



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**Indicateurs de qualité et de sécurité
des soins généralisés au secteur
de l'Hospitalisation à domicile**

Campagne 2010

**Analyses descriptives des résultats
agrégés 2010 et des facteurs associés
à la variabilité des résultats**

Décembre 2011

Pourquoi ce document ?

Ce document présente les résultats issus des recueils des indicateurs généralisés par la HAS dans le secteur de l'hospitalisation à domicile qui portent sur la qualité du dossier patient, l'envoi du courrier de fin d'hospitalisation et l'évaluation 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 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 « Analyses descriptives 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)	6
Méthodes d'analyses	
Recueil des données	7
Méthodes de comparaison	8
Méthodes de présentation	8
Analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats	9
Champs d'analyse et premiers constats	
Participation des établissements au recueil	10
Caractéristiques des données	10
Synthèse des résultats nationaux des 5 indicateurs.....	12
Indicateurs visant l'amélioration de la coordination des soins	
Situation en 2010	13
Variabilité des résultats	16
État des lieux par rapport à l'objectif de performance	19
Indicateurs visant l'amélioration de la prise en charge des patients	23
Situation en 2010	24
Variabilité des résultats	26
État des lieux par rapport à l'objectif de performance	30
Conclusion	37
Annexes	38

INTRODUCTION

De nombreux pays tentent de mettre en place une approche globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Cette approche s'appuie notamment sur le suivi d'indicateurs de qualité avec des données comparatives utilisées à des fins de pilotage institutionnel, d'évaluation externe, de management interne et de diffusion publique.

Dans ce contexte, 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. 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'usager en rendant obligatoire la publication, par chaque établissement de santé, d'indicateurs sur la qualité des soins. Par ailleurs, dans le cadre de la procédure de certification V2010, la valeur des indicateurs est prise en compte pour apprécier le niveau de qualité atteint par les ES pour les éléments d'appréciation auxquels ils sont associés dans le manuel de certification.

Depuis 2008, la HAS coordonne le recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins basé sur le dossier du patient avec une montée en charge progressive tant au niveau des indicateurs que des secteurs concernés. En 2009, en partenariat avec les fédérations hospitalières du secteur, la HAS a commandé le développement d'indicateurs concernant la qualité du dossier dans le secteur de l'hospitalisation à domicile

(HAD) au projet de recherche Compaq-hpst¹ (Inserm). Celui-ci a adapté aux spécificités de l'HAD les indicateurs sur la qualité du dossier patient déjà généralisés au secteur MCO et SSR.

Le 1^{er} recueil national des cinq indicateurs obligatoires² du secteur HAD s'est déroulé de janvier à mars 2011 et a concerné 201 ES. Il a été précédé de sessions de formation aux outils nécessaires au recueil. Tous les établissements participant ont reçu, 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. Les résultats individuels soulignent les voies d'amélioration. Cette plate-forme permet également aux établissements de se comparer et d'apprécier ainsi les domaines où des progrès sont possibles pour améliorer la qualité de leurs activités. Grâce à l'évolution dans le temps calculée à partir du second recueil (début 2012), les établissements pourront évaluer le résultat des actions d'amélioration mises en œuvre.

Depuis 2010, suite à l'arrêté du 30 décembre 2009³, les résultats des indicateurs sont diffusés nominativement et publiquement sur le site Platines⁴ dès le second recueil. Puisqu'il s'agit de la première campagne de généralisation pour le secteur de l'HAD, les résultats 2010 n'ont pas été mis en ligne.

Ce rapport présente l'analyse agrégée des résultats de la 1^{ère} campagne de recueil des indicateurs visant l'amélioration de la coordination des soins et de la prise en charge des patients. Les analyses complémentaires réalisées au regard d'un certain nombre de variables la complètent.

1. <http://www.compaqhpst.fr/fr>

2. Les indicateurs : qualité de la tenue du dossier patient, délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, traçabilité de l'évaluation de la douleur, suivi du poids, évaluation du risque d'escarre à l'admission.

3. Arrêté du 30 décembre 2009 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

4. <http://www.platines.sante.gouv.fr>

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 dans le secteur de l'hospitalisation à domicile ».

Le thème est composé des indicateurs suivants :

► Tenue du dossier patient

La tenue du dossier patient 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.

► 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.

► Évaluation de la douleur

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

► Suivi du poids

En France, le dépistage des troubles nutritionnels s'inscrit dans les priorités de santé publique – il fait partie du Programme National Nutrition Santé (PNNS). Cet indicateur évalue si le poids ou la variation du poids est suivi.

► Évaluation du risque d'escarre

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

Les résultats présentés concernent des séjours de patients hospitalisés entre le 1^{er} février et le 30 novembre 2010, pour les 201 établissements participants à la campagne de recueil.

MÉTHODES D'ANALYSES

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 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	Seuil d'activité pour être en recueil obligatoire ⁵
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 2010.	ES réalisant plus de 30 séjours tels que demandés au cours de l'année 2009

5. 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 quatre groupes de référence :

- une « référence nationale » ;
- une « référence régionale » - les ES ont accès aux résultats de leur région respective ;
- une « référence par catégorie d'ES » - les catégories retenues étant les catégories « e-PMSI » : centres hospitaliers (CH), centres hospitaliers universitaires (CHU), établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), établissements privés;
- une « valeur seuil de 80 % » utilisée pour éclairer et justifier la réponse apportée à différents critères du manuel de certification (cf. manuel de certification 2010).

Méthodes de présentation

Seuls les ES ayant analysé plus de 30 dossiers font l'objet d'une analyse comparative.

Dans ce rapport, les ES sont comparés par rapport :

- à la moyenne nationale par une méthode graphique représentant la distribution des ES selon leur résultat : chaque barre correspond à un ES et correspond à son IC 95 %
- à l'objectif de performance de 80 % (non opposable en 2010 à l'HAD). Trois classes ont été définies en comparant l'IC à 95 % de la moyenne de l'ES à l'objectif de performance de 80 %. Une quatrième classe 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.

Analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats

L'impact d'un certain nombre de facteurs sur la variabilité inter-établissements des résultats des indicateurs a été étudié. Ces facteurs concernent la population étudiée (âge, sexe et autonomie du patient), la prise en charge (modes de prise en charge (soin palliatif, obstétrique), modalités d'entrée et de sortie de l'établissement, durée de séjour) et l'organisation de l'établissement (informatisation des dossiers et caractéristique de l'ES : HAD autonome ou service HAD au sein d'un établissement).

Lorsque cela était possible, des tests statistiques (dit « de Student » ou « t-test ») ont été réalisés pour comparer les moyennes des indicateurs selon les différentes modalités des facteurs associés (exemple : existence ou non d'une différence significative entre la moyenne des dossiers informatisés et celle des dossiers papiers).

CHAMPS D'ANALYSE ET PREMIERS CONSTATS

Le premier recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans le secteur HAD, appelé campagne 2010, s'est déroulé de janvier 2011 à mars 2011. Ces indicateurs sont calculés sur la base d'un même échantillon aléatoire de 60 dossiers tirés au sort parmi des patients adultes ayant eu, au cours de l'année 2010, un séjour d'au moins 8 jours commencé et terminé au cours de l'année 2010, non précédé dans le mois précédent et non suivi dans le mois suivant par un autre séjour.

Participation des établissements au recueil

Sur la base des données PMSI transmises à l'ATIH, 290 ES étaient concernés par le recueil en 2010.

Pour cette campagne, 192 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, 16 ES ne se sont pas soumis à cette obligation. Sur les 98 ES dont la participation était facultative, 25 ES y ont participé.

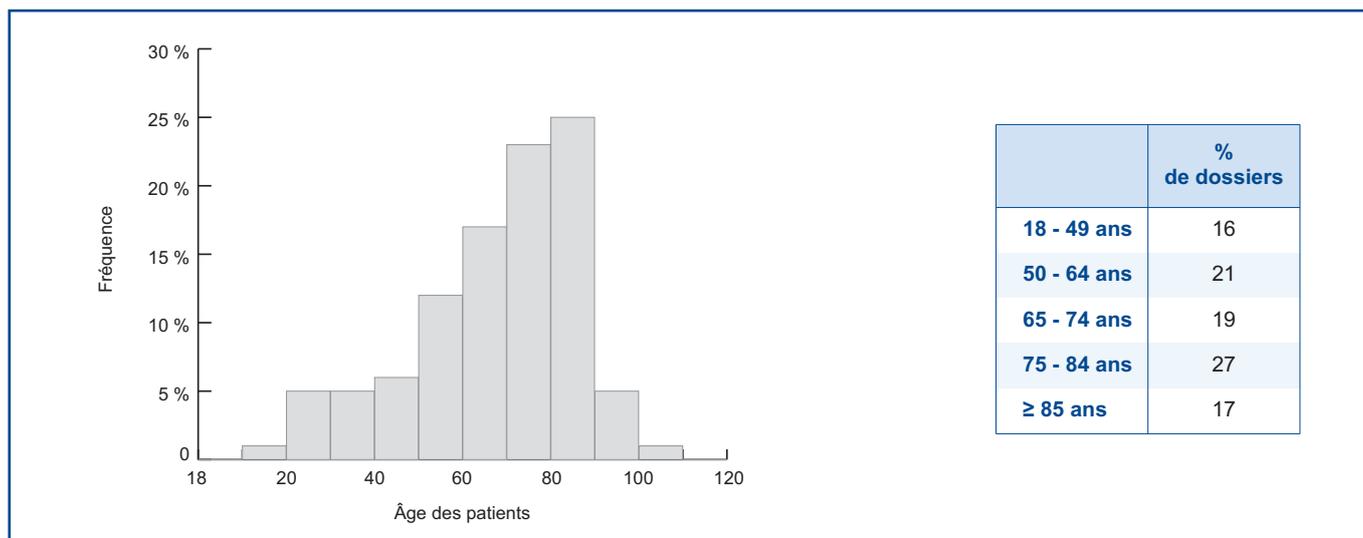
Ainsi, 201 ES ont réalisé le recueil des indicateurs sur la qualité du dossier patient en HAD.

Caractéristiques des données

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.

