



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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

Dossier patient en santé mentale adulte

Résultats nationaux de la campagne
2016 – Données 2015

4^e campagne nationale

Ce document présente les résultats, issus du recueil 2016 – données 2015, des indicateurs du thème « Dossier patient en santé mentale adulte », réalisé par toutes les structures ayant une activité de psychiatrie adulte, sous la coordination de la Haute Autorité de Santé.

Ces indicateurs donnent une image du niveau de qualité de la prise en charge au sein de chacune des structures concernées. Ils sont aussi, au niveau national et sous forme agrégée, un observatoire de la qualité des soins dans les établissements de santé français.

Rapport rédigé sans intégration des résultats du contrôle qualité du recueil réalisé par les agences régionales de santé (ARS)

Les résultats nationaux présentés dans ce rapport ne prennent pas en compte les résultats du contrôle qualité réalisé par les ARS dans le cadre de l'orientation nationale de contrôle (ONC) demandée par l'Inspection générale des Affaires sociales (IGAS).

Il a été décidé la publication du rapport dès la fin de la campagne nationale de recueil car l'ONC ne peut avoir un impact que sur les résultats individuels, au niveau de l'établissement. Les référentiels nationaux restent inchangés.

Les résultats des indicateurs faisant suite à l'ONC sont pris en compte dans le cadre de la diffusion publique sur le site Scope Santé et font l'objet d'un rapport national spécifique, diffusé sur le site de la HAS.

Où retrouver les résultats de votre établissement ?

Les résultats complets individuels et comparatifs de chaque établissement sont accessibles sur la plateforme « Qualhas ». Pour obtenir un accès (identifiant et mot de passe), contacter le service DIM de votre établissement.

Les résultats des indicateurs diffusés publiquement par établissement sont disponibles sur le site Scope Santé, site d'information sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé à destination des usagers mis en place par la HAS en partenariat avec le ministère de la Santé : www.scopesante.fr



Pour en savoir plus

Le descriptif des indicateurs est disponible sur le site Internet : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_970481/ipaqss-recueils-des-indicateurs

Pour nous contacter

Pour toutes questions relatives aux indicateurs, le service IPAQSS (Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins) vous répondra par e-mail : ipaqss@has-sante.fr

Ce rapport a été rédigé par Marie Gloanec, chef de projet, et Frédéric Capuano, statisticien, sous la coordination de Rose Derenne, adjointe, et sous la responsabilité de Laetitia May-Michelangeli, chef du service « indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins » (SIPAQSS).

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en décembre 2016.

© Haute Autorité de Santé - décembre 2016

Sommaire

Abréviations et acronymes	4
Avant-propos	5
Introduction	6
Contexte	6
Les indicateurs	6
La campagne nationale en 2016	6
Descriptif de la campagne nationale 2016.....	8
Établissements de santé participants.....	8
Population analysée	8
Informatisation des dossiers patients analysés.....	8
Calcul et présentation des résultats	9
Indicateur « Tenue du dossier patient »	10
Description de l'indicateur	10
Analyse nationale des informations recueillies	11
Distribution des établissements en fonction de leurs résultats	11
Classement des établissements	12
Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation »	14
Description de l'indicateur	14
Analyse nationale des informations recueillies	15
Distribution des établissements en fonction de leurs résultats	15
Classement des établissements	16
Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels Niveaux 1 et 2 »	18
Description de l'indicateur	18
Analyse nationale des informations recueillies	19
Distribution des établissements en fonction de leurs résultats	19
Classement des établissements	20
Bilan et perspectives	22
Résultats 2016 du contrôle qualité du recueil des indicateurs du thème « Dossier patient en santé mentale adulte » dans le cadre de l'orientation nationale d'inspection contrôle (ONIC)	23
Résultats du contrôle qualité du recueil	23
Impact du contrôle qualité du recueil sur la diffusion publique	23
Table des illustrations	24
Annexes	25
Annexe I. Méthodes de recueil et d'analyse	25
Annexe II. Résultats complémentaires.....	29
Références bibliographiques.....	37

Abréviations et acronymes

CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
COMPAQH	Coordination pour la mesure de la performance et de l'amélioration de la qualité hospitalière
CSP	Code de la santé publique
DEC	Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation
DTN	Dépistage des troubles nutritionnels
ES	Établissement de santé
ESPIC	Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
IMC	Indice de masse corporelle
IQSS	Indicateurs de qualité et de sécurité des soins
PSPH	Participant au Service Public Hospitalier
TDP	Tenue du dossier patient

Avant-propos

Depuis 2006, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et la Haute Autorité de Santé (HAS) ont mis en œuvre un recueil national d'indicateurs afin de disposer, pour l'ensemble des établissements de santé, de tableaux de bord de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins. Ceci s'inscrit dans l'approche globale de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé.

