publique des indicateurs de santé mentale pour la 2^e campagne de recueil. On part du principe qu'il sera fixé à 80 % comme pour les autres secteurs d'activité (MCO et SSR). L'objectif national de performance est fixé à partir de la 2^e campagne de recueil généralisé, c'est-à-dire au moment de l'obligation de diffusion publique des résultats.

4. La référence nationale ne prend pas en compte les ES non répondants.

Méthode d'analyse des facteurs associés

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

- informatisation des dossiers
- âge des patients
- sexe des patients
- durée de séjour
- mode d'entrée
- mode de sortie
- caractéristique de l'ES : établissement spécialisé en santé mentale ou service de psychiatrie.

THÈME « DOSSIER DU PATIENT » (DPA)

Contexte

Les trois indicateurs obligatoires évalués répondent à des enjeux précis :

► Tenue du dossier patient (TDP)

L'indicateur évalue le contenu du dossier des patients hospitalisés en santé mentale.

L'ensemble des critères pris en compte pour cet indicateur est adapté à la prise en charge du patient en santé mentale. Ces critères évaluent la mention des documents et informations relatives à l'admission en santé mentale (protection judiciaire, personnes désignées, modalité d'hospitalisation HO / HDT) ; le suivi psychiatrique du patient au cours du séjour ainsi que la qualité des prescriptions médicamenteuses.

► Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC)

L'indicateur évalue le contenu du courrier ou du compte-rendu de fin d'hospitalisation, et son délai d'envoi qui doit être inférieur à 8 jours.

► Dépistage des troubles nutritionnels (DTN)

En santé mentale, le dépistage des troubles nutritionnels justifie que le patient soit pesé dans la semaine qui suit son admission et que son poids soit surveillé au cours du séjour (recherche d'une seconde mesure du poids). Enfin, son Indice de Masse Corporelle (IMC) doit être calculé.

Description et mode d'évaluation

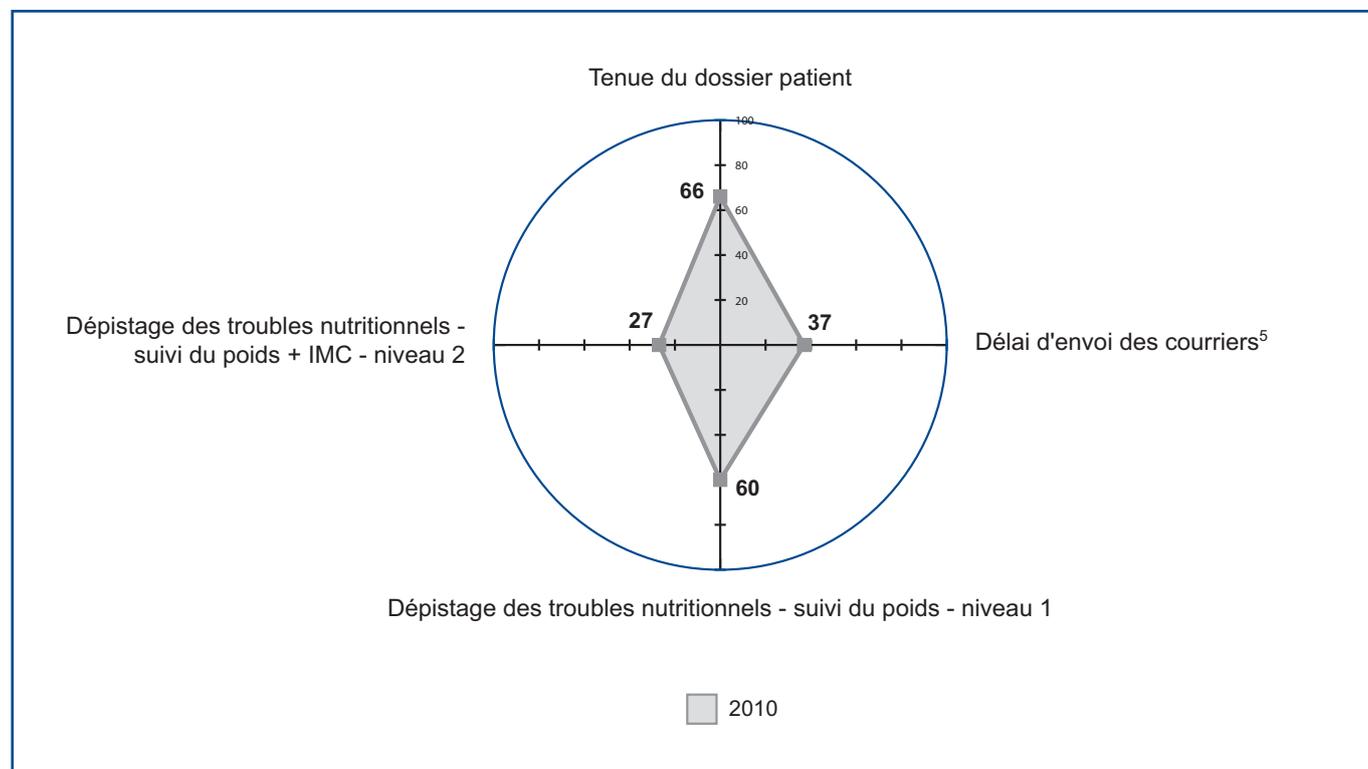
Les indicateurs du thème DPA sont calculés sur la base d'un échantillon aléatoire de 80 séjours tirés au sort parmi des patients adultes ayant fait, entre le 1^{er} février et le 31 août 2010, un séjour unique d'au moins 8 jours à temps plein, dans un service ou un ES ayant une activité en santé mentale.

Cette année, 397 ES devaient réaliser le recueil. Parmi eux, 10 ne l'ont pas réalisé et constituent la classe des ES « non répondants ». Parmi les ES ayant un statut facultatif parce que réalisant moins de 30 séjours uniques d'au moins 8 jours à temps plein sur l'année N-1, certains ont tout de même choisi de réaliser le recueil.

Pour chaque indicateur du thème, quelques ES n'ont pas un nombre de dossiers inclus suffisant (N < 30) pour que leurs données soient prises en compte dans les résultats comparatifs.

Au niveau national, 28 956 dossiers ont été tirés au sort pour le thème DPA et seulement 1 % de ces dossiers n'a pas été retrouvé.

Graphique 1 – Les indicateurs du thème « Dossier du patient »



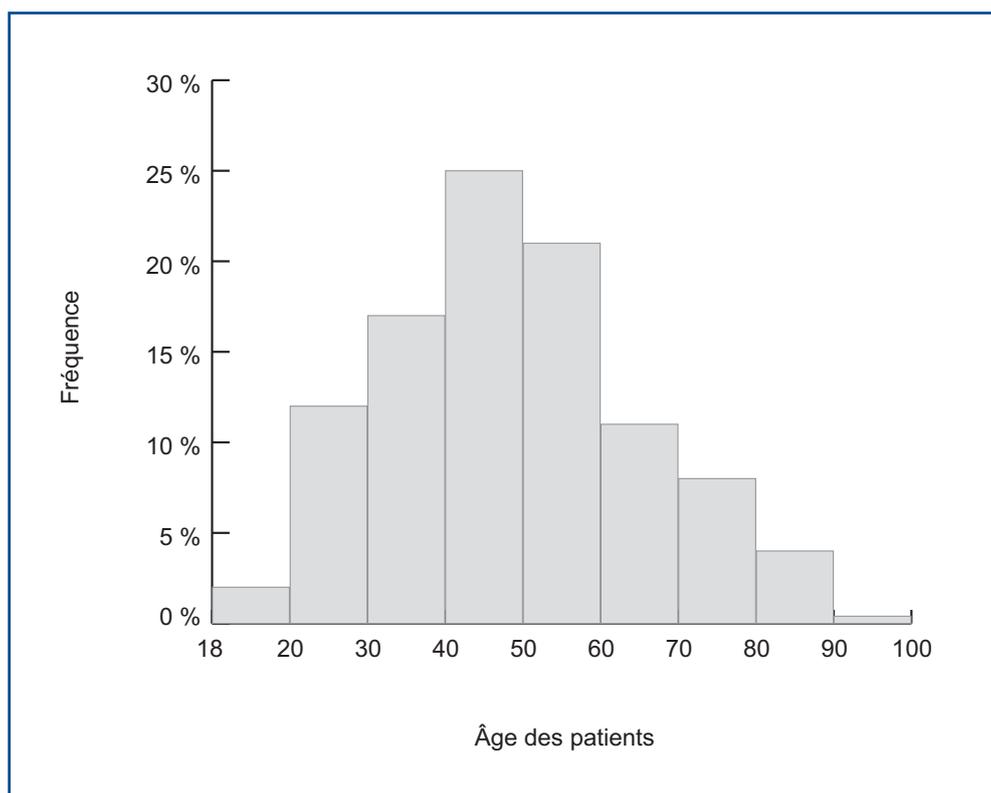
Les résultats montrent qu'il existe un potentiel d'amélioration important pour tous les indicateurs, et notamment sur l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » ainsi que sur l'indicateur évaluant un dépistage complet des troubles nutritionnels (suivi du poids + IMC).

5. Cet indicateur ne sera plus présenté sous la forme de 2 niveaux, mais sous la forme d'un taux : taux de courriers complets envoyés sous 8 jours (ancien Niveau 2).

Analyse descriptive des facteurs associés à la variabilité des résultats

La population évaluée est hétérogène. En effet, l'échantillon de patients comporte 46 % d'hommes et 54 % de femmes. La majorité des patients est âgée de 18 à 49 ans (55 %) ; 28 % ont entre 50 et 64 ans ; 8 % entre 65 et 74 ans et 9 % sont des personnes âgées de plus de 75 ans (le tirage au sort des dossiers ne concerne que les patients de plus de 18 ans).