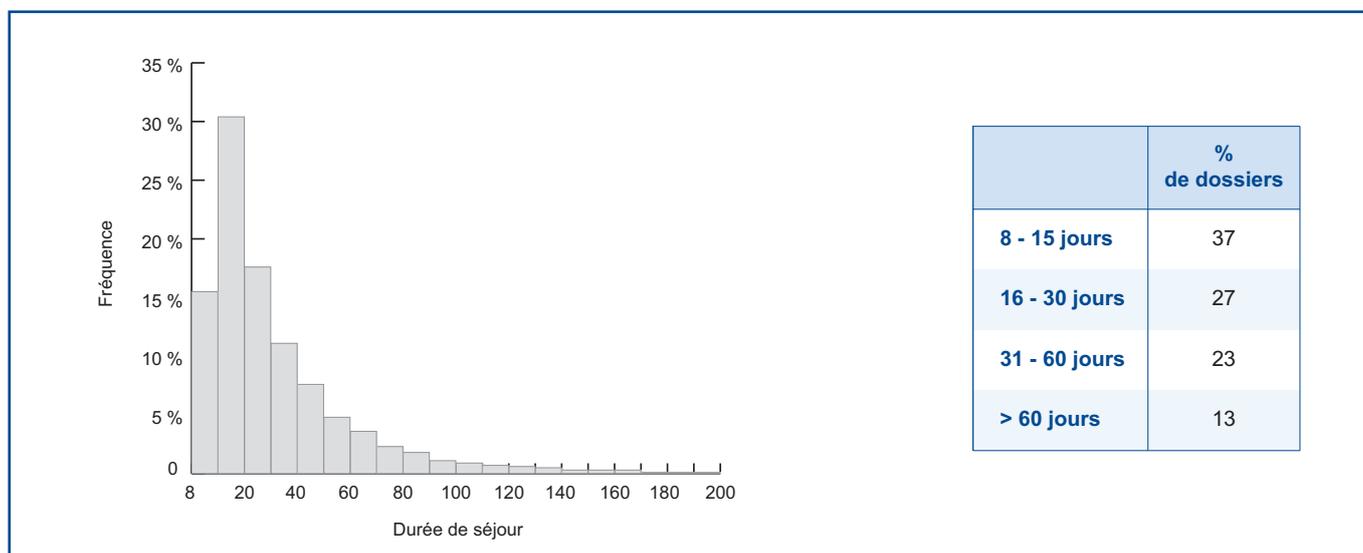
Figure 1 – Distribution et répartition de l'âge des patients



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 32 jours ; un patient sur trois a une durée de séjour comprise entre 10 et 20 jours. La distribution des durées de séjour est présentée dans l'histogramme ci-dessous.

Figure 2 – Distribution et répartition des durées de séjour

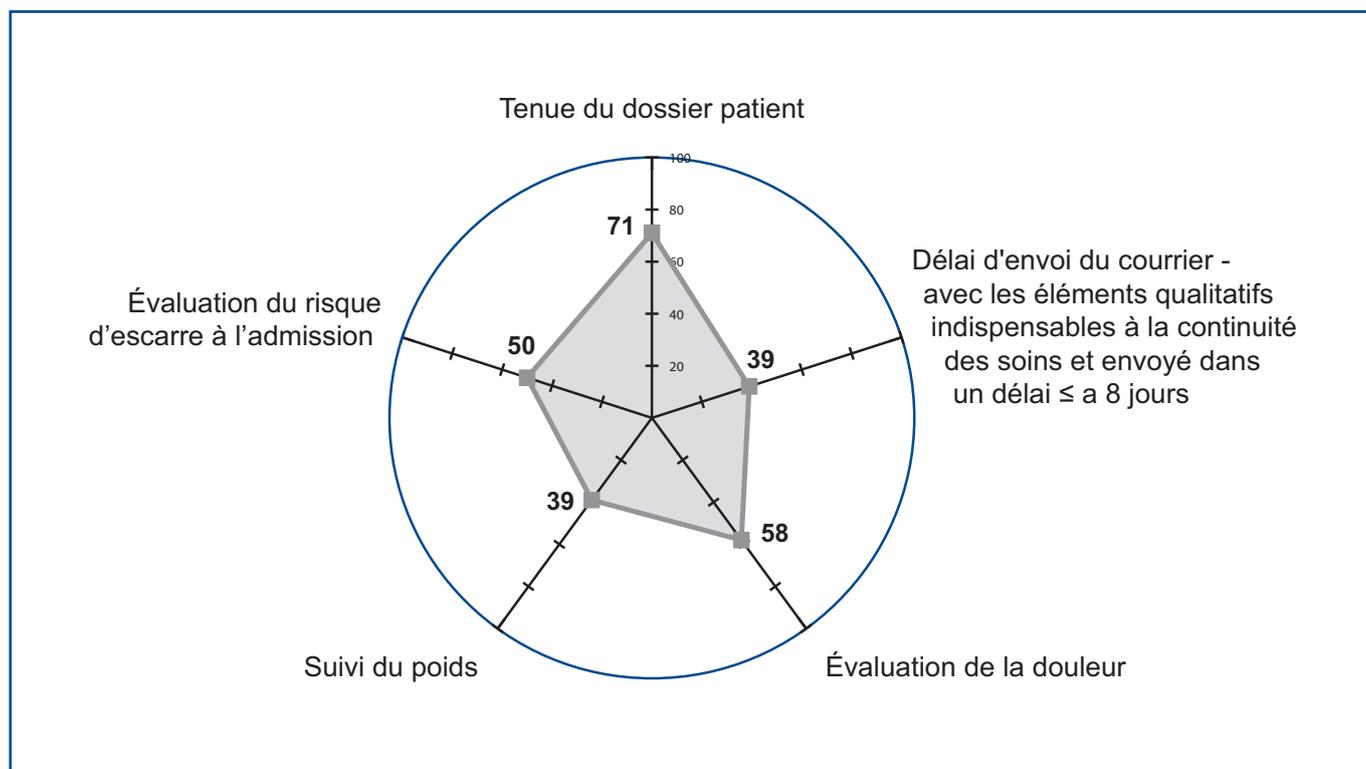


En ce qui concerne le mode de prise en charge, 6 % des patients (616 femmes) ont bénéficié d'une prise en charge obstétricale ; les soins palliatifs représentent 16 % des séjours analysés (N = 1785), proportion équivalente au taux national⁶. La majorité des patients (1 sur 2) reste à son domicile à la fin de son hospitalisation. Le transfert concerne 20 % des patients ; 7 % sont mutés et 22 % décèdent. La majeure partie des dossiers sont partiellement informatisés (informatisation du dossier structure). L'informatisation est totale pour 8 % des dossiers. À l'inverse, 16 % des dossiers existent uniquement sur support papier. Enfin, parmi les 201 établissements de santé considérés, 121 (60 %) sont des services HAD attachés à un établissement, et 80 (40 %) sont des établissements HAD autonomes.

6. Référence : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Le panorama des établissements de santé. Édition 2010.

Synthèse des résultats nationaux des 5 indicateurs

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



Les résultats de cette campagne montrent qu'il existe un potentiel d'amélioration important aussi bien sur les éléments de coordination d'aval avec le médecin traitant que sur les éléments de prise en charge du patient comme le suivi du poids. L'ensemble de ces résultats est détaillé dans la suite du rapport.

INDICATEURS VISANT L'AMÉLIORATION DE LA COORDINATION DES SOINS

Le dossier patient et le courrier de fin d'hospitalisation sont des éléments indispensables du partage d'information, processus clé de la coordination des soins. De ce fait leur qualité est mesurée au travers de 2 indicateurs.

- La tenue du dossier patient s'apprécie à travers l'évaluation de 12 critères adaptés à la prise en charge en HAD. La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score qualité calculé à partir de ces critères est proche de 100.
- Présenté sous forme de taux, l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » 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 pendant le séjour.

Les résultats de l'évaluation du dossier patient et du délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation reflètent en partie la qualité de la coordination des soins dans le cadre d'une prise en charge hospitalière pluri-professionnelle et pluridisciplinaire.

Situation en 2010

► Tenue du dossier du patient

La moyenne nationale du score de la tenue du dossier patient est de 71 associée à une variabilité importante : le score minimum étant de 36 pour un maximum à 98. La médiane est à 70, c'est-à-dire que pour un ES sur deux, plus des deux tiers des dossiers (7 dossiers sur 10) sont bien tenus.

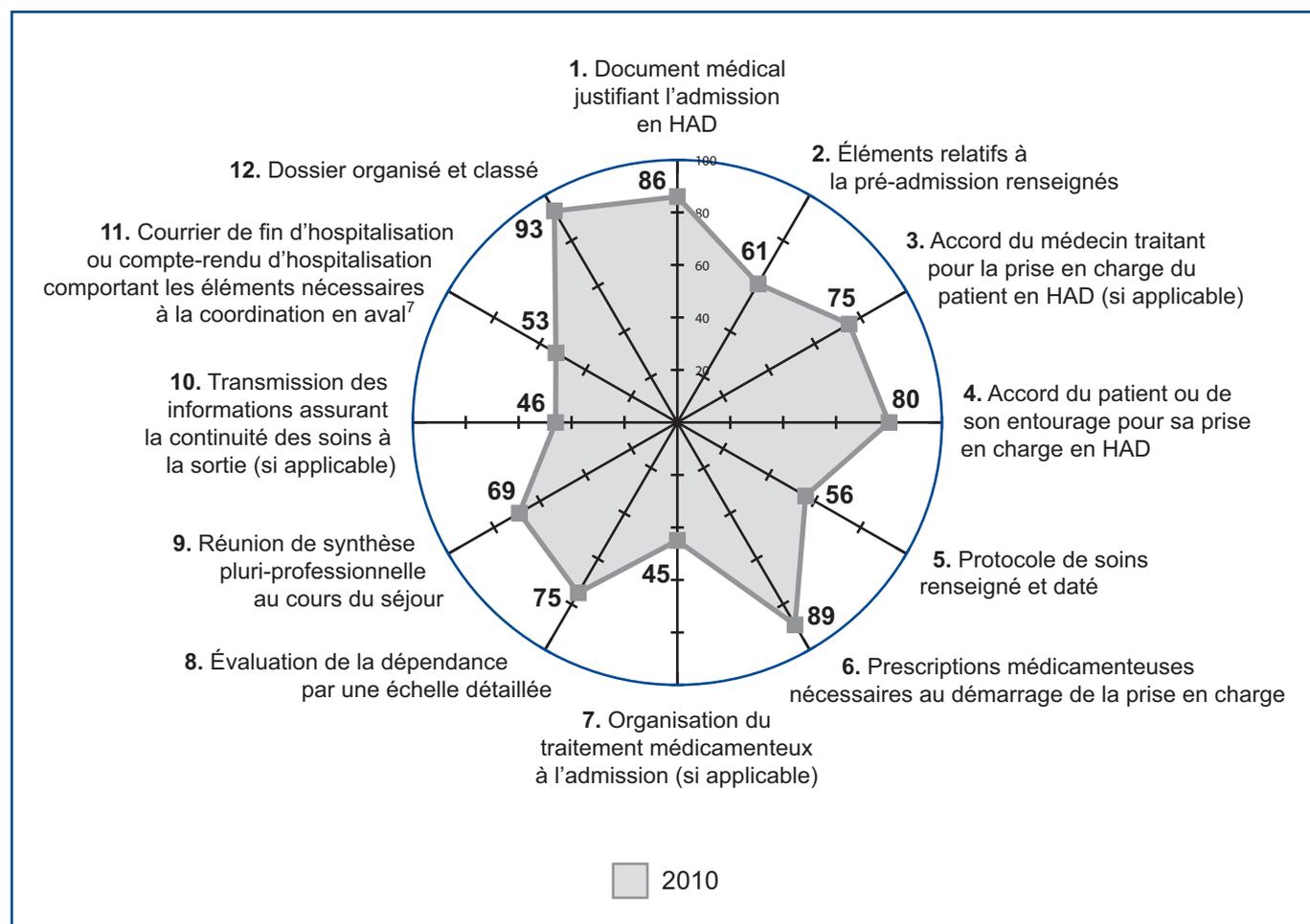
Tableau 1 – Indicateur « Tenue du dossier patient »
Résultat national (base de référence)