Ce suivi d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) produisant des données comparatives, est utilisé à des fins de pilotage interne, de régulation aux niveaux régional et national, et de transparence vers les usagers (diffusion publique¹). Ce programme de déploiement national des indicateurs est discuté par un comité de pilotage, co-animé par la DGOS et la HAS, et regroupant l'ensemble des parties prenantes dont les fédérations d'établissements de santé, les représentants des directeurs et des présidents de CME, les directeurs généraux des agences régionales de santé, la CNAM-TS et des représentants des usagers. Ce comité discute également de la nature des indicateurs à développer, des modalités de leur utilisation et de leur diffusion publique en fonction du cadre réglementaire en vigueur.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires renforce l'utilisation des indicateurs de qualité au sein des établissements de santé. Elle constitue un progrès pour le droit à l'information collective de l'utilisateur en rendant obligatoire la publication, par chaque établissement de santé, d'indicateurs sur la qualité des soins. Dans ce cadre, la liste des IQSS mis à la disposition du public est fixée, chaque année, par arrêté ministériel. Ceci concerne certains IQSS obligatoires, imputables aux établissements de santé et ayant fait l'objet de plus d'une campagne nationale de recueil. Cette diffusion de leur résultat par les établissements de santé est accompagnée par la diffusion publique nationale sur le site Scope Santé (www.scopesante.fr). Les résultats des établissements pour ces indicateurs y sont présentés avec un code couleur et leur classe A, B, C, selon qu'ils sont supérieurs (A), égaux (B) ou inférieurs (C) à l'objectif national de performance. Cet objectif national de performance correspond à une valeur fixée pour plusieurs années et pour chaque indicateur diffusé publiquement. Il permet aux établissements de santé de disposer d'un repère correspondant au seuil minimum de qualité à atteindre. L'objectif est défini en concertation avec le comité de pilotage des indicateurs de qualité et de sécurité des soins en établissements de santé et les structures professionnelles concernées par le thème.

Du fait de l'utilisation croissante des indicateurs (diffusion publique aux usagers, tableaux de bord de pilotage, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), dispositifs d'incitation financière à la qualité (IFAQ), etc.), un contrôle qualité de leur recueil est effectué. Depuis 2013, la qualité du recueil des indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins diffusés publiquement fait l'objet d'une orientation nationale d'inspection-contrôle de l'IGAS. Le principe de ce contrôle est de s'assurer de la fiabilité de l'autoévaluation réalisée lors des campagnes nationales de mesure, par l'utilisation d'une procédure aléatoire. Le champ de cette inspection vise chaque année environ 10 % des établissements de santé concernés au niveau national : la moitié des établissements de santé concernés peut être tirée au sort aléatoirement parmi la liste des établissements de santé concernés par le recueil et l'autre est au choix de l'ARS. Le recueil des indicateurs peut être non validé par le contrôle : dans ce cas, le résultat n'est plus utilisable. Il est indiqué comme non validé sur le site Scope Santé.

Ce dispositif complet permet d'objectiver les progrès réalisés par les établissements de santé concernant la qualité et la sécurité des soins.

A ces indicateurs obligatoires et diffusés publiquement, s'ajoutent des indicateurs optionnels. Ils sont destinés uniquement aux établissements de santé pour leur pilotage interne de la qualité.

¹ La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires renforce l'utilisation des indicateurs de qualité au sein des établissements de santé et constitue un progrès pour le droit à l'information collective de l'utilisateur en rendant obligatoire la publication, par chaque établissement de santé, d'indicateurs sur la qualité des soins.

Introduction

Le dossier du patient est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient accueilli, à quelque titre que ce soit. Le dossier du patient assure la traçabilité de toutes les actions effectuées. Il est un outil de communication, de coordination et d'information entre les acteurs de soins et avec les patients. Il permet de centraliser les informations du parcours hospitalier du patient et d'en assurer la continuité dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire.

La bonne tenue du dossier contribue à la continuité, la sécurité et l'efficacité des soins. Elle est le reflet de la pratique professionnelle et de sa qualité.

Le dossier permet de mettre en place des actions d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins ; sa qualité et son utilisation doivent être régulièrement évaluées pour être améliorées et conduire à une meilleure prise en charge du patient.

Contexte

Les indicateurs du thème « Dossier patient en santé mentale adulte » ont été recueillis au niveau national pour la quatrième fois en 2016. Depuis 2010, les établissements ayant une activité de santé mentale adulte (hors hôpitaux de jour) doivent transmettre, à la HAS, un ensemble de données qui lui permettent de calculer les indicateurs et de suivre leur évolution dans le temps.

Ces indicateurs sont recueillis dans un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au sein des établissements, mais également à des fins de transparence vis-à-vis du public.

Ces indicateurs ont fait l'objet d'un contrôle qualité de leur recueil par les ARS de juillet à fin octobre 2016. Les résultats du contrôle sont présentés en fin de rapport.

Les indicateurs

La campagne nationale porte sur le recueil de 3 indicateurs obligatoires, diffusés publiquement dans les établissements ayant une activité de santé mentale et sur le site Scope Santé :

- Tenue du dossier patient ;
- Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation ;
- Dépistage des troubles nutritionnels (2 niveaux d'exigence croissante).