Graphique 2 – Répartition de l'âge des patients

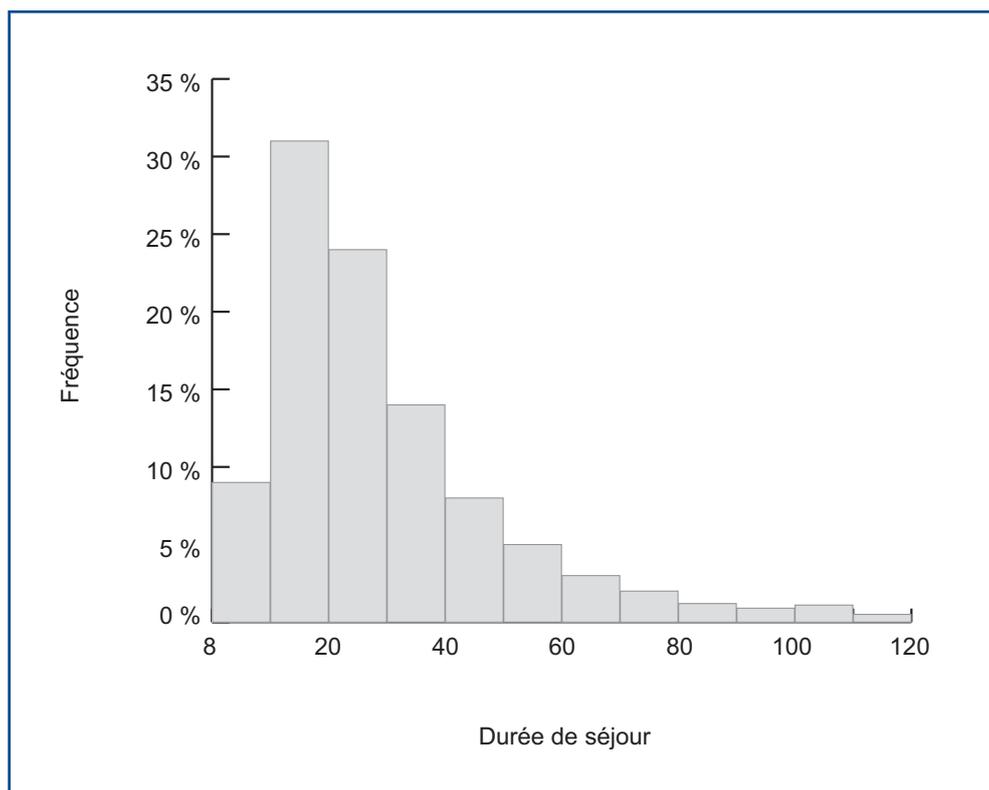


Les patients viennent en majorité de leur domicile (78 %) ; puis d'un transfert d'un autre ES (15 %) et enfin 7 % viennent d'un autre service du même ES (mutation).

Plus de neuf patients sur dix repartent à leur domicile après l'hospitalisation ; seuls 6% des patients sont transférés dans un autre ES et 1% sont mutés dans un autre service.

De plus, 243 patients (0.8 %) sont sortis sans autorisation de l'ES, dont un sur cinq ont fugué (52 patients). Les autres sorties sans autorisation correspondent à des sorties contre avis médical.

Graphique 3 – Répartition de la durée de séjour (en jours)



La durée de séjour est variable selon les patients : 12 % des patients ont un séjour inférieur à 10 jours ; 43 % un séjour compris entre 10 et 25 jours ; et seuls 14 % des patients un séjour supérieur à 50 jours.

Par ailleurs, 11 %⁶ des dossiers sont totalement informatisés, ce qui représente un pourcentage élevé par rapport à ce qui peut être observé pour les autres secteurs d'activité. À l'inverse, 28 % des dossiers ne sont pas du tout informatisés (la majorité des dossiers étant donc partiellement informatisés).

Les établissements spécialisés en santé mentale représentent 61 % (N = 237) des ES concernés par le recueil ; les 150 autres ES sont des ES plurisectoriels ayant un service de psychiatrie. Si on observe la catégorie des ES, la population des ES considérés compte 81 CH spécialisés en santé mentale ; 101 services de psychiatrie au sein d'un CH et 120 ES privés spécialisés en santé mentale.

Enfin, 231 ES (60 %) sont habilités à prendre des patients en hospitalisation d'office (HO) et en hospitalisation sous demande d'un tiers (HDT) et 156 ne prennent en charge que des patients en hospitalisation libre.

6. 11% de l'ensemble des dossiers audités pour les trois indicateurs : c'est-à-dire des dossiers de la liste principale de tirage au sort et des dossiers de la liste de réserve en cas d'exclusions.

INDICATEUR « TENUE DU DOSSIER PATIENT »

Description et mode d'évaluation

Cet indicateur est présenté sous la forme d'un score, calculé à partir de 9 critères qualité au maximum. Pour qu'un dossier soit conforme, il faut que l'ensemble des 9 critères soit retrouvé et conforme. La qualité de la tenue du dossier patient pour l'ES est d'autant plus grande que le score est proche de 100.

Les 9 critères évalués sont :

1. Document d'un médecin relatif à l'admission.
2. Mention de la protection judiciaire et des personnes désignées.
3. Trace de la modalité d'hospitalisation à l'admission et de l'information donnée au patient sur cette modalité (HO – HDT) (si applicable).
4. Présence d'un examen psychiatrique fait par un médecin dans les 24h suivant l'admission avec un contenu minimum.
5. Présence d'un suivi hebdomadaire psychiatrique du patient au cours du séjour.
6. Conformité de la rédaction des prescriptions médicamenteuses établies au cours de l'hospitalisation (si applicable).
7. Conformité de la rédaction d'un traitement de sortie (si applicable).
8. Courrier de fin d'hospitalisation ou compte-rendu d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval.
9. Dossier organisé et classé.

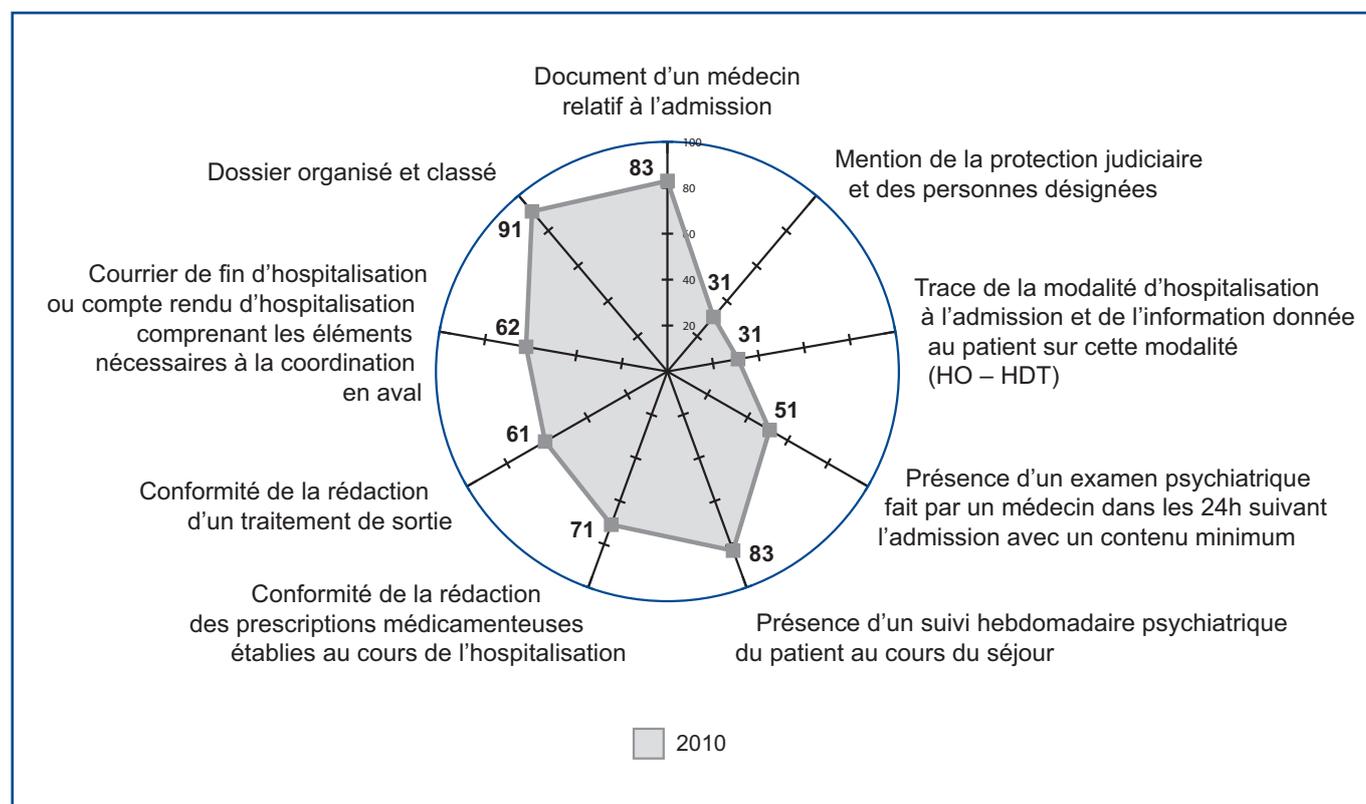
Compte tenu des critères évalués, centrés sur les bilans pendant la première semaine et la préparation de la sortie, il a été décidé de n'évaluer que des dossiers de patients ayant fait un séjour unique dans la structure. En effet, les séjours itératifs pour certains patients peuvent ne pas nécessiter que les différentes évaluations soient systématiquement réalisées.

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

Analyse nationale

► Résultats agrégés au niveau national

Graphique 4 – Critères composant le score de la « Tenue du dossier patient »



Au niveau national, les critères qui nécessitent de l'amélioration sont ceux relatifs à la traçabilité des informations à l'admission du patient : mention de la protection judiciaire du patient, des personnes désignées et de la modalité d'hospitalisation du patient (HO – HDT), mais aussi celui relatif à la trace dans le dossier qu'une information a été délivrée au patient. À l'inverse, le suivi psychiatrique réalisé au cours du séjour est bien tracé.