Nb d'ES	Nb de dossiers	Moyenne	Médiane	Min.	Max.	Ecart type
166*	8 883	71	70	36	98	13

* L'indicateur porte sur l'analyse de 8883 dossiers pour 166 ES (ES répondant ayant plus de 30 dossiers analysés). Cette population ne comprend pas les ES dont l'effectif de dossiers était inférieur ou égal à 30 ainsi que les ES non répondant.

L'analyse des critères composant l'indicateur « Tenue du dossier patient » permet de préciser les éléments nécessaires au partage de l'information pouvant bénéficier d'une amélioration significative.

Graphique 2 – Critères composant le score de la « Tenue du dossier patient »



Bien que la moyenne nationale de l'ensemble des critères soit élevée (71), les critères ayant les moins bons résultats sont ceux en relation avec la coordination autour du patient (le protocole de soins, l'organisation du traitement médicamenteux *a priori*) et la coordination avec l'aval (la transmission des informations assurant la continuité des soins à la sortie et le compte rendu de fin d'hospitalisation).

Une marge de progression existe sur la qualité du dossier patient et en particulier sur ces critères.

7. 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.

► Délai d'envoi des courriers

Au niveau national, en moyenne, à la fin de 39 % des séjours, est envoyé un courrier de fin d'hospitalisation précisant les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins adressé dans un délai inférieur ou égal à 8 jours. La médiane est de 33 %, c'est-à-dire que pour 1 ES sur 2, moins d'un tiers des courriers complets sont adressés sous 8 jours au médecin traitant. Toujours au niveau national, la proportion de courriers contenant les informations requises envoyés dans un délai inférieur ou égal à 8 jours, varie de 0 % à 100 %.

Tableau 2 – Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation »
Résultat national (base de référence)

Nb d'ES	Nb de dossiers	Moyenne	Médiane	Min.	Max.	Ecart type
123*	6 155	39	33	0	100	33

* L'indicateur porte sur l'analyse de 6 155 dossiers pour 123 ES (ES répondant ayant plus de 30 dossiers analysés). L'effectif de la base de référence nationale est différent de celui de TDP car 43 ES en plus ont moins de 30 dossiers inclus du fait des exclusions secondaires de l'indicateur (exclusion des patients décédés et mutés à la fin du séjour).

L'absence de courrier de fin d'hospitalisation ou de compte rendu d'hospitalisation est la principale cause de non-conformité.

Tableau 3 – Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation »
Causes de non conformités (en %) à l'indicateur

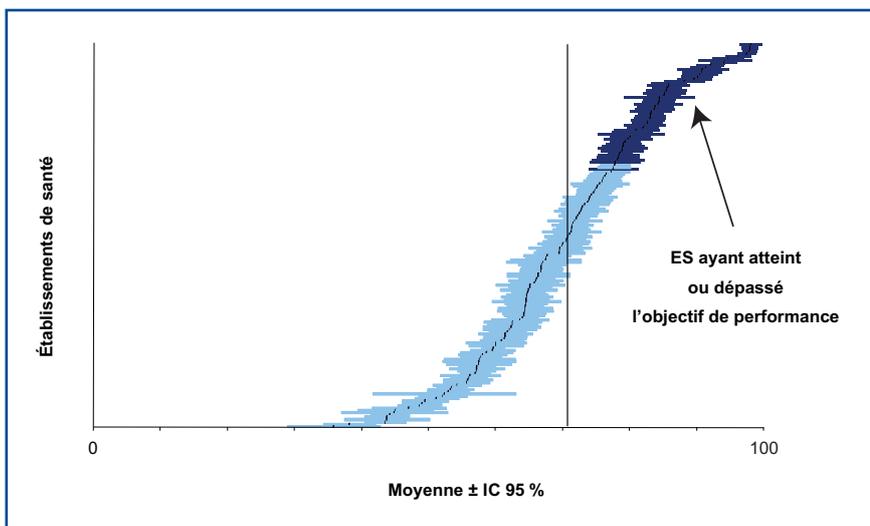
Cause de non-conformité	% de dossiers non conformes
Courrier de fin d'hospitalisation ou compte-rendu d'hospitalisation non retrouvé	45
Courrier de fin d'hospitalisation ou compte-rendu d'hospitalisation incomplet avec un délai supérieur à 8 jours	5
Courrier de fin d'hospitalisation ou compte-rendu d'hospitalisation complet avec un délai supérieur à 8 jours	28
Courrier de fin d'hospitalisation ou compte-rendu d'hospitalisation incomplet avec un délai inférieur à 8 jours	22

Variabilité des résultats

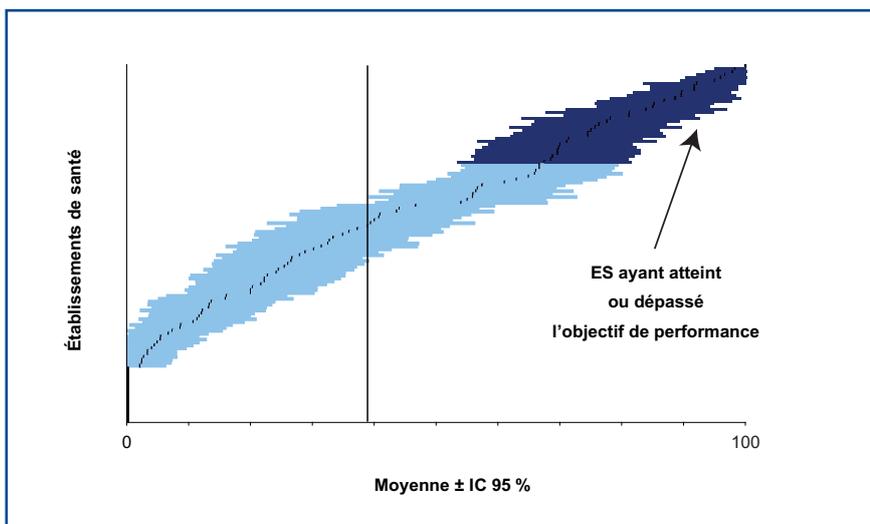
► Distribution nationale

La variabilité nationale constatée au premier regard par les valeurs minimales et maximales des indicateurs est illustrée par les graphiques de distribution ci-dessous. Si la dispersion des établissements sur la qualité de leur dossier est grande, la distribution des ES en fonction de leurs résultats de l'indicateur sur les délais du courrier montre que la coordination avec l'aval est extrêmement hétérogène d'une HAD à l'autre.

Graphique 3 – Indicateur « Tenue du dossier patient »
Distribution des ES par rapport à la moyenne nationale⁸



Graphique 4 – Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation »
Distribution des ES par rapport à la moyenne nationale⁸



En 2010, 41 ES n'envoient aucun courrier de fin d'hospitalisation complet sous 8 jours.

8. Chaque barre horizontale représente le score d'un ES : moyenne avec intervalle de confiance à 95 %.

► Facteurs associés à la variabilité des résultats

L'analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats permet d'identifier les points faibles du processus de partage d'information et de coordination des soins.

■ Effets de la prise en charge

Les dossiers concernant des patientes prises en charge en obstétrique sont atypiques : le score moyen de l'indicateur « Tenue du dossier patient » (TDP) est seulement de 55 pour ces dossiers⁹.

Tableau 4 – Prise en charge en obstétrique et tenue du dossier du patient

	% de dossiers	Moyenne TDP
Prise en charge obstétricale	5	55

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 18 HAD . L'analyse approfondie de leurs résultats conduit aux observations suivantes :

- Ces ES ont une qualité générale du dossier variable (score compris entre 23 et 90).
- Les dossiers d'obstétriques sont moins bien tenus que les autres dossiers (pour 12 ES sur 18), y compris pour les HAD qui ont un bon score TDP.
- Le très faible score TDP de trois de ces ES est lié aux dossiers d'obstétriques : en dehors de ces dossiers, l'ES a une qualité de dossier moyenne, voire bonne.

De plus, le courrier de fin d'hospitalisation complet n'est envoyé sous huit jours que dans 3 dossiers d'obstétrique sur 10 (33 %).

Le partage de l'information dans le cadre d'une prise en charge des patientes en obstétrique est de moins bonne qualité que ce soit sur la coordination lors de la prise en charge ou sur la coordination avec l'aval.

■ Effet de la modalité de fin de séjour

Le mode de sortie est également associé à la variabilité des résultats. Pour seulement 27 % des patients transférés un courrier de fin d'hospitalisation est envoyé complet et sous 8 jours, contre 43 % des dossiers de patients retournant à domicile (16 points d'écart).

9. L'analyse porte sur 516 patientes prises en charge dans 42 ES.

10. ES ayant plus de 15 dossiers Obstétriques, ce qui représente 73 % des dossiers d'obstétrique.

► Effets des organisations des HAD

Comme dans les autres secteurs, l'informatisation améliore la tenue du dossier patient et l'envoi de courriers complets sous huit jours. Un patient sur deux a dans son dossier un courrier de fin d'hospitalisation conforme (indicateur DEC) lorsque l'informatisation est totale, contre 3 patients sur 10 lorsqu'il n'y a aucune informatisation des dossiers (différence statistiquement significative).

Tableau 5 – Informatisation du dossier et partage de l'information

	Moyenne TDP	Moyenne DEC
Informatisation totale	75	50
Aucune informatisation	67	33

Concernant la tenue du dossier patient, 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 et de l'envoi des courriers complets dans les délais.