La campagne nationale en 2016

Le recueil consiste en une enquête rétrospective d'un maximum de 80 séjours uniques de patients adultes hospitalisés à temps plein au moins 8 jours en psychiatrie entre le 1^{er} février et le 30 septembre 2015. Le recueil est obligatoire lorsque l'établissement a au moins 30 séjours uniques correspondants aux critères et à la période du tirage au sort.

Le recueil est réalisé sur la plate-forme sécurisée Qualhas. Dès la clôture nationale de la campagne, elle fournit une information structurée et comparative qui permet aux établissements de se positionner par rapport aux autres établissements participants et à leur politique qualité conduite ou à engager. Sur cette plate-forme, la présentation des résultats individuels permet d'identifier les voies d'amélioration et, grâce à l'évolution dans le temps, les établissements peuvent valoriser le résultat des actions d'amélioration mises en œuvre.

Ce rapport présente :

- Un descriptif de la campagne 2016, des établissements participants et des dossiers analysés ;
- Les résultats nationaux par indicateur de la campagne 2016 sur les données 2015, et les résultats comparatifs qui positionnent les établissements de santé par rapport à l'objectif de performance de 80 % dans le cadre de la politique nationale des IQSS.

- Le bilan et les perspectives du thème « Dossier patient en santé mentale ».

Les annexes présentent la méthode de recueil et d'analyse, les moyennes par région et par type d'établissements.

Une analyse régionale des indicateurs sous forme de cartographie dynamique est disponible sur le site Scope Santé : www.scopesante.fr/?selected=region

Descriptif de la campagne nationale 2016

Le recueil s'est déroulé de mars à fin juin 2016. Au niveau national, 438 établissements de santé ont participé et 33 908 dossiers de patient ont été tirés au sort.

Établissements de santé participants

Cette année, le taux de répondants est de 100 %.

Sur les 438 établissements participants : 8 établissements ont réalisé le recueil alors qu'il était facultatif pour eux du fait de leur faible activité et, pour 430 établissements, le recueil était obligatoire :

- 251 établissements (57 %) sont des établissements spécialisés en santé mentale ;
- 187 établissements (43 %) relèvent de l'évaluation de services de psychiatrie au sein d'établissements multi-secteurs.

Enfin, 263 établissements (60 %) sont des établissements habilités à recevoir des patients en admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état ou à la demande d'un tiers.

Population analysée

Parmi les 33 908 dossiers tirés au sort, seulement 0,9 % (289) n'ont pas été retrouvés et 1 % (371) comportaient une incohérence RIM-P (RIM-p = PMSI PSY). 70 dossiers ont été exclus du fait du refus d'exploitation des données le concernant par le patient. Au final, 33 178 dossiers ont donc été audités.

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none">• Séjours uniques d'au moins 8 jours (un séjour est unique lorsqu'un seul séjour est retrouvé pour un patient sur la période de tirage au sort analysée : du 1er février au 30 septembre 2015)• Séjours en hospitalisation à temps plein• Séjours de patients adultes	<ul style="list-style-type: none">• Séjours hors psychiatrie• Patients de moins de 18 ans• Séjours ne correspondant pas à une hospitalisation à temps plein• Séjours inférieurs ou égaux à 7 jours• Séjours itératifs• Patients ré-hospitalisés après une sortie à l'essai

Parmi les séjours analysés, 53 % des patients sont des femmes. L'âge moyen des patients dont le séjour a été évalué est de 49 ans (médiane 49 ans), et 50 % ont entre 37 et 61 ans. Enfin, la durée moyenne des séjours évalués est de 31 jours (médiane 24 jours).

Informatisation des dossiers patients analysés

Parmi les dossiers, 34 % (11 183 dossiers) sont totalement informatisés et 58 % (19 188 dossiers) le sont partiellement. Parmi les éléments des dossiers qui sont partiellement informatisés, on retrouve :

- Observations médicales : 52 % (10 007 dossiers) ;
- Prescriptions médicamenteuses : 87 % (16 839/19 178 dossiers pour lesquels le critère est applicable) ;
- Résultats des examens complémentaires : 46 % (8 705/18 858 dossiers pour lesquels le critère est applicable) ;
- Courrier de fin d'hospitalisation : 73 % (13 943 dossiers) ;
- Dossiers de soins : 50 % (9 613 dossiers).

Calcul et présentation des résultats

Les résultats nationaux sont pondérés sur l'activité des établissements. Ceci permet d'assurer la représentativité des résultats nationaux en prenant en compte l'importance relative de chacun des établissements éligibles.

Pour le score « Tenue du dossier patient », la moyenne est calculée pour les établissements ayant inclus plus de 30 dossiers patients. Pour les autres indicateurs, la moyenne est calculée pour les établissements ayant inclus plus de 10 dossiers patients. La méthode détaillée des calculs et de l'analyse est présentée en annexe.