Tableau 1 – Indicateur « Tenue du dossier patient »
Historique des effectifs

		ES n'entrant pas dans la base de référence nationale		Base de référence nationale
Campagne	Population totale*	Nb d'ES non répondants	Nb d'ES avec effectif N ≤ 30	Nb d'ES avec effectif N > 30
2010	397	10	5	382

* 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.

Le nombre d'ES non répondants est de 10, soit 2,5 % des ES concernés. Cette proportion est équivalente dans les autres secteurs d'activité, ce qui met en évidence une assiduité des ES compte tenu du fait qu'il s'agit de la 1ère campagne.

Tableau 2 – Indicateur « Tenue du dossier patient »
Statistiques descriptives au niveau national (score compris entre 0 et 100)

	Nb d'ES	Nb de dossiers	Moyenne	Médiane	Min.	Max.	Ecart type
Base de référence nationale	382	28 956	66	66	30	100	14

La moyenne nationale pour l'indicateur « Tenue Dossier Patient » est de 66.

La médiane des scores moyens est aussi de 66, autrement dit, la moitié des ES a plus de 2 tiers de ses dossiers bien tenus.

► Comparaison des ES

Tableau 3 – Indicateur « Tenue du dossier patient »
Distribution par rapport à la moyenne nationale

Campagne	Moyenne nationale				
2010	66	Nombre d'ES	154	79	149
		% d'ES	40	21	39

Plus d'un tiers des ES ont des résultats inférieurs à la moyenne nationale ce qui met en évidence la variabilité nationale des résultats.

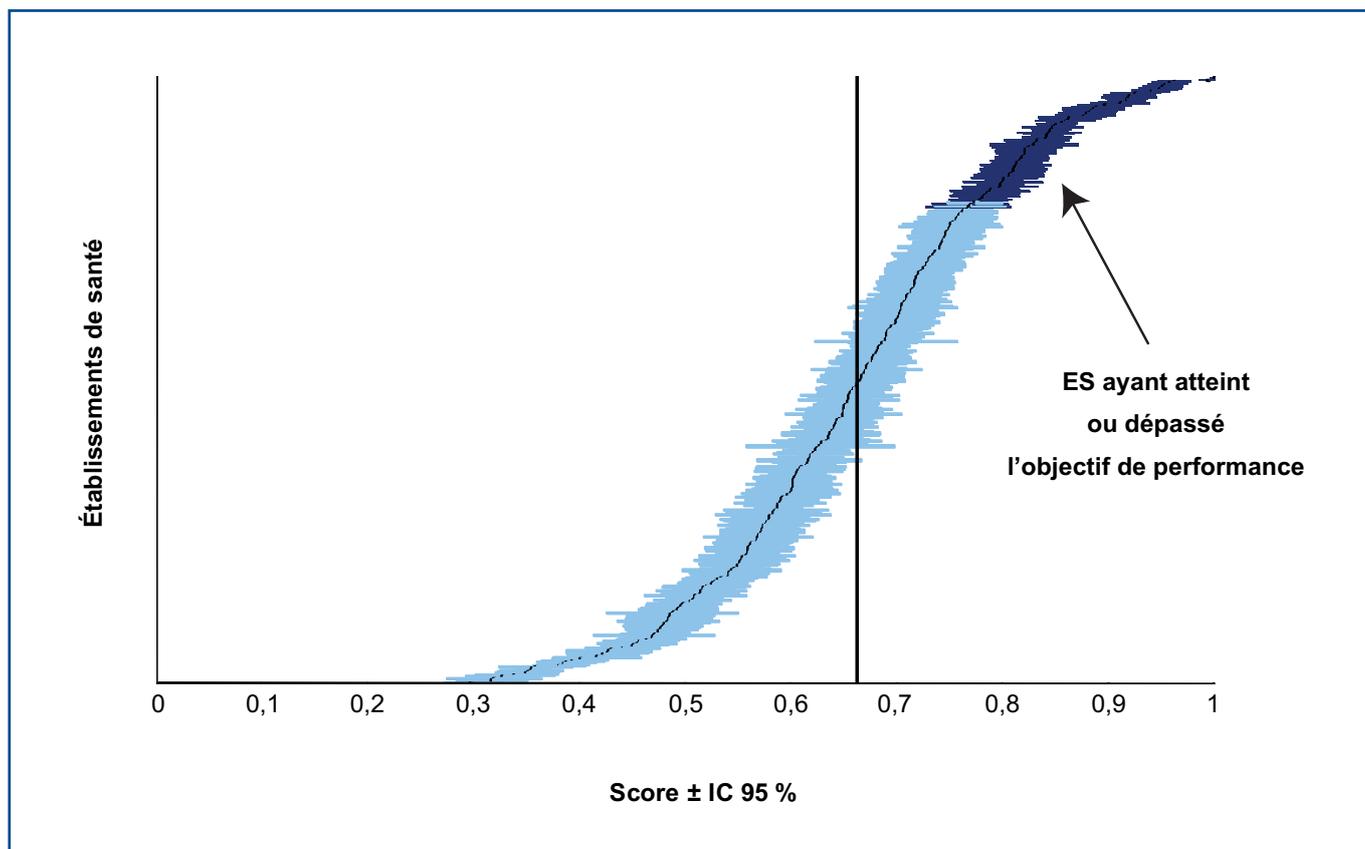
Tableau 4 – Indicateur « Tenue du dossier patient »
Distribution par rapport à l'objectif de performance de 80 %

	Objectif national de performance		Classe A	Classe B	Classe C	Classe D
Base de référence nationale	80 %	Nombre d'ES	43	38	301	10
		% d'ES	11	10	77	2

Pour le secteur santé mentale, aucun objectif national de performance n'est fixé pour la 1^{ère} campagne. Cependant, il sera certainement de 80 % comme pour les autres secteurs d'activité, c'est pourquoi il a été décidé de présenter le positionnement des ES par rapport à cet objectif dans ce rapport.

Seulement 20% des ES ont atteint cet objectif mettant en évidence un potentiel d'amélioration.

Graphique 5 – Indicateur « Tenue du dossier patient »
Variabilité nationale



Ce graphique met en évidence la variabilité des résultats entre les ES et justifie de l'intérêt de la mesure.