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, dans ces ES, le médecin traitant recevra un courrier de fin d'hospitalisation complet dans un délai de 8 jours que pour 4 patients sur 10.

Tableau 6 – Caractéristique de l'établissement et délai d'envoi des courriers

	Nombre d'ES	% d'ES	Moyenne DEC
Service HAD	121	60	42
Établissement HAD autonome	80	40	33

État des lieux par rapport à l'objectif de performance

Pour le secteur de l'HAD, aucun objectif national de performance n'est fixé pour la 1^{ère} campagne. Cependant, il est intéressant de faire l'état des lieux de la qualité du partage de l'information par rapport à cette référence fixée pour les autres secteurs et qui est également une borne utilisée dans la certification V2010.

S'il est attendu que le dossier patient soit bien tenu pour au moins huit patients sur dix, un tiers des ES (N = 53) a d'ores et déjà atteint ou dépassé cet objectif (classe A et B). Cependant, la grande majorité des ES se situe en dessous.

Seuls 34 ES ont adressé, pour au moins 8 patients sur 10, un courrier de fin d'hospitalisation contenant les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins au médecin traitant dans les 8 jours après la sortie.

Tableau 7 – Distribution par rapport à l'objectif de performance (80 %)

	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D
Tenue du dossier patient				
% d'ES (nombre d'ES)	20 (34)	10 (19)	61 (113)	9 (16)
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation				
% d'ES (nombre d'ES)	8 (11)	17 (23)	64 (89)	11 (16)

Au niveau régional, seul un tiers des ES de la région Alsace a atteint ou dépassé ce seuil aussi bien pour le partage d'informations au cours de l'hospitalisation que pour la communication avec le médecin traitant.

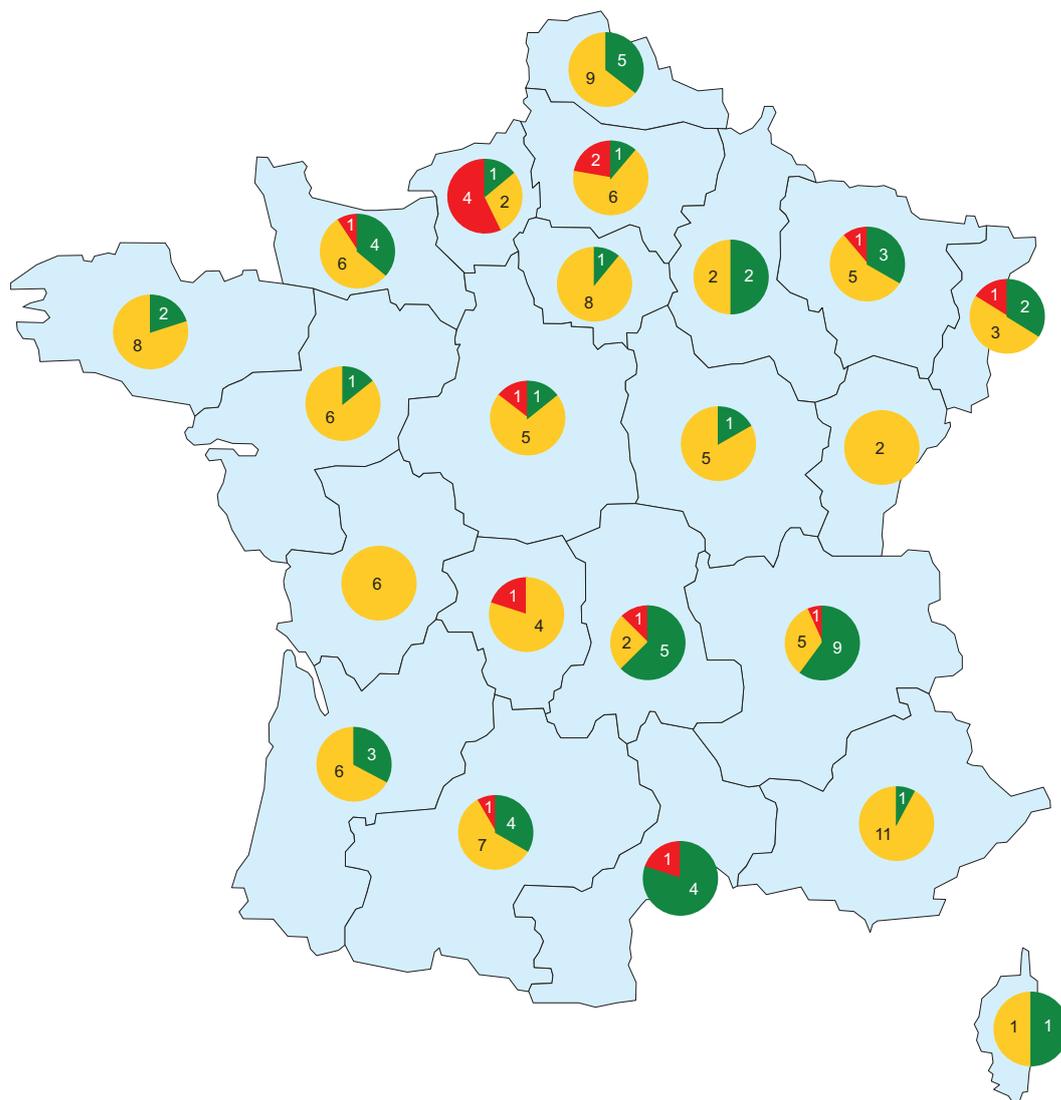
L'atteinte de ce niveau de performance est cependant très variable sur l'ensemble des régions (cartographies 1 et 2).

Ainsi, plus de la moitié des HAD des régions Auvergne, Languedoc Roussillon et Rhône-Alpes obtiennent de bons résultats sur la tenue du dossier patient mais demeurent moins performantes pour la communication d'aval. Plus particulièrement, si 4 ES sur 5 du Languedoc Roussillon ont atteint le seuil de 80 % pour l'indicateur tenue du dossier patient, seul 1 ES sur 5 atteint l'objectif pour l'indicateur Délai d'envoi du courrier.

Les HAD d'Aquitaine et de Basse Normandie obtiennent en revanche de meilleurs résultats sur l'indicateur mesurant la qualité de la communication avec le médecin traitant. En effet, seul un tiers des ES d'Aquitaine atteint l'objectif de performance pour le partage de l'information mais les deux tiers des ES de cette région atteignent le seuil de 80 % de courrier conforme envoyé dans les délais. De même, 67 % des ES de Basse Normandie sont en classe A ou B pour l'indicateur de coordination avec le médecin traitant mais seulement 38 % des ES atteignent l'objectif de performance pour l'autre indicateur.

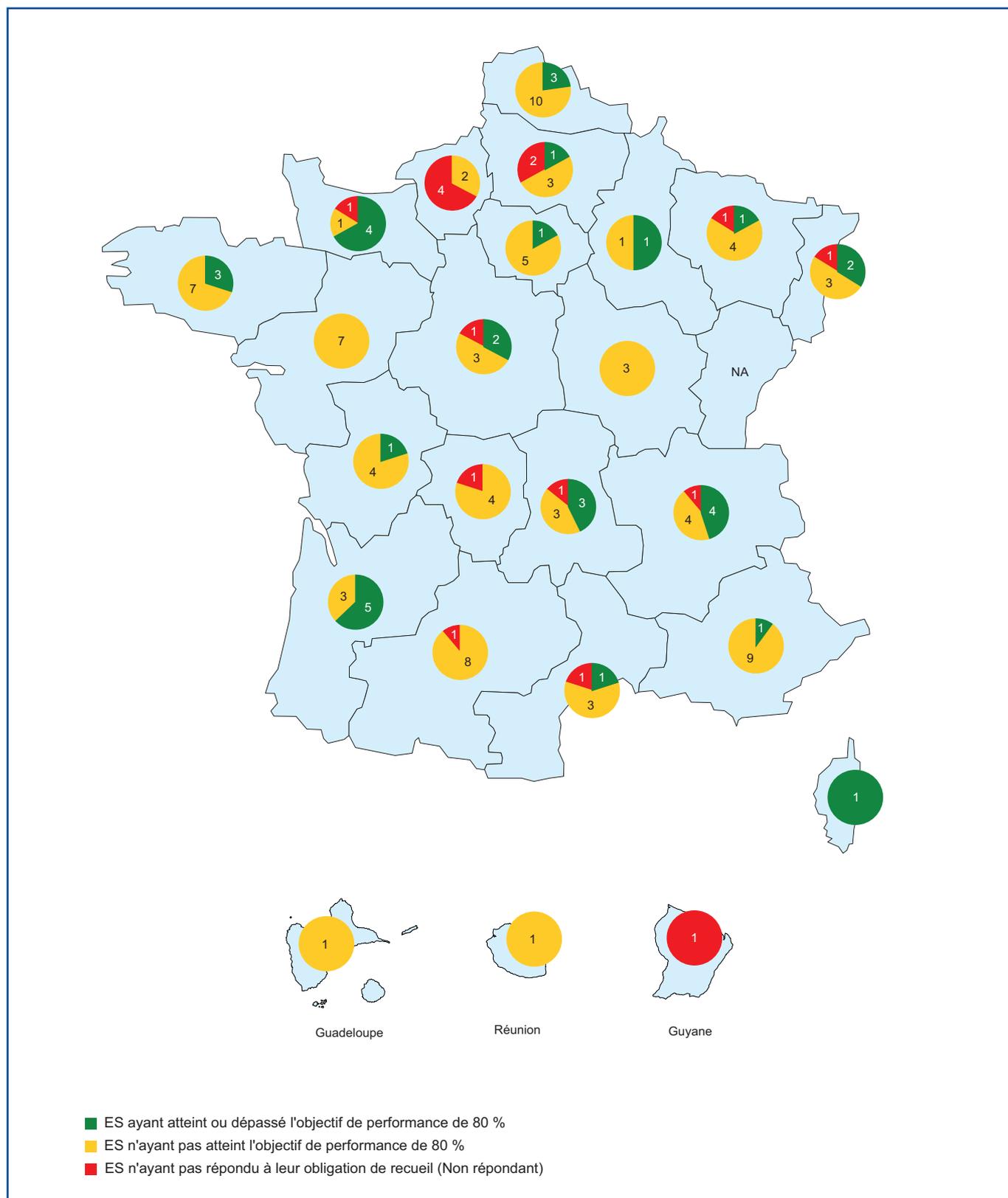
Enfin, aucun ES de la région Limousin n'a atteint ou dépassé l'objectif de performance pour les deux indicateurs de coordination des soins.