Présentation des résultats

Pour chaque indicateur sont présentés :

- La fiche descriptive de l'indicateur (définition, numérateur, dénominateur...);
- La moyenne nationale inter-établissements pondérée par l'activité des établissements ;
- Le nombre d'établissements entrant dans le calcul de la moyenne inter-établissements de l'indicateur (ceux ayant inclus le minimum de dossiers : 30 pour Tenue du Dossier Patient et 10 pour les autres IQSS) ;
- Le nombre total de dossiers évalués par l'ensemble des établissements entrant dans le calcul ;
- Les éléments manquants dans les dossiers, et sources de non-conformité ;
- Les résultats minimum, maximum obtenus par les établissements ayant inclus le minimum de dossiers, la médiane, le premier quartile (où se situent 25 % des établissements); le troisième quartile (où se situent 75 % des établissements) ;
- La représentation graphique de la répartition des résultats (intervalle de confiance) des établissements. Elle permet de visualiser la variabilité inter-établissements, quand une comparaison inter-établissements est possible ;
- Le classement des établissements (nombre et pourcentage) par rapport à l'objectif de performance pour les indicateurs diffusés publiquement quand une comparaison inter-établissements est possible. Elle renseigne le nombre et le pourcentage des établissements dont le résultat est supérieur (classe A), égal (classe B) ou inférieur (classe C) à la référence nationale et permet d'objectiver le nombre et le pourcentage d'établissements pour lesquels une marge d'amélioration existe ;
- Les principaux constats tirés de ces différents résultats.

La distribution des résultats des indicateurs par région et par catégorie d'établissements est rapportée pour information en annexe II.

Indicateur « Tenue du dossier patient »

Description de l'indicateur

Définition	<p>Cet indicateur évalue la tenue du dossier des patients hospitalisés. Il est présenté sous la forme d'un score de qualité entre 0 et 100. La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score est proche de 100.</p> <p>L'indicateur est calculé à partir de 9 critères au maximum :</p> <ul style="list-style-type: none">• Document d'un médecin relatif à l'admission.• Mention de la protection judiciaire et des personnes désignées.• Trace de la modalité d'hospitalisation à l'admission et de l'information donnée au patient sur cette modalité (si établissement habilité à recevoir des patients en admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état ou à la demande d'un tiers).• Présence d'un examen psychiatrique fait par un médecin dans les 24 heures après l'admission avec au minimum :<ul style="list-style-type: none">▸ Mention des traitements médicamenteux en cours (ou de l'absence de traitements).▸ Mention des antécédents somatiques (ou de l'absence d'antécédents).▸ Mention des antécédents psychiatriques (ou de l'absence d'antécédents).• Présence d'un suivi médical hebdomadaire psychiatrique du patient au cours du séjour.• Conformité de la rédaction des prescriptions médicamenteuses établies au cours de l'hospitalisation (si applicable).• Conformité de la rédaction du traitement de sortie (si applicable).• Conformité du courrier de fin d'hospitalisation ou du compte rendu d'hospitalisation.• Dossier organisé et classé.
Références	<p>La bonne tenue du dossier du patient est un élément important de la qualité et de la coordination des soins dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Le contenu du dossier médical est défini réglementairement dans le code de santé publique (article R 1112-1)¹.</p> <p>Des travaux ont démontré des liens entre l'amélioration de la qualité du dossier patient et la qualité de la prise en charge^{II,III,IV,V,VI,VII,VIII,IX,X,XI,XII}. Il en est attendu un impact fort sur la qualité de la prise en charge des patients.</p> <p>Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs.</p>
Diffusion publique	<p>Indicateur diffusé publiquement avec un objectif de performance à atteindre pour les établissements, fixé à 80 %, soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées.</p> <p>Diffusion publique des résultats par établissements sur www.scopesante.fr.</p>
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements.</p> <p>Pas d'ajustement sur le risque.</p>

Score individuel	Un score individuel est calculé pour chaque dossier. Il correspond à la somme des critères satisfaits divisée par la somme des critères applicables.
Score global	Le score global est calculé pour l'ensemble des dossiers. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x100).
Critères d'exclusions secondaires	Pas de critères d'exclusions secondaires pour l'indicateur.

Analyse nationale des informations recueillies

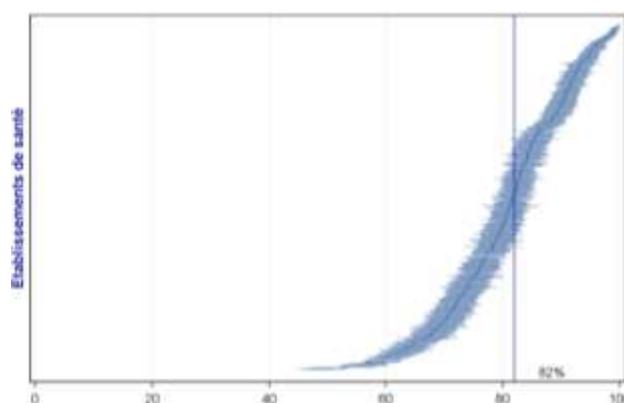
Tableau 1. Indicateur « Tenue du dossier patient » – Résultats de la campagne 2016 – données 2015

Campagne 2016 – données 2015		
Score national pondéré Le score moyen pondéré prend en compte le poids de chaque ES	82 %	
Établissements avec plus de 30 dossiers	Nombre d'établissements	427
	Nombre de dossiers	32 602

Distribution des établissements en fonction de leurs résultats

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

ES avec plus de 30 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre d'établissements	427
Nombre de dossiers	32 602
Min	49
1 ^{er} quartile	75
Médiane	82
3 ^e quartile	89
Max	100



Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est le score national pondéré.