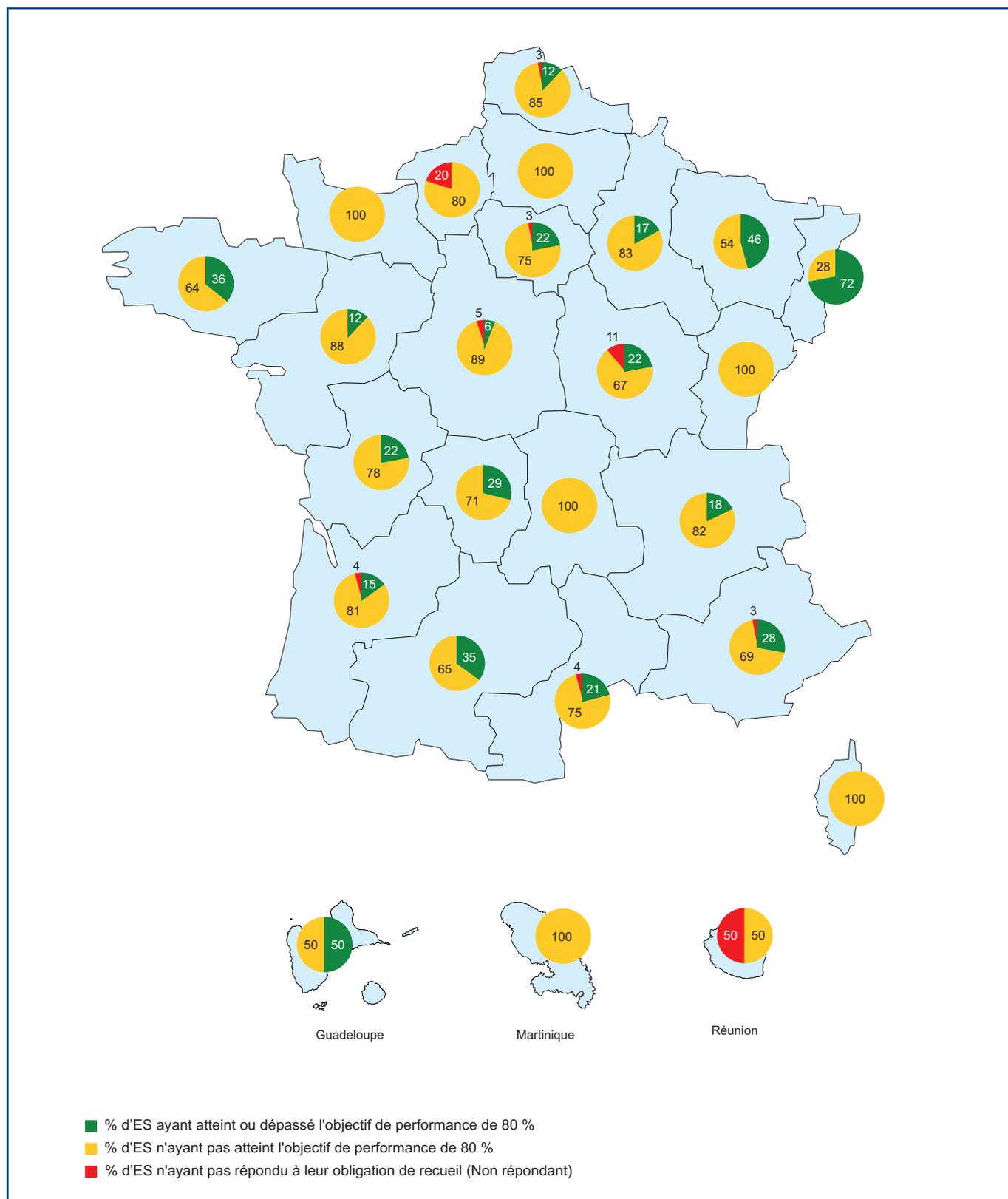
Variabilité régionale

Tableau 5 – Indicateur « Tenue du dossier patient »
Moyennes régionales

	ES composant la base de référence nationale		Moyenne nationale = 66	ES n'entrant pas dans la base de référence nationale	
	Nb d'ES avec effectif N > 30	Nb de dossiers	Moyenne par région	Nb d'ES non répondants	Nb d'ES avec effectif N ≤ 30
ALSACE	7	560	80	0	0
AQUITAINE	20	1 497	64	1	0
AUVERGNE	11	847	63	0	0
BASSE-NORMANDIE	8	566	57	0	0
BOURGOGNE	8	640	67	1	0
BRETAGNE	25	1 961	70	0	0
CENTRE	17	1 233	62	1	2
CHAMPAGNE-ARDENNE	6	463	70	0	0
CORSE	3	195	54	0	0
FRANCHE-COMTÉ	5	338	63	0	0
GUADELOUPE	2	160	72	0	0
HAUTE-NORMANDIE	4	273	68	1	0
ILE-DE-FRANCE	63	4 476	68	2	1
LANGUEDOC-ROUSSILLON	23	1795	65	1	0
LIMOUSIN	7	515	64	0	0
LORRAINE	13	990	70	0	1
MARTINIQUE	2	160	39	0	0
MIDI-PYRÉNÉES	23	1 828	66	0	0
NORD-PAS-DE-CALAIS	25	1 752	63	1	0
PAYS DE LA LOIRE	18	1 346	66	0	0
PICARDIE	9	679	58	0	0
POITOU-CHARENTES	9	714	73	0	0
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	38	2 897	70	1	0
RÉUNION	1	80	56	1	0
RHÔNE-ALPES	34	2 646	64	0	1
Service de santé des armées	1	45	63	0	0
TOTAL ES	382				

Moins de la moitié des régions a atteint la moyenne nationale en termes de résultats, il y a donc une variabilité inter-régionale importante.

Cartographie 1 – Indicateur « Tenue du dossier patient »
Analyse régionale – Distribution par rapport à l'objectif de performance (en %)



* Certaines régions ont de faibles effectifs d'ES participants ce qui explique les pourcentages (Ex. : 2 ES à La Réunion).

Pour plus de la moitié des régions ont au moins 20 % de leur ES qui ont atteint l'objectif national de performance de 80 %.

Analyse par catégorie d'ES

► Résultats agrégés par catégories d'établissement

Tableau 6 – Indicateur « Tenue du dossier patient »
Statistiques descriptives par catégorie d'ES (score compris entre 0 et 100)

	ES composant la base de référence nationale		Moyenne nationale = 66	ES n'entrant pas dans la base de référence nationale	
	Nb d'ES avec effectif N > 30	Nb de dossiers	Moyenne par catégorie	Nb d'ES non répondants	Nb d'ES avec effectif N ≤ 30
CHU*	25	1 806	70	0	0
CH	179	13 241	62	5	3
Privé	130	10 293	71	4	1
ESPIC**	40	3 006	66	1	1
Autres publics	8	610	66	0	0
TOTAL ES	382				

* 13 ES de l'AP-HP ont fait le recueil.

** la catégorie ESPIC remplace la catégorie des PSPH/EBNL depuis le 1^{er} janvier 2010.

En termes de catégories, ce sont les CH qui ont les résultats les moins bons, ce sont aussi les plus nombreux (47 % des ES). On remarque que 35 % des ES participants sont des ES privés.

Analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats

► Informatisation des dossiers

Tableau 7 – « Tenue du dossier patient » et informatisation

	% de dossiers	Moyenne	Différence	p-value ⁷
Informatisation totale	10 ⁸	81	19	p < 0,0001
Aucune informatisation	28	62		

L'informatisation améliore la tenue du dossier patient : le dossier est bien tenu pour huit patients sur dix dans le cas où le dossier est informatisé, ce chiffre baisse à six patients sur dix quand il n'y a aucune informatisation.

Le critère pour lequel il y a le plus de variabilité selon que le dossier est informatisé ou non est celui relatif à la conformité de la rédaction des prescriptions médicamenteuses ; viennent ensuite la mention de la protection judiciaire et des personnes désignées, la présence d'un examen psychiatrique fait par un médecin dans les 24h suivant l'admission avec un contenu minimum, la présence d'un suivi hebdomadaire psychiatrique du patient au cours du séjour et la conformité de la rédaction d'un traitement de sortie. Plus précisément, le critère évaluant la conformité de la rédaction des prescriptions médicamenteuses est deux fois meilleur quand elles sont informatisées.

Tableau 8 – « Tenue du dossier patient » et informatisation des prescriptions

	% de dossiers	Moyenne	p-value
Prescriptions informatisées	52	93	p < 0,0001
Pas d'informatisation des prescriptions	48	46	

Au-delà de ce constat, si on considère 150 dossiers dont la prescription est informatisée, on en trouve 10 dont la prescription est malgré tout non conforme. Dans 2 de ces dossiers, la prescription n'est pas retrouvée. Pour les 8 autres, les éléments qui manquent sont⁹ :

- la signature du prescripteur (dans 3 dossiers) ;
- le nom du prescripteur (dans 2 dossiers) ;
- la posologie (dans 1 dossier) ;
- la **voie d'administration** (dans 5 dossiers).

Cependant, le critère de la signature du prescripteur indique seulement une incompréhension des consignes : si la prescription est informatisée, il y a une signature numérique par défaut.

7. p-value du test de Student (t-test) : une p-value petite indique une différence significative entre les deux moyennes.

8. 10 % des dossiers évalués dans le cadre de l'indicateur « Tenue du dossier patient ».

9. Plusieurs éléments peuvent être manquants par dossier.

► Caractéristique de l'ES

Tableau 9 – « Tenue du dossier patient » et caractéristique de l'ES

	Nb d'ES	% d'ES	Moyenne	p-value
Établissement spécialisé en santé mentale	237	61	68	0,0004
Service de psychiatrie	150	39	63	

La tenue des dossiers est meilleure dans les ES spécialisés en santé mentale que dans les services de psychiatrie des établissements multisectoriels.

Conclusion

- Le score national à 66 ainsi que la variabilité des résultats inter-régionale, intra-régionale et nationale permettent de s'attendre à une amélioration pour la prochaine campagne.
- Les critères qui nécessitent d'être améliorés sont ceux relatifs à la traçabilité des informations à l'admission du patient, mais aussi celui relatif à la trace dans le dossier d'une information délivrée au patient. À l'inverse, le suivi psychiatrique au cours du séjour est bien tracé.
- L'informatisation améliore la tenue du dossier patient. En particulier, l'informatisation des prescriptions améliore leur rédaction.
- Il reste une marge d'amélioration importante dans la tenue des dossiers patients pour les séjours courts de notre échantillon. De plus, les scores sont meilleurs dans les établissements spécialisés en santé mentale.

INDICATEUR « DÉLAI D'ENVOI DU COURRIER DE FIN D'HOSPITALISATION »

Description et mode d'évaluation

Présenté sous forme de taux, cet indicateur 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 des dates de référence du séjour, de l'identité du médecin destinataire du courrier, du traitement de sortie, et du suivi proposé après la sortie.

Cet indicateur est intégré dans le manuel de certification V2010, au niveau du critère 24a : Sortie du patient.

Analyse nationale

► Résultats agrégés au niveau national

Tableau 10 – Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation »
Historique des effectifs

		ES n'entrant pas dans la base de référence nationale		Base de référence nationale
Campagne	Population totale	Nb d'ES non répondants	Nb d'ES avec effectif N ≤ 30	Nb d'ES avec effectif N > 30
2010	397	10	6	381*

* L'effectif de la base de référence nationale est différent de celui de TDP car un ES en plus a moins de 30 dossiers inclus du fait des exclusions secondaires de l'indicateur (exclusion des patients décédés et mutés à la fin du séjour).

Tableau 11 – Indicateur « Délai d’envoi du courrier de fin d’hospitalisation »
Statistiques descriptives au niveau national (en %)

	Nb d’ES	Nb de dossiers	Moyenne	Médiane	Min.	Max.	Ecart type
Base de référence nationale	381	28 854	37	36	0	99	22

Le taux moyen national d’envoi du courrier de fin d’hospitalisation contenant les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins dans un délai inférieur ou égal à huit jours est de 37 %.

La médiane de l’indicateur est de 36 %, c’est-à-dire que pour 1 ES sur 2, seulement 1 tiers des courriers complets est adressé sous 8 jours au médecin traitant. De plus, dans 12 ES, aucun courrier n’est complet et envoyé sous huit jours.

Parmi les causes de non conformité, on observe que 18 % de courriers ne sont pas retrouvés, 56 % des courriers sont envoyés sous un délai supérieur à 8 jours et 43 % des courriers sont incomplets. Concernant les éléments manquants dans le contenu des courriers¹⁰, c’est la trace de l’organisation d’un suivi (dans 50 % des courriers incomplets) et l’identité du médecin destinataire (dans 43 % des courriers incomplets) qui manquent le plus souvent.

► Comparaison des ES

Tableau 12 – Indicateur « Délai d’envoi du courrier de fin d’hospitalisation »
Distribution par rapport à la moyenne nationale

Campagne	Moyenne nationale				
2010	37	Nombre d’ES	111	133	137
		% d’ES	29	35	36

La distribution des ES est équilibrée par rapport à la moyenne nationale.