Cartographie 1 – Indicateur « Tenue du dossier patient »
Distribution des ES 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)

Cartographie 2 – Indicateur « Délai d’envoi du courrier de fin d’hospitalisation »
Distribution des ES par rapport à l’objectif de performance



Les statistiques descriptives régionales se trouvent en annexe (voir tableaux 13 et 14).

Conclusion

- La moyenne nationale de l'indicateur « Tenue du dossier patient » est de 71 ; celle de « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » est de 39 %.
- Il existe une grande variabilité des résultats de ces deux indicateurs entre les établissements et régionalement.
- Seul 30 % des ES ont atteint un niveau de qualité satisfaisant quant au partage de l'information.
- Des éléments importants dans le partage d'information et la coordination d'aval font défaut dans les dossiers d'obstétriques en HAD.
- L'informatisation améliore la tenue du dossier patient et favorise l'envoi d'un courrier de fin d'hospitalisation complet sous 8 jours.

INDICATEURS VISANT L'AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

La prise en charge hospitalière des patients s'articule notamment autour de la prise en charge de la douleur, des troubles nutritionnels et la prévention du risque d'escarre.

La prise en charge de la douleur est une priorité de santé publique. La traçabilité de 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).

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'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.

La qualité de ces 3 éléments de prise en charge est suivie par 3 indicateurs dont l'ensemble des résultats donne une idée de la qualité de la prise en charge en HAD :

- l'indicateur « Évaluation de la douleur » correspond à la recherche d'une mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier d'un patient non algique ou de deux mesures dans le dossier d'un patient algique. En effet, dans ce dernier cas, la première mesure diagnostique la présence de douleur et la seconde correspond à une mesure de suivi ;
- 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** ;
- l'indicateur « Évaluation 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. 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).

Ces trois indicateurs sont présentés sous la forme de taux de séjours conformes par établissement.

Situation en 2010

À partir de l'analyse des tableaux de statistiques descriptives nationales, il est observé que les résultats sont meilleurs de manière globale pour l'évaluation de la douleur : la moyenne nationale est à 58 % et la médiane à 63 % (pour un ES sur deux, deux tiers des dossiers contiennent une évaluation de la douleur avec une échelle).

A l'inverse, les résultats globaux du suivi du poids montrent qu'il existe une grande marge de progression : la moyenne nationale est de 39 % et la médiane de seulement 34 % (c'est-à-dire que pour un ES sur deux, le suivi du poids est tracé dans le dossier de moins d'un patients sur trois).

Quant à l'évaluation du risque d'escarre du patient à risque, elle n'est que de 50 % : seulement un patient sur deux à risque est évalué à l'admission.

Tableau 8 – Statistiques descriptives nationales (en %)

Nb d'ES	Nb de dossiers	Moyenne	Médiane	Min	Max	Ecart type
Évaluation de la douleur						
166*	8 883	58	63	0	100	28
Suivi du poids						
136*	6 783	39	34	4	93	23
Évaluation du risque d'escarre						
130*	6 503	50	49	0	100	32

* Les effectifs sont différents pour ces indicateurs du fait des exclusions secondaires (suivi du poids : patientes en obstétriques ou patients prise en charge en soins palliatifs dès le début du séjour ; évaluation du risque d'escarre : patients dont l'IK est supérieur à 50). Il s'agit des ES ayant plus de 30 dossiers inclus.

Les éléments qui font le plus souvent défaut ont été identifiés :

- La première évaluation de la douleur avec une échelle n'est retrouvée que dans 64 % des dossiers mais elle est presque toujours suivie d'une seconde mesure. Ainsi, 92 % des patients algiques pour lesquels une première mesure a été réalisée avec une échelle ont une deuxième mesure tracée dans le dossier.
- En ce qui concerne le suivi du poids, aucune mesure du poids ni recherche de la variation avant l'hospitalisation n'est faite pour 6 patients sur 10. Il existe donc un fort potentiel d'amélioration.

Tableau 9 – Éléments retrouvés sur le suivi du poids

Éléments de suivi	% de dossiers
2 mesures du poids	34
Variation du poids avant l'hospitalisation	18
2 mesures du poids et une variation	13
Ni mesure du poids ni recherche de la variation du poids avant l'hospitalisation	61

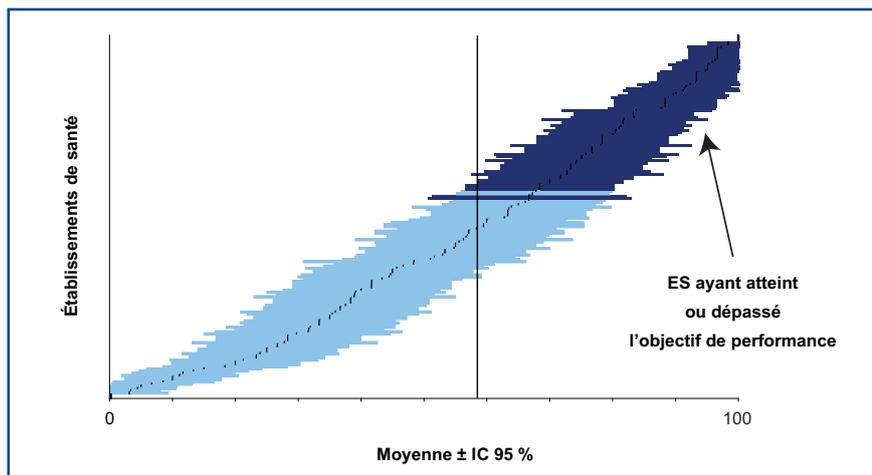
- Sur l'ensemble des patients à risque d'escarre, seulement 6 patients sur 10 sont évalués : 4 patients sur 10 n'ont aucune évaluation de leur risque d'escarre à l'admission. Quand l'évaluation est retrouvée elle est de qualité dans 8 cas sur 10.

Variabilité des résultats

► Distribution nationale

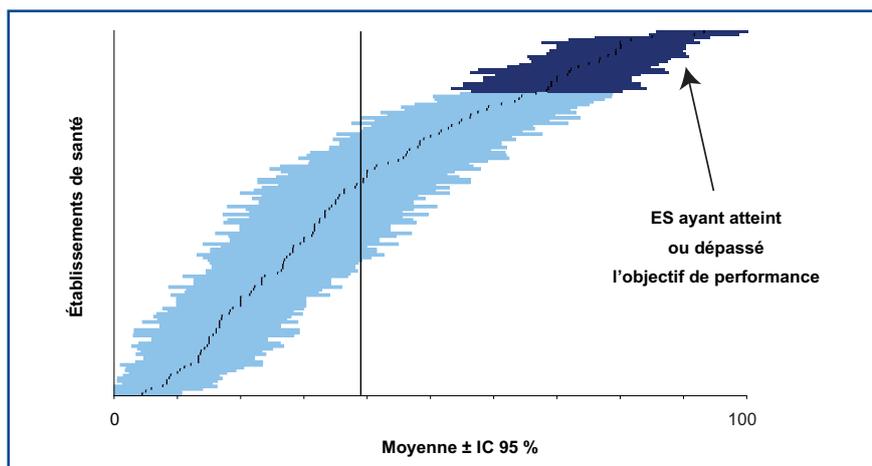
La variabilité des résultats entre les ES, observée sur les graphiques ci-dessous, montre qu'il existe d'importantes marges de progression pour les trois indicateurs de prise en charge.

Graphique 5 – Indicateur « Évaluation de la douleur »
Distribution des ES par rapport à la moyenne nationale¹¹



Comme cela peut être observé, la distribution des scores des ES est bien équilibrée pour l'évaluation de la douleur : un tiers des ES est positionné au dessus de la moyenne nationale, un tiers en dessous et un tiers a un score non significativement différent de la moyenne.

Graphique 6 – Indicateur « Suivi du poids »
Distribution des ES par rapport à la moyenne nationale¹¹

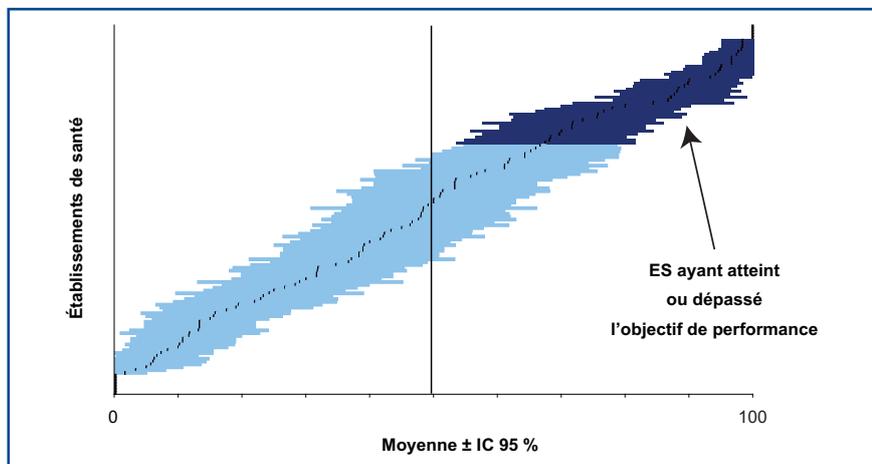


La courbe générale présentant les résultats de l'indicateur du suivi du poids, a une forme « en cloche », resserrée vers la gauche. Ce graphique met en évidence toute une population d'HAD avec un score faible, proches les unes des autres : pour ces structures il existe un fort potentiel d'évolution pour cet indicateur.

11. Chaque barre horizontale représente la moyenne d'un ES avec l'intervalle de confiance à 95 %.

En 2010, 37 ES ont un taux moyen de suivi du poids supérieur à la moyenne nationale et 51 ES se situent en dessous de la moyenne nationale.

Graphique 7 – Indicateur « Evaluation du risque d’escarre »
Distribution des ES par rapport à la moyenne nationale¹²



Dans 13 établissements, aucune évaluation correcte des escarres à l'admission n'est retrouvée pour les patients à risque. L'hétérogénéité de pratique dans l'évaluation du risque d'escarre est très importante comme le montre le graphique.

Malgré une distribution équilibrée des ES par rapport à la moyenne nationale, on observe une grande variabilité inter-ES des résultats pour les trois indicateurs. L'analyse complémentaire a permis de mettre en évidence des facteurs associés à cette variabilité.