La variabilité inter-établissements existe et s'étend de 49 à 100. Le résultat de trois quarts des établissements est supérieur à 75. La médiane de 82 représente le seuil au-delà duquel la moitié des établissements se situe.

Classement des établissements

Classement des établissements en fonction de l'objectif de performance

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

	Indicateur : Tenue du dossier patient						Total
	Classe A (+)		Classe B (=)		Classe C (-)		
Données	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	N
2015	181	42.4	117	27.54	129	30.2	427

Parmi les 427 établissements avec plus de 30 dossiers inclus, 42,4 % ont dépassé l'objectif de performance de 80 % et sont en classe A.

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

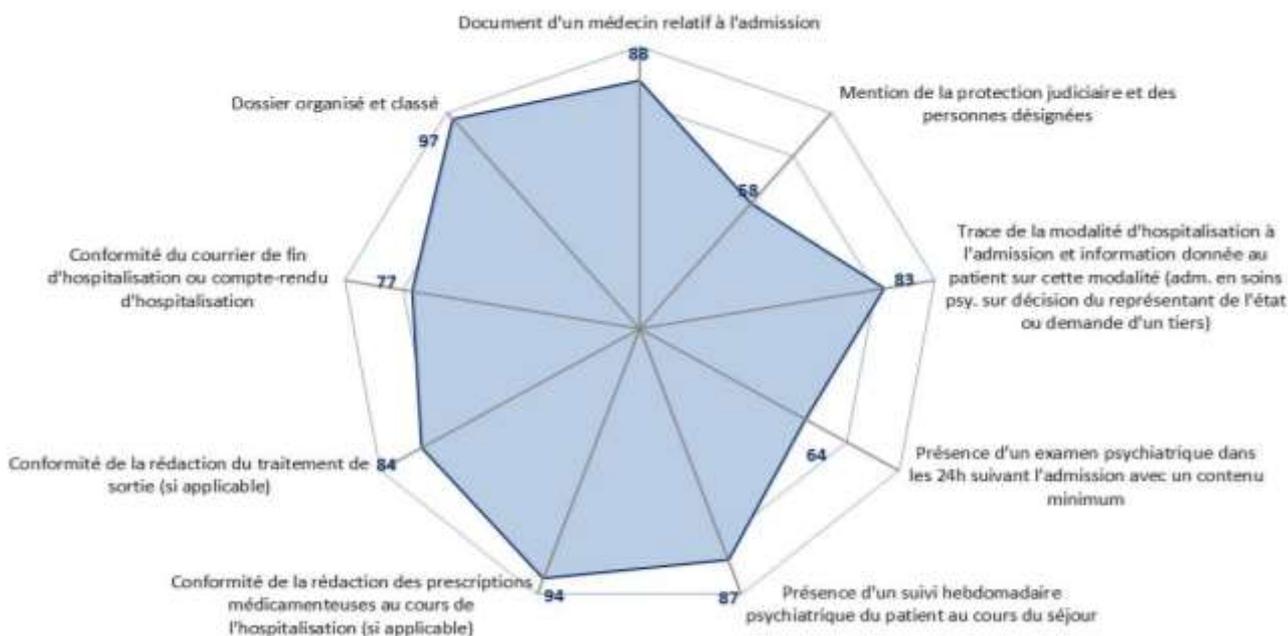
Tableau 4. Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016)

	Indicateur : Tenue du dossier patient						Total
	↗		→		↘		
Données	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	N
2015	160	40	164	40.8	77	19.3	401

Parmi les 401 établissements qui ont réalisé les deux dernières campagnes (2014-2016), 40 % ont augmenté significativement leur score entre 2014 et 2016.

En revanche, 19,3 % ont régressé en termes de résultats par rapport à la dernière campagne. La diminution de leur score est principalement liée à une baisse de conformité importante sur les critères « Mention de la protection judiciaire et des personnes désignées » et « Présence d'un examen psychiatrique dans les 24 heures suivant l'admission avec un contenu minimum ». Pour ces 77 ES, la conformité de ce critère est passée de 70,7 à 56 pour le premier et de 74,1 à 55,2 pour le second.

Figure 1. Indicateur « Tenue du dossier patient » – Campagne 2016 – données 2015 – Résultats détaillés des 9 critères composant le score



Comme en 2014, les critères qui nécessitent le plus d'amélioration sont ceux qui concernent la traçabilité de la mention de la protection judiciaire et des personnes désignées (58 en 2016 / 53 en 2014) et la présence d'un examen psychiatrique dans les 24 heures suivant l'admission (64 en 2016 /63 en 2014).