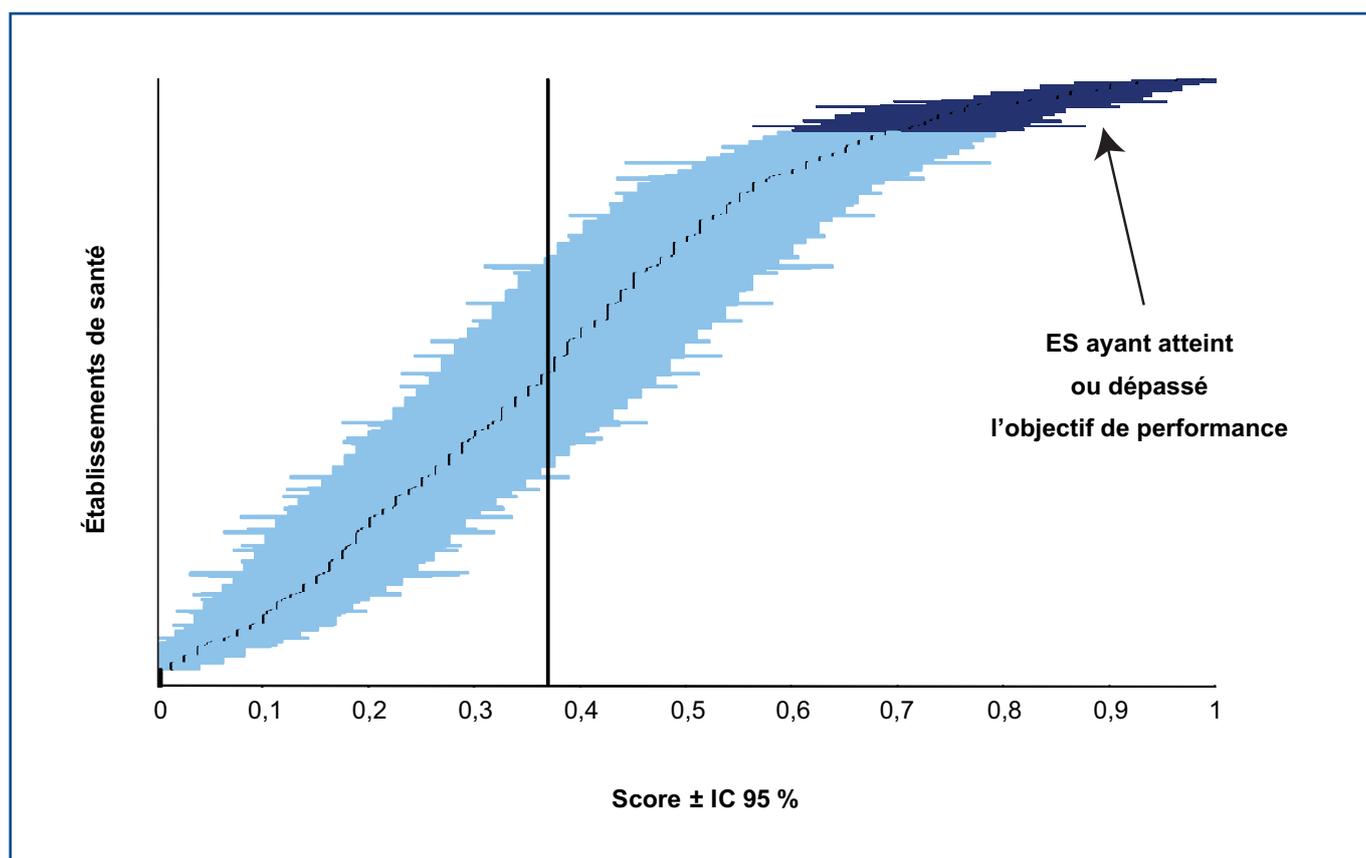
10. Un courrier peut comporter plusieurs éléments manquants.

Tableau 13 – Indicateur « Délai d’envoi du courrier de fin d’hospitalisation »
Distribution par rapport à l’objectif de performance de 80%

	Objectif national de performance		Classe A	Classe B	Classe C	Classe D
Base de référence nationale	80 %	Nombre d’ES	8	25	348	10
		% d’ES	2	6	89	3

Moins de 10 % des ES ont d’ores et déjà atteint l’objectif de performance (classes A et B) qui sera fixé à la prochaine campagne de recueil, ce qui représente un potentiel d’amélioration important.

Graphique 6 – Indicateur « Délai d’envoi du courrier de fin d’hospitalisation »
Variabilité nationale



On observe une variabilité inter-ES des résultats au niveau national ce qui met en évidence une hétérogénéité des pratiques.

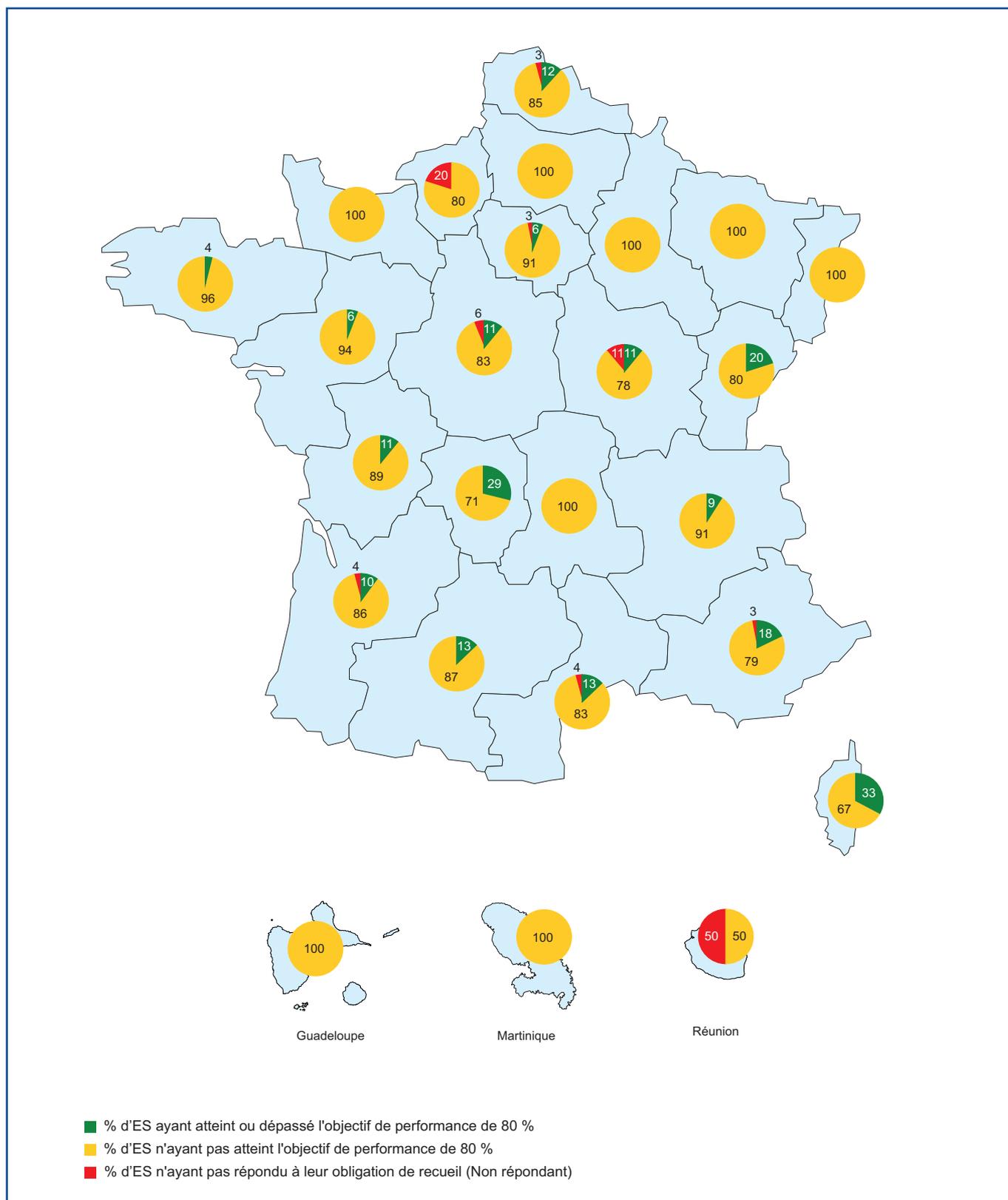
Variabilité régionale

Tableau 14 – Indicateur « Délai d’envoi du courrier de fin d’hospitalisation »
Moyennes régionales

	ES composant la base de référence nationale		Moyenne nationale = 37	ES n’entrant pas dans la base de référence nationale	
	Nb d’ES avec effectif N > 30	Nb de dossiers	Moyenne par région	Nb d’ES non répondants	Nb d’ES avec effectif N ≤ 30
ALSACE	7	560	47	0	0
AQUITAINE	20	1 492	44	1	0
AUVERGNE	11	843	31	0	0
BASSE-NORMANDIE	8	563	34	0	0
BOURGOGNE	8	640	45	1	0
BRETAGNE	25	1 958	42	0	0
CENTRE	17	1 224	30	1	2
CHAMPAGNE-ARDENNE	6	463	37	0	0
CORSE	3	194	24	0	0
FRANCHE-COMTÉ	5	335	45	0	0
GUADELOUPE	2	160	8	0	0
HAUTE-NORMANDIE	4	271	45	1	0
ILE-DE-FRANCE	62	4 734	34	2	2
LANGUEDOC-ROUSSILLON	23	1 795	35	1	0
LIMOUSIN	7	512	33	0	0
LORRAINE	13	989	40	0	1
MARTINIQUE	2	160	8	0	0
MIDI-PYRÉNÉES	23	1 828	42	0	0
NORD-PAS-DE-CALAIS	25	1 740	41	1	0
PAYS DE LA LOIRE	18	1 341	37	0	0
PICARDIE	9	679	29	0	0
POITOU-CHARENTES	9	713	45	0	0
PROVENCE-ALPES-CÔTE D’AZUR	38	2 892	36	1	0
RÉUNION	1	80	54	1	0
RHÔNE-ALPES	34	2 643	33	0	1
Service de santé des armées	1	45	58	0	0
TOTAL ES	381				

La moyenne de la moitié des régions est supérieure à la moyenne nationale. Cependant, la marge d’amélioration reste importante compte tenu des faibles moyennes obtenues et de la variabilité inter-régionale.