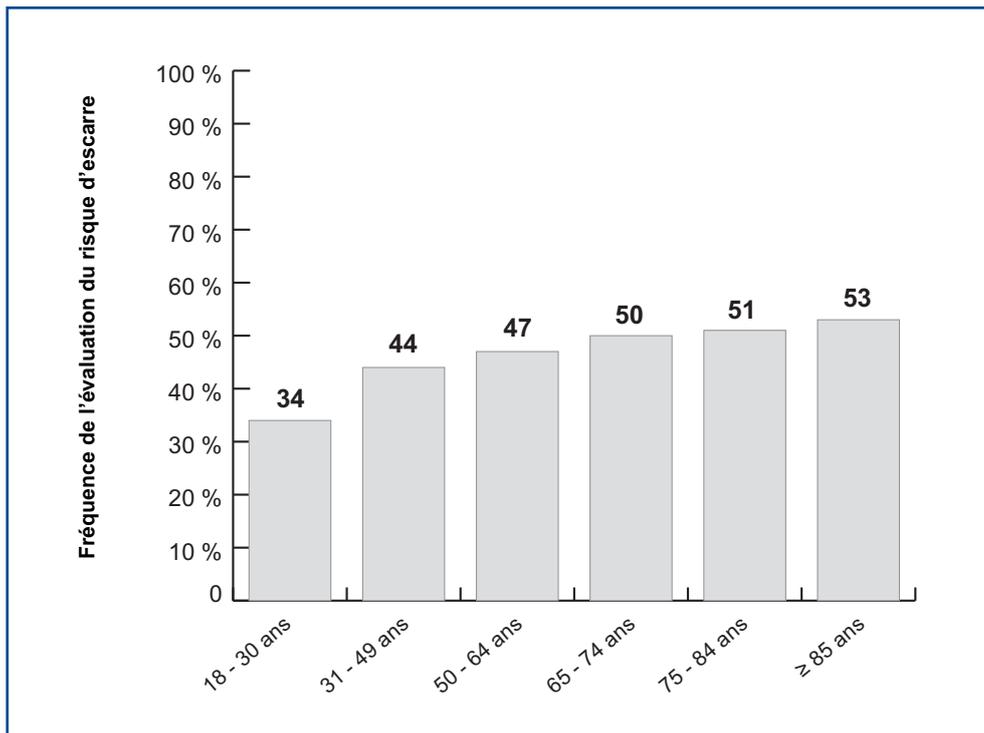
12. Chaque barre horizontale représente la moyenne d'un ES avec l'intervalle de confiance à 95 %.

► Facteurs associés à la variabilité des résultats

■ Effet de l'âge

Bien que l'ensemble des patients concerné par l'indicateur soit à risque et par conséquent doit être évalué, il est à noter que le risque d'escarre est plus souvent évalué pour les personnes âgées (Graphique 8). Au-delà de cette différence, il est intéressant de noter que cette évaluation n'est réalisée que pour une personne âgée sur deux, et seulement pour un patient de moins de 30 ans sur trois.

Graphique 8 – Évaluation du risque d'escarre en fonction de l'âge



■ Effet de la dépendance

L'évaluation de la douleur avec une échelle est plus souvent réalisée pour les patients dépendants (présence de l'évaluation de la douleur dans 6 dossiers de patients avec indice de Karnofsky ≤ 50 sur 10), que pour les patients autonomes (5 patients autonomes avec $K > 50$ sur 10).

À l'inverse, le suivi du poids par mesure ou par recherche de la variation du poids est meilleur pour les patients autonomes (suivi du poids dans 45 % des dossiers) que pour les patients dépendants (37%).

■ Effet des modalités d'admission

Par ailleurs, le suivi du poids est mieux tracé pour les patients qui sont en relais HAD au sein du même établissement (poids tracés ou variation du poids à l'entrée pour 44 % des dossiers de patients mutés) que pour ceux qui viennent d'un autre établissement (38 %) ou du domicile (35 %).

■ Effet du type de prise en charge

Concernant les modes de prise en charge, il a été observé que la mesure de l'évaluation de la douleur avec une échelle n'est présente que dans 26 % des dossiers d'obstétrique (Tableau 10). 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 20 dossiers de ces patientes ont été évalués pour l'indicateur « Évaluation du risque d'escarre ».

Ainsi, comme pour les indicateurs sur la coordination, il existe une différence réelle de qualité de prise en charge entre ces patientes et les autres patients.

À l'inverse, pour 10 patients pris en soins palliatifs, l'évaluation de la douleur est réalisée dans 7 cas et une évaluation du risque d'escarre pour près de 6 patients (Tableau 10). Même si ces moyennes sont supérieures aux moyennes nationales, il reste une grande marge d'amélioration pour cette population.

Tableau 10 – Mode de prise en charge du patient

	% de dossiers	Moyenne évaluation de la douleur	Moyenne évaluation du risque d'escarre
Obstétrique	5	26	NA ¹³
Soins palliatifs	16	67	55
Autre	79	59	48

■ Effet d'organisation des HAD

Par ailleurs, il existe un effet structure sur ces indicateurs : d'une part, l'informatisation améliore la traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre (7 points d'écart entre les dossiers informatisés et les dossiers papier) : 55 % des dossiers patients informatisés comportent une trace de cette évaluation, contre 48 % des dossiers qui ne sont pas informatisés.

D'autre part, le suivi du poids est (significativement) meilleur dans les services HAD que dans les établissements HAD autonomes.

Tableau 11 – Caractéristique de l'établissement

	Nombre d'ES	% d'ES	Moyenne Suivi du poids
Service HAD	120	24	42
Établissement HAD autonome	80	76	34

13. Effectif insuffisant.

État des lieux par rapport à l'objectif de performance

Pour le secteur de l'HAD, aucun objectif national de performance n'est fixé pour la 1^{ère} campagne. Cependant, il est intéressant de faire l'état des lieux de la qualité de la prise en charge des patients par rapport à cette référence fixée pour les autres secteurs et qui est également une borne utilisée dans la certification V2010.

La distribution nationale des ES par rapport à l'objectif de performance confirme le potentiel d'amélioration mis en évidence précédemment pour la partie sur la coordination.

La majorité des ES n'atteint pas l'objectif de performance. En particulier, le suivi du poids n'est assuré, pour 8 patient sur 10, que dans 22 ES (15 %). De plus, bien que les résultats des deux autres indicateurs soient meilleurs, moins de la moitié des ES évalue la douleur ou le risque d'escarre pour au moins 8 patients sur 10.

Tableau 12 – Distribution par rapport à l'objectif de performance

	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D
Évaluation de la douleur				
% d'ES (nombre d'ES)	18 (32)	23 (41)	51 (93)	8 (16)
Suivi du poids				
% d'ES (nombre d'ES)	1 (2)	14 (20)	74 (108)	11 (16)
Évaluation du risque d'escarre				
% d'ES (nombre d'ES)	16 (23)	13 (19)	60 (88)	11 (16)

La distribution régionale des ES par rapport à l'objectif de performance montre qu'il existe une variabilité inter-régions pour ces trois indicateurs (cartographies 3, 4 et 5). On constate cependant qu'elle est moins importante pour le suivi du poids : la proportion d'ES ayant atteint l'objectif de performance en 2010 varie ainsi de 0 % pour la Franche Comté à 50 % pour l'Auvergne.

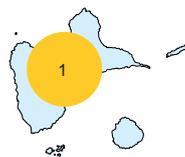
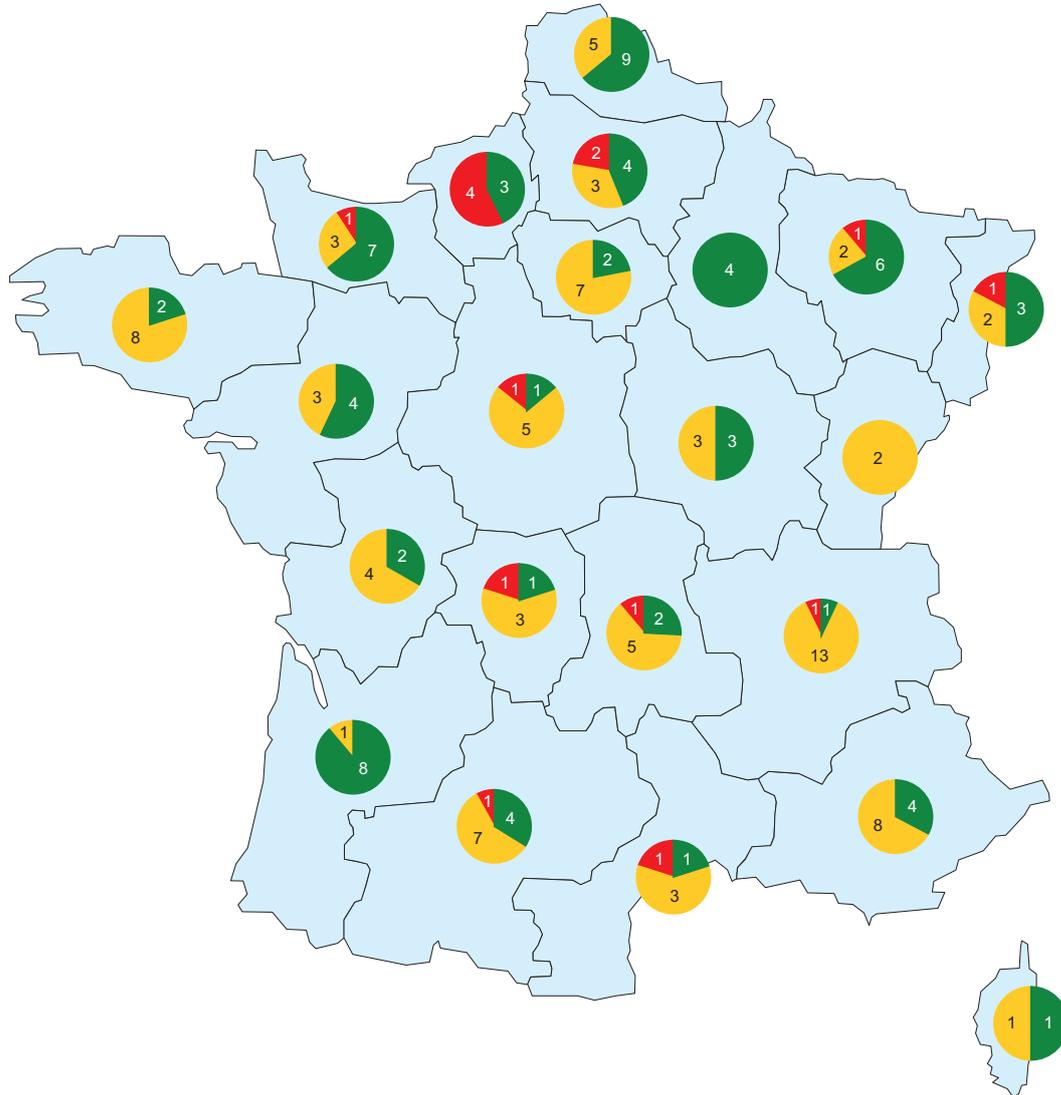
Une seule région (l'Alsace) a de bons résultats pour une grande partie de ses établissements¹⁴ sur les trois indicateurs : 1/3 de ces ES a atteint ou dépassé le seuil de 80 % pour les 3 indicateurs.