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

- Le score moyen pondéré national est de 82 (79 en 2014).
- Presque 70 % des établissements ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % (classes A ou B).
- Malgré une amélioration au niveau national et pour 40 % des ES, la variabilité inter-établissements persiste : de 49 à 100 (de 42 à 100 en 2014).
- Les axes d'amélioration doivent porter sur l'amélioration de la traçabilité de la mention de la protection judiciaire et des personnes désignées et sur la présence d'un examen psychiatrique dans les 24 heures.
- D'ailleurs, pour les 20 % environ d'établissements dont le score a diminué, cette baisse est due à une baisse de score sur les critères « Mention de la protection judiciaire et des personnes désignées » et « Présence d'un examen psychiatrique dans les 24 heures suivant l'admission avec un contenu minimum ».

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

Description de l'indicateur

Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la qualité et le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation.
Références	<p>Le courrier de fin d'hospitalisation, document signé par un médecin de l'établissement et adressé au médecin de ville ou à la structure de transfert, ou encore remis au patient le jour de sa sortie, est un élément clé de la continuité des soins. Il résume les conclusions de l'hospitalisation et établit des préconisations de prise en charge après la sortie afin d'assurer une bonne coordination « hôpital/ville » ou « hôpital/structure de transfert ».</p> <p>L'envoi du courrier de fin d'hospitalisation doit être effectué réglementairement dans un délai de 8 jours (article R 1112-1 du CSP)I.</p> <p>Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs^{XIII}.</p>
Diffusion publique	<p>Indicateur diffusé publiquement avec un objectif de performance à atteindre pour les établissements fixé à 80 %, soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées.</p> <p>Diffusion publique des résultats par établissement sur www.scopesante.fr.</p>
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements.</p> <p>Pas d'ajustement sur le risque.</p>
Numérateur	<p>Nombre de séjours pour lesquels le courrier de fin d'hospitalisation ou le compte rendu d'hospitalisation est envoyé dans un délai inférieur ou égal à huit jours,</p> <p>ET</p> <p>Dont le contenu comprend les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins (identité du médecin destinataire, dates du séjour (entrée et sortie), trace de l'organisation du suivi, trace du traitement médicamenteux de sortie).</p>
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Critères d'exclusions secondaires	Les séjours dont le mode de sortie est « mutation » ou « décès » sont exclus de l'indicateur.

Analyse nationale des informations recueillies

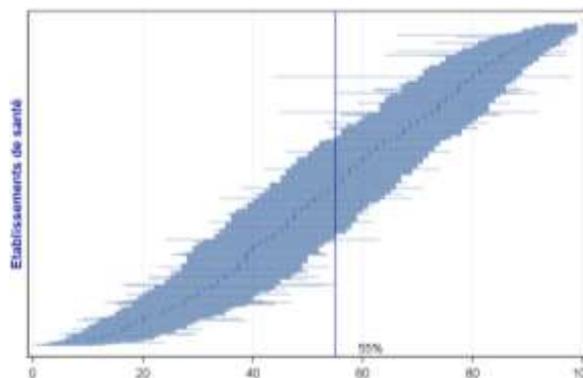
Tableau 5. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » – Résultats de la campagne 2016 – données 2015

Campagne 2016 – données 2015		
Moyenne nationale pondérée La moyenne nationale pondérée prend en compte le poids de chaque ES.	55 %	
Établissements avec plus de 10 dossiers	Nombre d'établissements	438
	Nombre de dossiers	32 772

Distribution des établissements en fonction de leurs résultats

Tableau 6 et Graphique 2. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » – Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2016 – données 2015

ES avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre d'ES	438
Nombre de dossiers	32 772
Min	2 %
1 ^{er} quartile	39 %
Médiane	56 %
3 ^e quartile	74 %
Max	100 %



Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale pondérée,

La variabilité inter-établissements existe et s'étend de 2 % à 100 %. Seul un quart des établissements a un résultat supérieur à 74 %. La médiane de 56 % représente le seuil au-delà duquel la moitié des établissements se situe.

Tableau 7. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » – Détail des causes de non-conformité à l'indicateur – Campagne 2016 – données 2015

TOTAL des dossiers patients non conformes à l'indicateur	14617 dossiers	
Courriers ou CR non retrouvés	2 712 dossiers	18,6 %
Courriers ou CR complets MAIS envoyés avec un délai supérieur à 8 jours	7 210 dossiers	49,3 %
Courriers ou CR envoyés avec un délai inférieur à 8 jours MAIS incomplets	3 150 dossiers	21,5 %
Courriers ou CR incomplets ET envoyés avec un délai supérieur à 8 jours	1 545 dossiers	10,6 %

Un courrier est complet lorsqu'on retrouve les éléments suivants : identité du médecin destinataire, dates du séjour (dates d'entrée et de sortie), trace de l'organisation du suivi, trace du traitement médicamenteux à la sortie. Lorsque le courrier est incomplet, les deux éléments qui manquent le plus souvent sont l'identité du médecin destinataire et la trace de l'organisation d'un suivi.

La principale cause de non-conformité pour l'indicateur est due au dépassement du délai d'envoi, pour presque la moitié des courriers.