Cartographie 2 – Indicateur « Délai d’envoi du courrier de fin d’hospitalisation »
Analyse régionale – Distribution par rapport à l’objectif de performance (en %)*



* Certaines régions ont de faibles effectifs d'ES participants ce qui explique les pourcentages (Ex. : 2 ES à La Réunion).

Un grand nombre de régions (11/24) ont un résultat inférieur à l’objectif de performance, ce qui témoigne d’un potentiel d’amélioration important.

Analyse par catégorie d'ES

► Résultats agrégés par catégories d'établissement

Tableau 15 – Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation »
Statistiques descriptives par catégorie d'ES (en %)

	ES composant la base de référence nationale		Moyenne nationale = 37	ES n'entrant pas dans la base de référence nationale	
	Nb d'ES avec effectif N > 30	Nb de dossiers	Moyenne par catégorie	Nb d'ES non répondants	Nb d'ES avec effectif N ≤ 30
CHU	24	1 768	34	0	1
CH	179	13 180	35	5	3
Privé	130	10 292	38	4	1
ESPIC	40	3 004	42	1	1
Autres publics	8	610	39	0	0
TOTAL ES	381				

En termes de catégories, les ES ESPIC ont de meilleurs résultats.

Analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats

► Informatisation des dossiers

Tableau 16 – « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » et informatisation

	% de dossiers	Moyenne	Différence	p-value ¹¹
Informatisation totale	11 ¹²	45	11	p < 0,0001
Aucune informatisation	28	34		

L'informatisation des dossiers améliore le taux de courriers complets envoyés sous huit jours (il est de 5 patients sur 10 quand il y a informatisation contre 3 patients sur 10 quand il n'y a pas informatisation). De plus, pour 10 dossiers informatisés dont l'indicateur n'est pas conforme, 5 courriers sont envoyés hors délai ; 4 dossiers ne sont pas complets et 2 dossiers ne sont pas retrouvés.

Conclusion

- La moyenne nationale à 37 % et la variabilité nationale et inter-régionale des résultats offrent un potentiel d'amélioration pour la seconde campagne.
- L'informatisation améliore le taux de courriers complets adressés en moins de huit jours au médecin traitant.

11. p-value du test de Student (t-test) : une p-value petite indique une différence significative entre les deux moyennes.

12. 11 % des dossiers évalués dans le cadre de l'indicateur « Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation ».

INDICATEUR « DÉPISTAGE DES TROUBLES NUTRITIONNELS »

Description et mode d'évaluation

Cet indicateur est composé de deux niveaux donnant lieu au calcul de deux mesures distinctes, présentées sous forme de taux (gradation du niveau de qualité atteint).

- Le niveau 1 évalue si le patient a été pesé au cours de la 1^{ère} semaine du séjour et si son poids a été suivi au moins une fois suivant la première mesure (pour les séjours supérieurs à 21 jours).
- Le niveau 2 évalue si le suivi du poids (une mesure dans les 7 jours + un suivi si séjour > à 21 jours) et un calcul de l'IMC ont été effectués et notés dans le dossier.

Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » - niveau 1

Cet indicateur est intégré dans le manuel de certification V2010, au niveau du critère 19b : Troubles de l'état nutritionnel.

Analyse nationale

► Résultats agrégés au niveau national

Tableau 17 – Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels – niveau 1 »
Historique des effectifs

		ES n'entrant pas dans la base de référence nationale		Base de référence nationale
Campagne	Population totale	Nb d'ES non répondants	Nb d'ES avec effectif N ≤ 30	Nb d'ES avec effectif N > 30
2010	397	10	5	382

Tableau 18 – Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels – niveau 1 »
Statistiques descriptives au niveau national (en %)

	Nb d'ES	Nb de dossiers	Moyenne	Médiane	Min.	Max.	Ecart type
Base de référence nationale	382	28 956	60	60	0	100	28

La moyenne nationale de ce 1er niveau est satisfaisante pour une 1ère campagne.

La médiane est à 60 %, autrement dit, la moitié des ES a plus de 6 patients sur 10 pour lesquels un suivi du poids est tracé.

Une notification du poids dans les 7 premiers jours est retrouvée dans 3 dossiers sur 4. Et pour les séjours de plus de 21 jours, une 2e mesure du poids est retrouvée dans 72 % des dossiers.

► Comparaison des ES

Tableau 19 – Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels – niveau 1 »
Distribution par rapport à la moyenne nationale

Campagne	Moyenne nationale				
2010	60	Nombre d'ES	150	91	141
		% d'ES	39	24	37

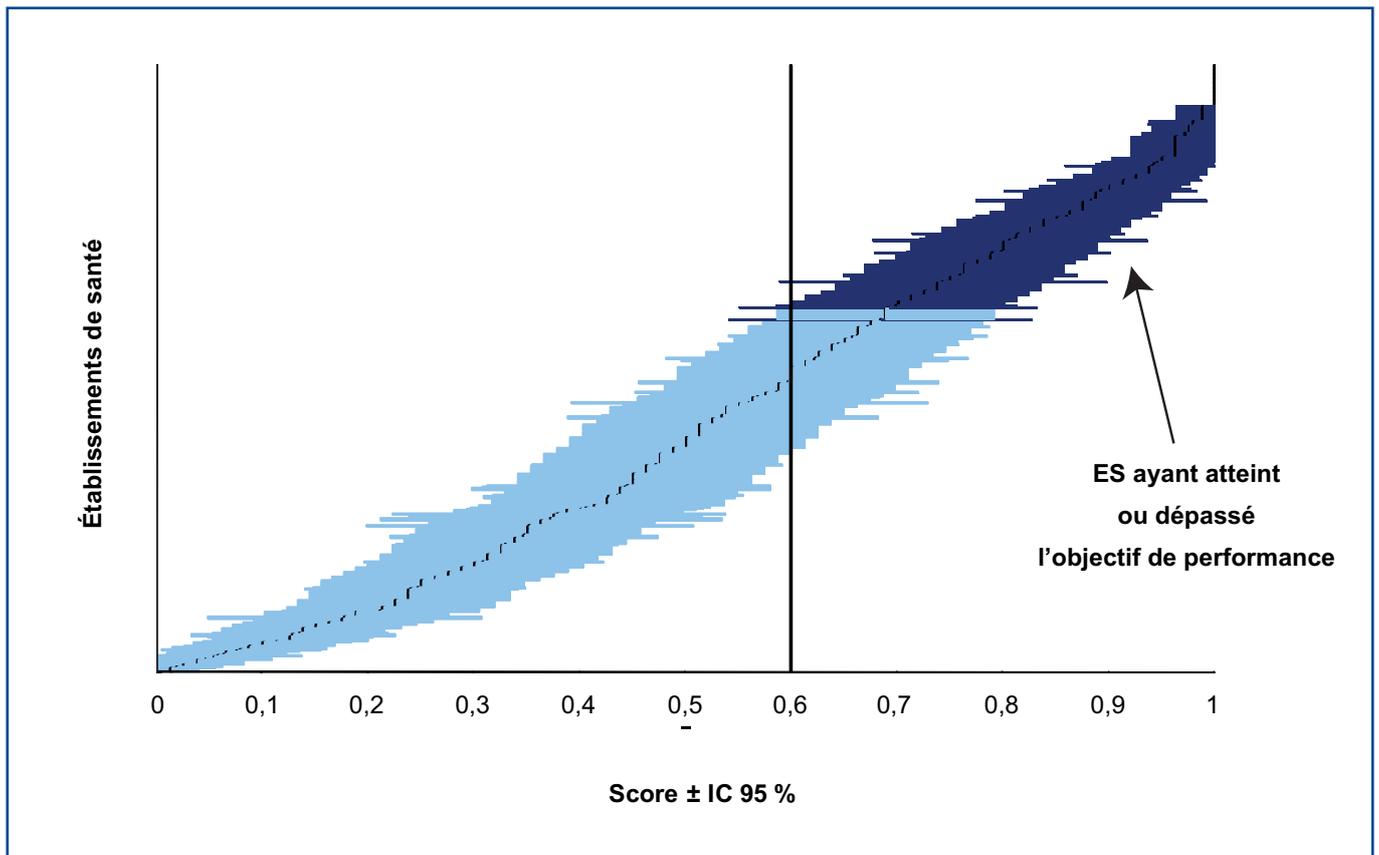
Plus d'un tiers des ES obtient un résultat inférieur à la moyenne nationale.

Tableau 20 – Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels – niveau 1 »
Distribution par rapport à l'objectif de performance de 80 %

	Objectif national de performance		Classe A	Classe B	Classe C	Classe D
Base de référence nationale	80 %	Nombre d'ES	91	63	228	10
		% d'ES	23	16	58	3

Le nombre d'ES ayant d'ores et déjà atteint l'objectif national de performance (classes A et B) est plus élevé pour cet indicateur, puisqu'il représente 40 % des ES.

Graphique 7 – Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels – niveau 1 »
Variabilité nationale



On observe une variabilité des résultats au niveau national et donc une marge d'amélioration non négligeable. On remarque également que 26 ES ont déjà atteint les 100 %.