Cette région mise à part, les résultats régionaux sont variables : certaines régions ne sont performantes que sur un indicateur, d'autres sur deux, et il est intéressant de noter que l'indicateur pour lequel les ES d'une région obtiennent de très bons résultats n'est pas le même pour toutes les régions.

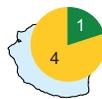
14. Avec effectif considéré comme suffisant.

- Plus de régions obtiennent de bons résultats sur l'évaluation de la douleur que sur les deux autres indicateurs. Notamment, les 4 ES (100 %) de Champagne-Ardenne ont atteint l'objectif de performance pour l'évaluation de la douleur mais aucun ne l'a atteint pour le suivi du poids. De même, 8 ES sur 9 de l'Aquitaine sont positionnés en classe A ou B pour l'évaluation de la douleur, mais seuls 25 % des ES atteignent l'objectif pour les deux autres indicateurs.
- Pour la Basse Normandie c'est surtout l'évaluation du risque d'escarre qui fait défaut : 40 % de ses 10 ES sont en classe A ou B pour le suivi du poids, 64 % pour l'évaluation de la douleur mais seulement 13 % pour l'évaluation du risque d'escarre. Pour d'autres régions comme le Nord Pas-de-Calais, les Pays de la Loire ou le Poitou Charente, le suivi du poids est moins réalisé que les évaluations de la douleur et du risque d'escarre.
- D'autres régions n'ont des résultats satisfaisants que pour un seul indicateur parmi les trois considérés. Ainsi, presque la moitié des ES de la Haute Normandie atteint l'objectif de performance pour l'évaluation de la douleur, mais ces mêmes ES ont des scores très bas pour les autres indicateurs. De même, 42 % des 12 ES de Rhône-Alpes sont en classe A ou B pour l'évaluation du risque d'escarre, mais seuls 7 % pour l'évaluation de la douleur.

Cartographie 3 – Indicateur « Évaluation de la douleur » »
Distribution des ES par rapport à l'objectif de performance



Guadeloupe



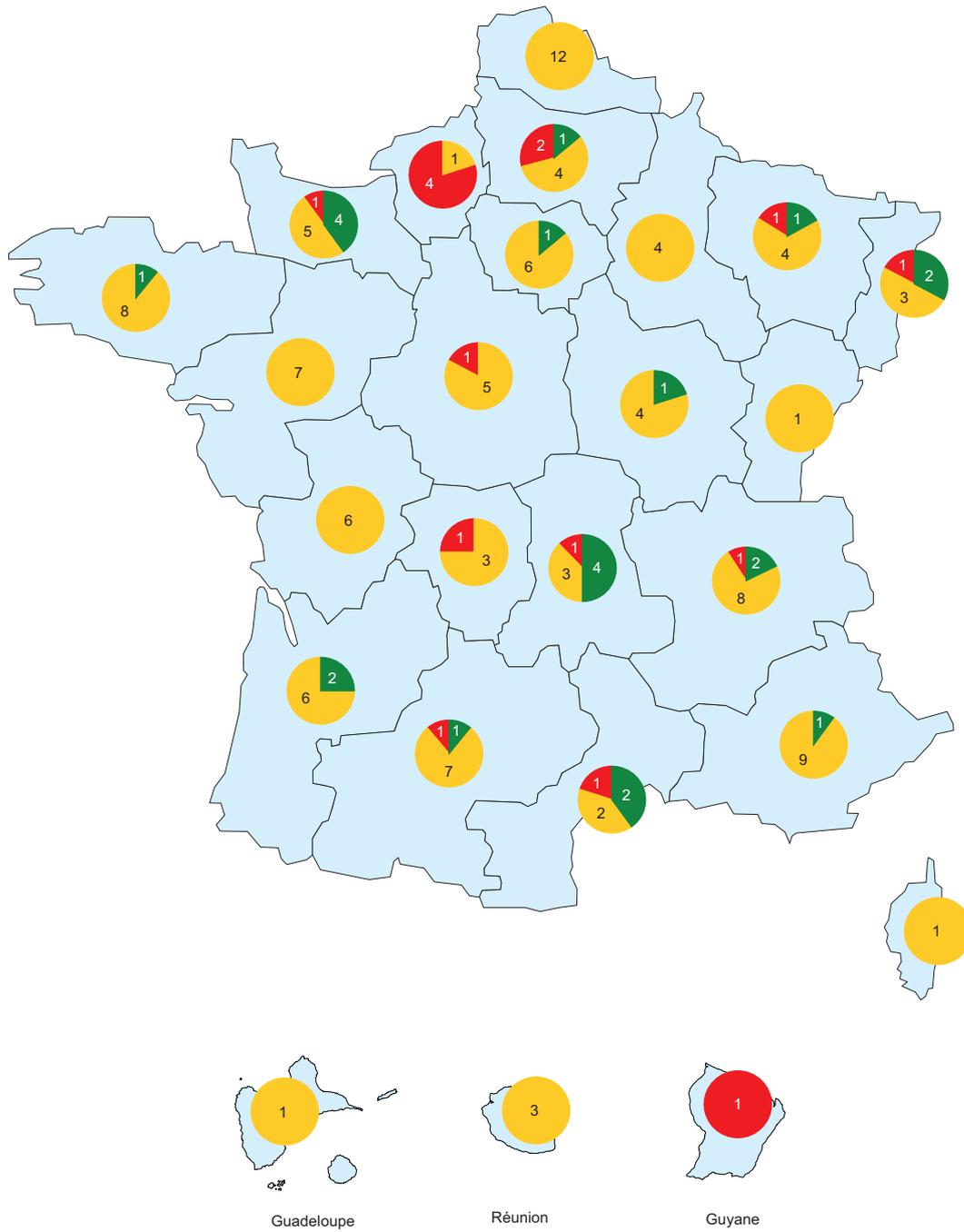
Réunion



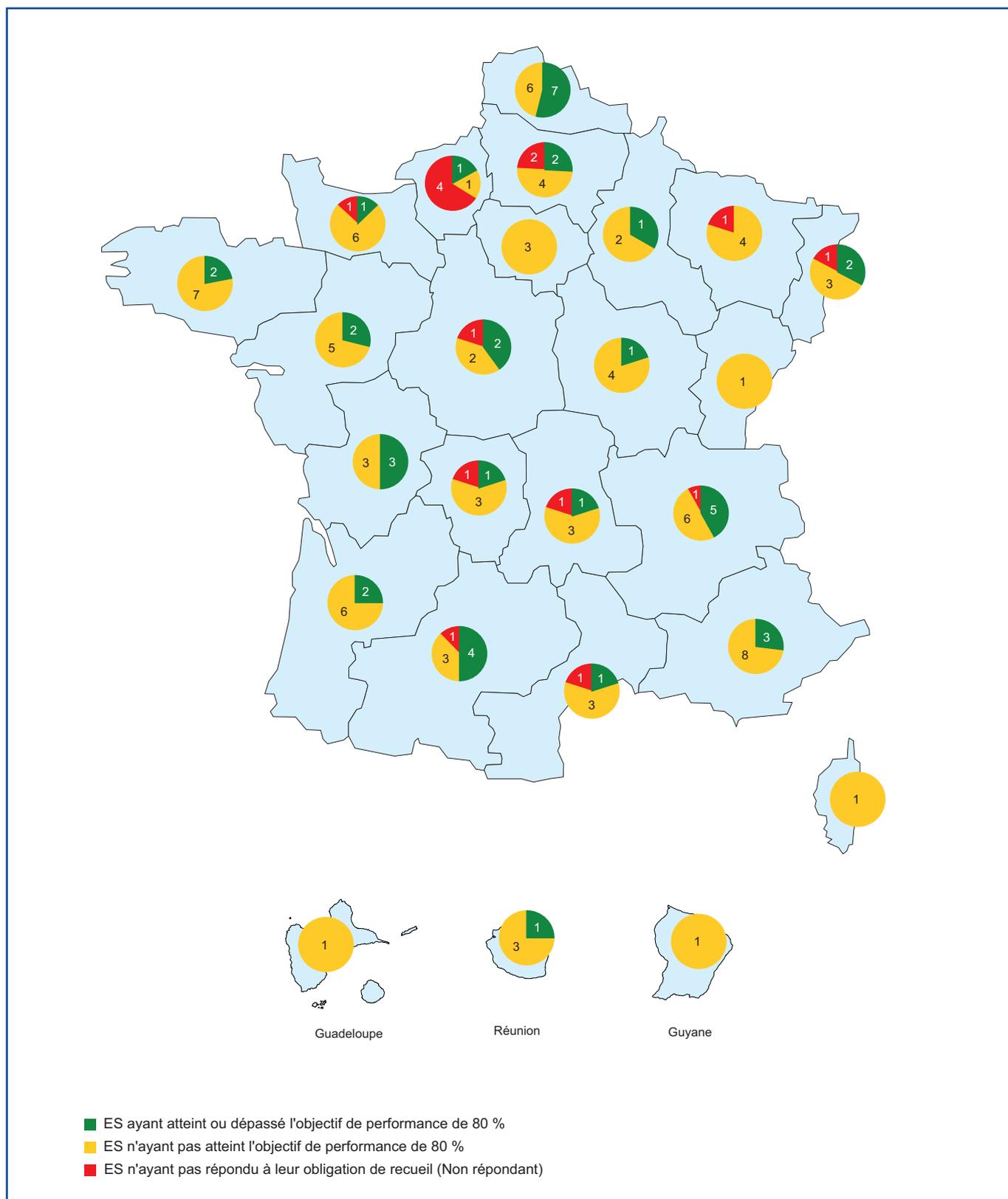
Guyane

- 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)

Cartographie 4 – Indicateur « Suivi du poids »
Distribution des ES par rapport à l'objectif de performance



Cartographie 5 – Indicateur « Évaluation du risque d'escarre »
Distribution des ES par rapport à l'objectif de performance



Les statistiques descriptives régionales se trouvent en annexe (voir Tableaux 15, 16 et 17).