Tableau 8. Nombre de séjours exclus spécifiquement du calcul de l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation »

Exclusions spécifiques	Nombre
Séjours de patients décédés ou mutés	427 dossiers exclus

Classement des établissements

Classement des établissements en fonction de l'objectif de performance

Tableau 9. Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %

Données	Indicateur : Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation						Total
	Classe A (+)		Classe B (=)		Classe C (-)		
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
2015	29	6,6	112	25,6	297	67,8	438

Parmi les 438 établissements avec plus de 10 dossiers inclus, 6,6 % seulement ont dépassé l'objectif de performance de 80 % et sont en classe A. Presque 70 % des établissements sont en dessous de cet objectif.

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

Tableau 10. Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016)

Données	Indicateur : Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation						Total
	↗		→		↘		
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
2015	86	21,1	255	62,3	68	16,7	409

Parmi les 409 établissements qui ont réalisé les deux dernières campagnes (2014-2016), 21,1 % ont augmenté significativement leur résultat entre 2014 et 2016.

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

- Les résultats restent insuffisants en 2016 : la moyenne nationale pondérée n'est qu'à 55 % (52 % en 2014).
- Les actions d'amélioration doivent se centrer sur l'amélioration du délai d'envoi, puisque cela représente plus de la moitié des cas de non-conformité.
- De plus, pour 8 % des séjours, on ne retrouve pas du tout de compte rendu ou de courrier de fin d'hospitalisation.
- Seulement 32 % des établissements ont atteint ou dépassé l'objectif de performance (26 % en 2014), ce qui continue de représenter un potentiel d'amélioration malgré l'amélioration des résultats.

Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels Niveaux 1 et 2 »

Description de l'indicateur

Définition	Cet indicateur évalue le dépistage des troubles nutritionnels au cours des 7 premiers jours du séjour. Il est composé de deux niveaux donnant lieu au calcul de deux mesures distinctes, présentées sous la forme d'un taux.
Références	<p>En France, le dépistage des troubles nutritionnels s'inscrit dans les priorités de santé publique. Il fait partie du Programme national Nutrition Santé (PNNS) et une expertise conduite par le ministère de la Santé préconise le calcul de la perte de poids avant l'admission et un calcul de l'IMC^{XIV}.</p> <p>Le développement de cet indicateur a été réalisé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs^{XIII}.</p>
Diffusion publique	<p>Niveau 1 de l'indicateur diffusé publiquement avec un objectif de performance à atteindre pour les établissements fixé à 80 %, soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées.</p> <p>Diffusion publique des résultats par établissement sur www.scopesante.fr.</p>
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements.</p> <p>Pas d'ajustement sur le risque.</p>
Numérateur	<p>Nombre de séjours de patients pour lesquels :</p> <p>Niveau 1</p> <p>Une notification du poids est retrouvée dans le dossier dans les 7 jours suivant l'admission ET une seconde notification du poids est retrouvée pour les séjours supérieurs à 21 jours.</p> <p>Niveau 2</p> <p>Niveau 1 + un calcul de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) est retrouvé dans le dossier dans les 7 jours suivant l'admission.</p>
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Critères d'exclusions secondaires	Pas de critère d'exclusions secondaires pour cet indicateur.

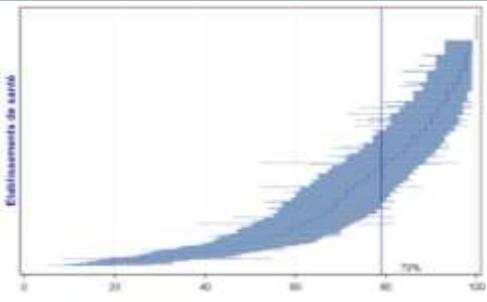
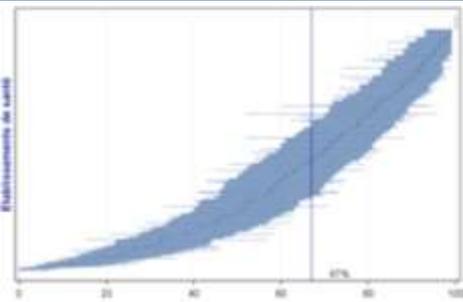
Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 11. Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels – Niveaux 1 et 2 » – Résultats de la campagne 2016 – données 2015

Campagne 2016 – données 2015			
		Niveau 1	Niveau 2
Moyenne nationale pondérée			
La moyenne nationale pondérée prend en compte le poids de chaque ES.		79 %	67 %
Établissements avec plus de 10 dossiers	Nombre d'établissements	438	438
	Nombre de dossiers	32 854	32 854

Distribution des établissements en fonction de leurs résultats

Tableau 12 et Graphiques 3 et 4. Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels – Niveaux 1 et 2 » – Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2016 – données 2015

ES avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur		
	Niveau 1	Niveau 2
Nombre d'ES	438	438
Nombre de dossiers	32 854	32 854
Min	11 %	0 %
1 ^{er} quartile	69 %	51 %
Médiane	83 %	70 %
3 ^e quartile	95 %	88 %
Max	100 %	100 %
		
Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale pondérée.		