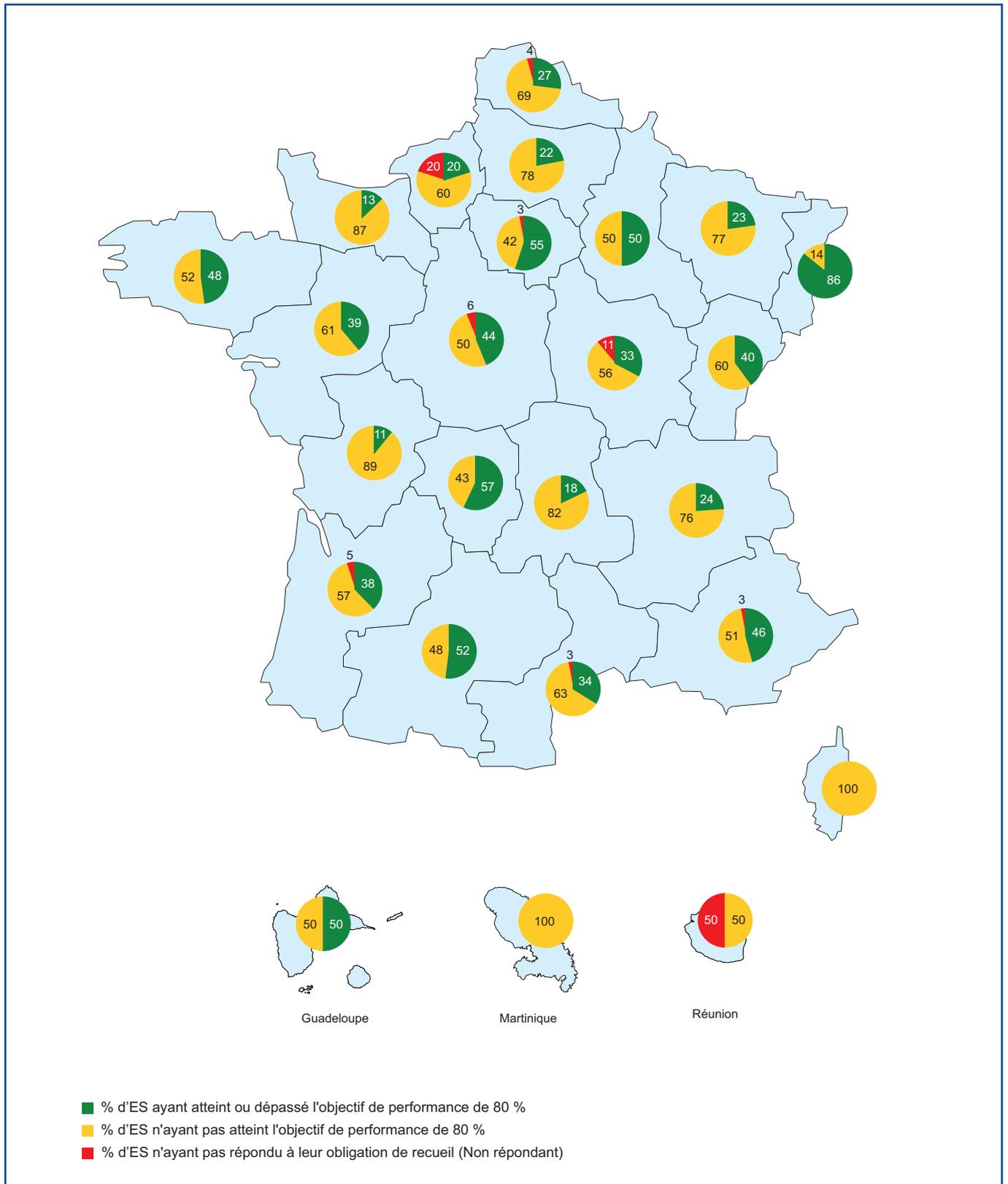
Variabilité régionale

Tableau 21 – Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels – niveau 1 »
Moyennes régionales

	ES composant la base de référence nationale		Moyenne nationale = 60	ES n'entrant pas dans la base de référence nationale	
	Nb d'ES avec effectif N > 30	Nb de dossiers	Moyenne par région	Nb d'ES non répondants	Nb d'ES avec effectif N ≤ 30
ALSACE	7	560	81	0	0
AQUITAINE	20	1 497	61	1	0
AUVERGNE	11	847	49	0	0
BASSE-NORMANDIE	8	566	49	0	0
BOURGOGNE	8	640	62	1	0
BRETAGNE	25	1 961	57	0	0
CENTRE	17	1 233	61	1	2
CHAMPAGNE-ARDENNE	6	463	69	0	0
CORSE	3	195	27	0	0
FRANCHE-COMTÉ	5	338	69	0	0
GUADELOUPE	2	160	50	0	0
HAUTE-NORMANDIE	4	273	52	1	0
ILE-DE-FRANCE	63	4 776	69	2	1
LANGUEDOC-ROUSSILLON	23	1 795	58	1	0
LIMOUSIN	7	515	65	0	0
LORRAINE	13	990	48	0	1
MARTINIQUE	2	160	33	0	0
MIDI-PYRÉNÉES	23	1 828	67	0	0
NORD-PAS-DE-CALAIS	25	1 752	58	1	0
PAYS DE LA LOIRE	18	1 346	60	0	0
PICARDIE	9	679	56	0	0
POITOU-CHARENTES	9	714	50	0	0
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	38	2 897	65	1	0
RÉUNION	1	80	49	1	0
RHÔNE-ALPES	34	2 646	47	0	1
Service de santé des armées	1	45	100	0	0
TOTAL ES	382				

On observe une forte variabilité des résultats entre les régions, ce qui met en évidence une hétérogénéité des pratiques.

Cartographie 3 – Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels – niveau 1 »
Analyse régionale – Distribution par rapport à l'objectif de performance (en %)*



* Certaines régions ont de faibles effectifs d'ES participants ce qui explique les pourcentages (Ex. : 2 ES à La Réunion).

On observe une forte variabilité des résultats entre les régions et pour la plupart, une amélioration sera nécessaire afin d'atteindre l'objectif de performance de 80 %.

Analyse par catégorie d'ES

► Résultats agrégés par catégories d'établissement

Tableau 22 – Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels – niveau 1 »
Statistiques descriptives par catégorie d'ES (en %)

	ES composant la base de référence nationale		<i>Moyenne nationale = 60</i>	ES n'entrant pas dans la base de référence nationale	
	Nb d'ES avec effectif N > 30	Nb de dossiers	Moyenne par catégorie	Nb d'ES non répondants	Nb d'ES avec effectif N ≤ 30
CHU	25	1 806	77	0	0
CH	179	13 241	47	5	3
Privé	130	10 293	75	4	1
ESPIC	40	3 006	57	1	1
Autres publics	8	610	62	0	0
TOTAL ES	382				

Les CHU et les Es privés ont un taux moyen de notification du poids supérieur au taux moyen national.

Analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats

► Informatisation des dossiers

Tableau 23 – Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels – niveau 1 » et informatisation

	% de dossiers	Moyenne	Différence	p-value ¹³
Informatisation totale	10 ¹⁴	72	11	p < 0,0001
Aucune informatisation	28	61		

L'informatisation du dossier patient améliore le suivi du poids : 7 dossiers informatisés sur 10 comportent un suivi du poids ; contre 6 dossiers non informatisés sur 10.

► Sexe des patients

Tableau 23 – Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels – niveau 1 » et sexe des patients

	% de dossiers	Moyenne	p-value
Homme	46	56	p < 0,0001
Femme	54	63	

Le poids est mieux suivi chez les femmes que chez les hommes, ce qui est pourrait être lié à la prévalence des troubles du comportement alimentaire chez les femmes.

► Caractéristique de l'ES

Tableau 24 – Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels – niveau 1 » et caractéristique de l'ES

	Nb d'ES	% d'ES	Moyenne	p-value
Établissement spécialisé en santé mentale	237	61	61	0,0865
Service de psychiatrie	150	39	56	

Le poids est mieux suivi dans les ES spécialisés en santé mentale que dans les services de psychiatrie.

13. p-value du test de Student (t-test) : une p-value petite indique une différence significative entre les deux moyennes.

14. 10 % de l'ensemble des dossiers évalués dans le cadre de l'indicateur « DTN 1 ».

Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » - niveau 2

Analyse nationale

► Résultats agrégés au niveau national

Tableau 25 – Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels – niveau 2 »
Historique des effectifs

		ES n'entrant pas dans la base de référence nationale		Base de référence nationale
Campagne	Population totale	Nb d'ES non répondants	Nb d'ES avec effectif N ≤ 30	Nb d'ES avec effectif N > 30
2010	397	10	5	382

Tableau 26 – Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels – niveau 2 »
Statistiques descriptives au niveau national (en %)

	Nb d'ES	Nb de dossiers	Moyenne	Médiane	Min.	Max.	Ecart type
Base de référence nationale	382	28 956	27	15	0	100	30

On remarque une forte baisse de la moyenne nationale pour ce 2ème niveau d'indicateur, ce qui met en évidence le manque de traçabilité de l'IMC.

La médiane des scores moyens est à 15 %, autrement dit, la moitié des ES a plus de 15 % de ses dossiers dans lesquels les éléments de dépistage des troubles nutritionnels sont tracés (poids + IMC).