Conclusion

- Les taux moyens nationaux de l'évaluation de la douleur, du suivi du poids et d'évaluation du risque d'escarre sont respectivement de 58 %, 39 % et 50 %. Il existe un potentiel d'amélioration important sur l'ensemble des indicateurs visant à l'amélioration de la prise en charge du patient.
- On constate une variabilité des résultats des trois indicateurs de prise en charge inter-établissements et inter-régions, avec des régions ayant de bons résultats sur l'ensemble des indicateurs.
- L'évaluation de la douleur avec une échelle est peu réalisée lors des prises en charge obstétricales. En revanche, les patients en soins palliatifs ont une meilleure évaluation de la douleur. Cependant, il reste une nette marge d'amélioration.
- Le risque d'escarre n'est évalué que chez 1 patient à risque¹⁵ sur 2. Cette évaluation est influencée par l'âge du patient et par son motif de prise en charge.

15. Patients à risque : patients dont l'indice de Karnofsky est inférieur ou égal à 50 indiquant un niveau de dépendance élevé.

CONCLUSION

L'analyse décrite permet plusieurs constats.

Les premiers résultats des indicateurs de coordination des soins sont encourageants mais des axes d'améliorations existent.

- Le score moyen national de la **tenue du dossier patient** est de 71. Cependant, les critères liés à la coordination autour du patient (le protocole de soins, l'organisation du traitement médicamenteux *a priori*) et la coordination avec l'aval (la transmission des informations assurant la continuité des soins à la sortie et le compte rendu de fin d'hospitalisation) ont de moins bons résultats.
- Le taux moyen national d'**envoi d'un courrier complet de fin d'hospitalisation** en moins de huit jours au médecin traitant est de 39 %.

Concernant les indicateurs visant l'amélioration de la prise en charge des patients les mêmes constats sont produits avec un focus particulier sur les deux points :

- Il reste un potentiel d'amélioration important pour les prises en charge obstétricale et en soins palliatifs concernant l'évaluation de la douleur. En effet, la moyenne nationale de l'indicateur pour chacune de ces prises en charge est respectivement de 26 % et de 67 %.
- Le risque d'escarre est évalué pour seulement un patient à risque sur deux.

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.

Dès 2012 les résultats de la 2^e campagne seront diffusés publiquement sur le site PLATINES afin d'être accessibles au grand public. Les résultats HAD 2011 devront également être diffusés publiquement par chacun des établissements.

ANNEXES

Tableau 13 – Indicateur « Tenue du dossier patient »
Statistiques descriptives régionales (score compris entre 0 et 100)

	Établissements composant la référence		Moyenne nationale = 71	Établissements n'entrant pas dans la référence	
	Nb d'ES avec effectif N > 30	Nb de dossiers	Moyenne par catégorie en %	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec effectif N ≤ 30
ALSACE	5	287	74	1	0
AQUITAINE	9	486	76	0	1
AUVERGNE	7	361	79	1	0
BASSE-NORMANDIE	10	486	79	1	1
BOURGOGNE	6	276	67	0	5
BRETAGNE	10	575	67	0	0
CENTRE	6	348	71	1	1
CHAMPAGNE-ARDENNE	4	208	73	0	1
CORSE	2	92	71	0	0
FRANCHE-COMTÉ	2	78	55	0	0
GUADELOUPE	1	60	64	0	2
GUYANE	0	0	NA	1	0
HAUTE-NORMANDIE	3	135	76	4	1
ILE-DE-FRANCE	9	463	53	0	1
LANGUEDOC-ROUSSILLON	4	234	83	1	1
LIMOUSIN	4	240	60	1	0
LORRAINE	8	419	75	1	2
MIDI-PYRÉNÉES	11	586	72	1	3
NORD-PAS-DE-CALAIS	14	828	74	0	0
PAYS DE LA LOIRE	7	420	64	0	0
PICARDIE	7	365	67	2	2
POITOU-CHARENTES	6	345	64	0	3
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	12	655	62	0	5
RÉUNION	5	216	72	0	2
RHÔNE-ALPES	14	720	80	1	4

Tableau 14 – Indicateur « Délai d’envoi du courrier de fin d’hospitalisation »
Statistiques descriptives régionales (en %)

	Établissements composant la référence		Moyenne nationale = 39	Établissements n’entrant pas dans la référence	
	Nb d’ES avec effectif N > 30	Nb de dossiers	Moyenne par région en %	Nb d’ES non répondant	Nb d’ES avec effectif N ≤ 30
ALSACE	5	255	56	1	0
AQUITAINE	8	388	46	0	2
AUVERGNE	6	298	66	1	1
BASSE-NORMANDIE	5	226	74	1	6
BOURGOGNE	3	137	31	0	8
BRETAGNE	10	488	41	0	0
CENTRE	5	288	42	1	2
CHAMPAGNE-ARDENNE	2	102	51	0	3
CORSE	1	37	100	0	1
FRANCHE-COMTÉ	0	0	NA	0	2
GUADELOUPE	1	37	5	0	2
GUYANE	0	0	NA	1	0
HAUTE-NORMANDIE	2	85	45	4	2
ILE-DE-FRANCE	6	330	15	0	4
LANGUEDOC-ROUSSILLON	4	180	42	1	1
LIMOUSIN	4	196	20	1	0
LORRAINE	5	273	41	1	5
MIDI-PYRÉNÉES	8	408	24	1	6
NORD-PAS-DE-CALAIS	13	711	41	0	1
PAYS DE LA LOIRE	7	360	21	0	0
PICARDIE	4	194	37	2	5
POITOU-CHARENTES	5	241	12	0	4
PROVENCE-ALPES-CÔTE D’AZUR	10	456	25	0	7
RÉUNION	1	54	67	0	6
RHÔNE-ALPES	8	411	55	1	10

Tableau 15 – Indicateur « Évaluation de la douleur »
Statistiques descriptives régionales (en %)

	Établissements composant la référence		Moyenne nationale = 58	Établissements n'entrant pas dans la référence	
	Nb d'ES avec effectif N > 30	Nb de dossiers	Moyenne par région en %	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec effectif N ≤ 30
ALSACE	5	287	73	1	0
AQUITAINE	9	486	82	0	1
AUVERGNE	7	361	47	1	0
BASSE-NORMANDIE	10	486	69	1	1
BOURGOGNE	6	276	50	0	5
BRETAGNE	10	575	51	0	0
CENTRE	6	348	37	1	1
CHAMPAGNE-ARDENNE	4	208	83	0	1
CORSE	2	92	70	0	0
FRANCHE-COMTÉ	2	78	24	0	0
GUADELOUPE	1	60	7	0	2
GUYANE	0	0	NA	1	0
HAUTE-NORMANDIE	3	135	90	4	1
ILE-DE-FRANCE	9	463	46	0	1
LANGUEDOC-ROUSSILLON	4	234	50	1	1
LIMOUSIN	4	240	54	1	0
LORRAINE	8	419	77	1	2
MIDI-PYRÉNÉES	11	586	63	1	3
NORD-PAS-DE-CALAIS	14	828	66	0	0
PAYS DE LA LOIRE	7	420	60	0	0
PICARDIE	7	365	63	2	2
POITOU-CHARENTES	6	3445	42	0	3
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	12	655	60	0	5
RÉUNION	5	216	49	0	2
RHÔNE-ALPES	14	720	45	1	4

Tableau 16 – Indicateur « Suivi du poids »
Statistiques descriptives régionales (en %)

	Établissements composant la référence		Moyenne nationale = 39	Établissements n'entrant pas dans la référence	
	Nb d'ES avec effectif N > 30	Nb de dossiers	Moyenne par région en %	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec effectif N ≤ 30
ALSACE	5	259	54	1	0
AQUITAINE	8	379	42	0	2
AUVERGNE	7	356	62	1	0
BASSE-NORMANDIE	9	445	48	1	2
BOURGOGNE	5	241	46	0	6
BRETAGNE	9	421	36	0	1
CENTRE	5	241	23	1	2
CHAMPAGNE-ARDENNE	4	208	31	0	1
CORSE	1	32	56	0	1
FRANCHE-COMTÉ	1	31	16	0	1
GUADELOUPE	1	60	8	0	2
GUYANE	0	0	NA	1	0
HAUTE-NORMANDIE	1	40	33	4	3
ILE-DE-FRANCE	7	341	35	0	3
LANGUEDOC-ROUSSILLON	4	233	56	1	1
LIMOUSIN	3	162	36	1	1
LORRAINE	5	254	32	1	5
MIDI-PYRÉNÉES	8	403	41	1	6
NORD-PAS-DE-CALAIS	12	612	38	0	2
PAYS DE LA LOIRE	7	325	34	0	0
PICARDIE	5	231	30	2	4
POITOU-CHARENTES	6	333	30	0	3
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	10	515	27	0	7
RÉUNION	3	519	17	0	4
RHÔNE-ALPES	10	142	50	1	8

Tableau 17 – Indicateur « Évaluation du risque d’escarre »
Statistiques descriptives régionales (en %)

	Établissements composant la référence		Moyenne nationale = 50	Établissements n’entrant pas dans la référence	
	Nb d’ES avec effectif N > 30	Nb de dossiers	Moyenne par région en %	Nb d’ES non répondant	Nb d’ES avec effectif N ≤ 30
ALSACE	5	237	61	1	0
AQUITAINE	8	394	55	0	2
AUVERGNE	4	203	49	1	3
BASSE-NORMANDIE	7	346	38	1	4
BOURGOGNE	5	226	36	0	6
BRETAGNE	9	462	30	0	1
CENTRE	4	227	58	1	3
CHAMPAGNE-ARDENNE	3	165	68	0	2
CORSE	1	46	39	0	1
FRANCHE-COMTÉ	1	42	64	0	1
GUADELOUPE	1	60	45	0	2
GUYANE	0	0	NA	1	0
HAUTE-NORMANDIE	2	87	64	4	2
ILE-DE-FRANCE	3	131	25	0	7
LANGUEDOC-ROUSSILLON	4	198	56	1	1
LIMOUSIN	4	219	39	1	0
LORRAINE	4	189	43	1	6
MIDI-PYRÉNÉES	7	360	67	1	7
NORD-PAS-DE-CALAIS	13	744	60	0	1
PAYS DE LA LOIRE	7	407	49	0	0
PICARDIE	6	269	45	2	3
POITOU-CHARENTES	6	304	59	0	3
PROVENCE-ALPES-CÔTE D’AZUR	11	574	48	0	6
RÉUNION	4	165	20	0	3
RHÔNE-ALPES	11	448	54	1	7



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