► Comparaison des ES

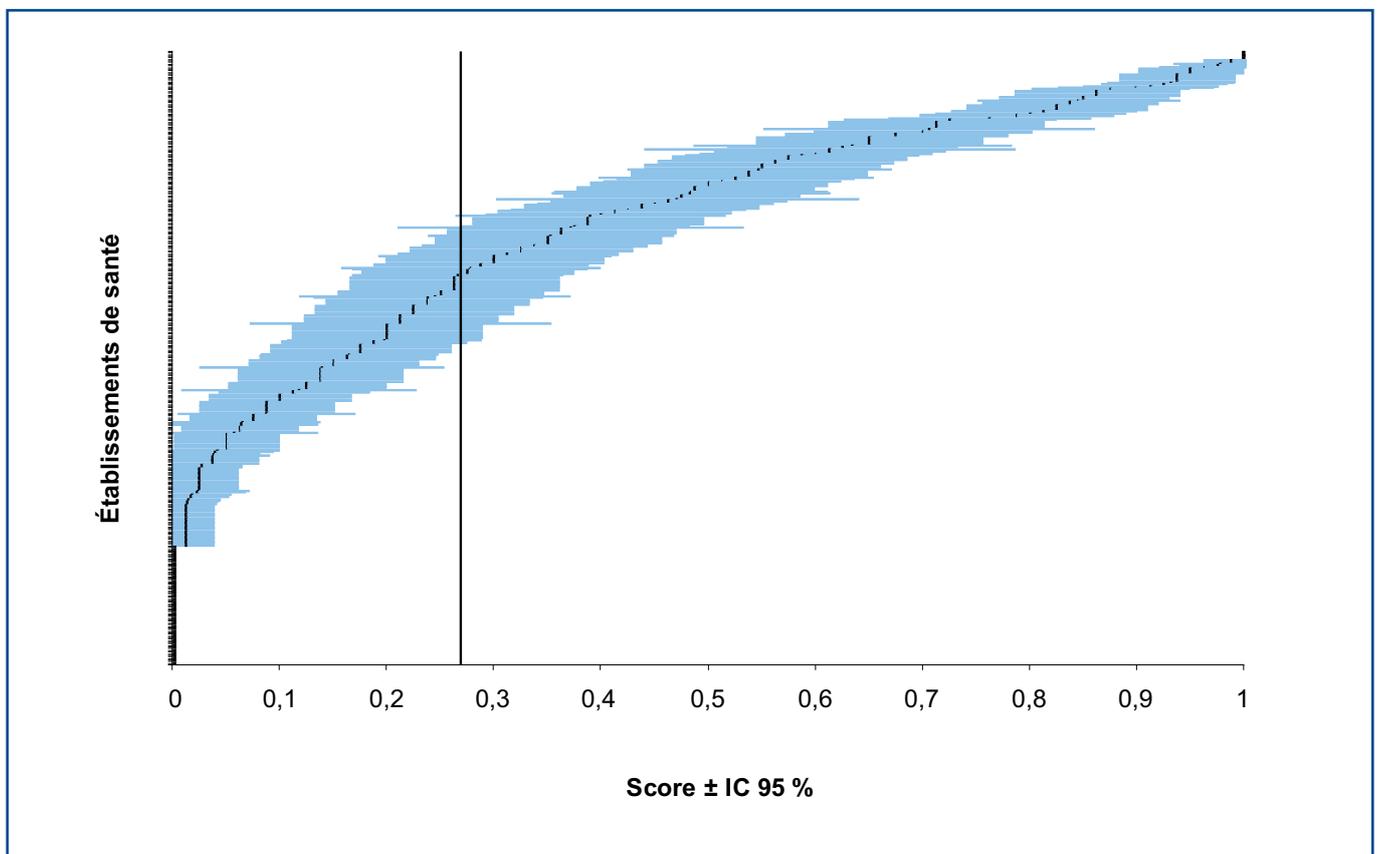
**Tableau 27 – Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels – niveau 2 »
Distribution par rapport à la moyenne nationale**

Campagne	Moyenne nationale				
2010	27	Nombre d'ES	107	75	200
		% d'ES	28	20	52

La moitié des ES a un résultat inférieur à la moyenne nationale.

Le positionnement des ES par rapport à l'objectif de performance de 80 % n'est pas présenté dans ce rapport, puisqu'il n'y a pas d'objectif fixé pour le 2^e niveau de DTN pour les autres secteurs d'activité. On suppose donc qu'il n'y aura pas non plus d'objectif de performance pour la santé mentale.

**Graphique 8 – Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels – niveau 2 »
Variabilité nationale**



On observe une variabilité des résultats entre les établissements, et une forte marge d'amélioration pour 76 ES qui ont un résultat égal à 0 %.

Variabilité régionale

Tableau 28 – Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels – niveau 2 »
Moyennes régionales

	ES composant la base de référence nationale		Moyenne nationale = 27	ES n'entrant pas dans la base de référence nationale	
	Nb d'ES avec effectif N > 30	Nb de dossiers	Moyenne par région	Nb d'ES non répondants	Nb d'ES avec effectif N ≤ 30
ALSACE	7	560	42	0	0
AQUITAINE	20	1 497	17	1	0
AUVERGNE	11	847	14	0	0
BASSE-NORMANDIE	8	566	18	0	0
BOURGOGNE	8	640	28	1	0
BRETAGNE	25	1 961	28	0	0
CENTRE	17	1 233	26	1	2
CHAMPAGNE-ARDENNE	6	463	39	0	0
CORSE	3	195	20	0	0
FRANCHE-COMTÉ	5	338	18	0	0
GUADELOUPE	2	160	1	0	0
HAUTE-NORMANDIE	4	273	7	1	0
ILE-DE-FRANCE	63	4 776	33	2	1
LANGUEDOC-ROUSSILLON	23	1 795	25	1	0
LIMOUSIN	7	515	32	0	0
LORRAINE	13	990	24	0	1
MARTINIQUE	2	160	0	0	0
MIDI-PYRÉNÉES	23	1 828	29	0	0
NORD-PAS-DE-CALAIS	25	1 752	29	1	0
PAYS DE LA LOIRE	18	1 346	21	0	0
PICARDIE	9	679	18	0	0
POITOU-CHARENTES	9	714	20	0	0
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	38	2 897	36	1	0
RÉUNION	1	80	5	1	0
RHÔNE-ALPES	34	2 646	24	0	1
Service de santé des armées	1	45	98	0	0
TOTAL ES	382				

On observe une forte variabilité inter-régionale et des résultats relativement faibles, ce qui révèle un fort potentiel d'amélioration pour la prochaine campagne.

Le positionnement régional par rapport à l'objectif de performance de 80% n'est pas présenté dans ce rapport, puisqu'il n'y a pas d'objectif fixé pour le 2ème niveau de DTN pour les autres secteurs d'activité.

Analyse par catégorie d'ES

► Résultats agrégés par catégories d'établissement

Tableau 22 – Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels – niveau 2 »
Statistiques descriptives par catégorie d'ES (en %)

	ES composant la base de référence nationale		Moyenne nationale = 27	ES n'entrant pas dans la base de référence nationale	
	Nb d'ES avec effectif N > 30	Nb de dossiers	Moyenne par catégorie	Nb d'ES non répondants	Nb d'ES avec effectif N ≤ 30
CHU	25	1 806	27	0	0
CH	179	13 241	15	5	3
Privé	130	10 293	43	4	1
ESPIC	40	3 006	26	1	1
Autres publics	8	610	25	0	0
TOTAL ES	382				

Les ES privés ont une meilleure traçabilité des éléments de dépistage des troubles nutritionnels. La moyenne des CHU baisse considérablement entre le niveau 1 et le niveau 2 de l'indicateur ce qui met en évidence un manque de traçabilité de l'IMC.

Analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats

L'analyse des facteurs associés ne met pas en évidence de résultats pertinents.

Conclusion

- La moyenne nationale chute de 60 % pour le niveau 1 à 27 % pour le niveau 2, ce qui met en évidence un manque de traçabilité de l'IMC.
- Les résultats nationaux ainsi que leur variabilité nationale et inter-régionale offrent un potentiel d'amélioration pour les campagnes à venir.
- À partir de la prochaine campagne, seuls les résultats du premier niveau seront diffusés publiquement.

CONCLUSION

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.

Les résultats de cette première campagne de recueil des indicateurs en santé mentale n'ayant pas vocation à être diffusés publiquement, la communication se fera cette année à partir des seuls résultats agrégés présentés dans ce rapport.

L'analyse décrite permet plusieurs constats :

- Les **résultats sont satisfaisants** pour une 1^{ère} campagne de recueil, même si un potentiel d'amélioration existe pour l'ensemble des indicateurs.
- L'**intérêt des indicateurs généralisés** est confirmée. En effet, les résultats moyens nationaux sont variables en fonction des indicateurs, et la variabilité des résultats est importante pour chacun (variabilité nationale, régionale et par catégorie).
- Si la **tenue du dossier patient est de qualité pour environ 7 patients sur 10**, ce sont les critères liés à la traçabilité des informations à l'admission et à la traçabilité de l'information donnée au patient qui ont les moins bons résultats. Par contre, le suivi hebdomadaire psychiatrique du patient est bien tracé.
- Le courrier de fin d'hospitalisation est **adressé en moins de 8 jours au médecin traitant pour 4 patients sur 10**.
- Le **suivi du poids est retrouvé pour 3 patients sur 5**. De plus, nous avons observé que ce suivi était plus souvent réalisé pour les femmes.
- L'**informatisation améliore la tenue du dossier patient**, l'envoi de courriers complets sous huit jours et le dépistage des troubles nutritionnels. En particulier, l'informatisation des prescriptions médicamenteuses améliore leur rédaction.
- De plus, les indicateurs « Dépistage des troubles nutritionnels » et « Tenue du dossier patient » sont meilleurs dans les établissements spécialisés en santé mentale que dans les services de psychiatrie au sein d'ES plurisectoriels.

Les indicateurs généralisés ont vocation à être intégrés aux différents dispositifs applicables aux ES (procédure de certification, contractualisation, autorisation) et doivent être accessibles au grand public à partir d'un site web institutionnel (PLATINES www.platines.sante.gouv.fr) et des canaux de communication des établissements.

Dès 2012 et afin de répondre aux exigences de la Loi HPST, les résultats de la 2^e campagne seront diffusés publiquement sur le site PLATINES du Ministère de la Santé. Les conditions de mise en ligne sur le site PLATINES des résultats individuels et comparatifs du recueil 2011 sont à l'étude.

Les résultats santé mentale 2011 devront également être diffusés publiquement par chacun des établissements concernés en leur sein. Enfin, au moment de cette diffusion publique, l'objectif de performance de 80 % sera officiellement défini.

Au delà des actions d'amélioration qu'ils soutiendront, ces indicateurs sont intégrés à la certification (V2010) des ES, en lien avec les critères concernés. Les résultats sont également intégrés 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.



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