La variabilité inter-établissements existe et s'étend de 11 à 100 % pour le niveau 1 et de 0 à 100 % pour le niveau 2. Le résultat de trois quarts des établissements est supérieur à 69 % pour le niveau 1 et à 51 % pour le niveau 2. La médiane passe de 83 à 70 % entre le niveau 1 et 2.

Tableau 13. Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels – Niveaux 1 et 2 » – Détail des causes de non-conformité à l'indicateur – Campagne 2016 – données 2015

TOTAL des dossiers patients non conformes à l'indicateur	10 551 dossiers*
Notification du poids dans les 7 jours suivant l'admission non retrouvée	3 972 dossiers
Seconde notification du poids (pour les séjours supérieurs à 21 jours) non retrouvée	2 595 dossiers
IMC dans les 7 jours suivant l'admission non retrouvé	8 431 dossiers

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

La principale cause de non-conformité est l'absence de traçabilité de l'IMC, qui permet notamment d'être conforme au niveau 2 de l'indicateur.

Classement des établissements

Classement des établissements en fonction de l'objectif de performance

Le niveau 2 de l'indicateur ne fait pas l'objet d'une diffusion publique des résultats, il n'y a donc pas de positionnement par rapport à un objectif national de performance pour ce niveau.

Tableau 14. Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %

Données	Indicateur : Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1						Total
	Classe A (+)		Classe B (=)		Classe C (-)		
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
2015	183	41,8	148	33,8	107	24,4	438

Parmi les 438 établissements avec plus de 10 dossiers inclus, 41,8 % ont dépassé l'objectif de performance de 80 % et sont en classe A.

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

Tableau 15. Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016)

Données	Indicateur : Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1						Total
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
2015	87	21,2	284	69,3	39	9,5	410
Données	Indicateur : Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 2						Total
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
2015	125	30,5	236	57,5	49	12	410

Parmi les 410 établissements qui ont réalisé les deux dernières campagnes, 21,2 % ont augmenté significativement leur résultat pour le niveau 1 et 30,5 % pour le niveau 2, pourtant plus difficile à atteindre.

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels – Niveaux 1 et 2 »

Niveau 1

- La moyenne nationale pondérée de l'indicateur est de 79 % (76 % en 2014) pour le niveau 1.
- Les résultats sont bons puisque environ 74 % des établissements ont atteint ou dépassé l'objectif de performance en ce qui concerne le niveau 1 sur la traçabilité du poids.
- Il reste tout de même une variabilité inter-établissements pour les deux niveaux et environ 10 % des établissements ont régressé dans leurs résultats.

Niveau 2

- La moyenne nationale pondérée de l'indicateur est de 67 % (61 % en 2014) pour le niveau 2.
- La différence entre les deux niveaux (8 points) met en évidence l'absence de traçabilité de l'IMC.

Bilan et perspectives

La HAS a piloté pour la quatrième fois, depuis 2010, le recueil des indicateurs sur le thème du dossier patient en santé mentale.

Les résultats présentés dans ce rapport sont issus d'une analyse de dossiers patients hospitalisés entre le 1^{er} février et le 30 septembre 2015.

L'analyse des résultats permet plusieurs constats :

En 2016, tous les établissements concernés par la campagne ont participé ce qui montre leur implication dans l'amélioration de la qualité du dossier patient.

L'objectif national de performance de 80 % a été atteint pour le score sur la tenue du dossier patient par les établissements

Le score moyen national pour l'indicateur « Tenue du dossier patient » est de 82 en 2016, il a donc augmenté (79 en 2014). Presque 70 % des établissements ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 %, cependant la variabilité inter-établissements persiste et reflète un potentiel d'amélioration de la qualité de la tenue du dossier patient.

Les résultats sont encore insuffisants pour l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation »

En effet, la moyenne nationale pondérée n'est qu'à 55 %, même si elle s'est améliorée (52 % en 2014). Seulement un tiers des établissements ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 %, ce qui continue de représenter un potentiel d'amélioration malgré l'augmentation des résultats. Enfin, pour 8 % des séjours analysés, on ne retrouve pas du tout de compte rendu ni de courrier de fin d'hospitalisation.

Le dépistage des troubles nutritionnels peut encore s'améliorer

Le suivi du poids dans les 7 jours suivant l'admission est bien effectué et tracé puisque la moyenne nationale pondérée de l'indicateur est de 79 % (76 % en 2014) et environ 74 % des établissements ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 %. Il subsiste un potentiel d'amélioration dans l'augmentation de la traçabilité de l'IMC (niveau 2 de l'indicateur à 67 %).

Informations complémentaires

L'informatisation des dossiers patients reste très faible avec environ un tiers des dossiers patients évalués complètement informatisés. Dans le cas des dossiers partiellement informatisés, ce sont toujours les prescriptions médicamenteuses et les courriers de fin d'hospitalisation qui sont les éléments partiellement informatisés.

La prochaine campagne nationale des indicateurs se déroulera en 2018.

Résultats 2016 du contrôle qualité du recueil des indicateurs du thème « Dossier patient en santé mentale adulte » dans le cadre de l'orientation nationale d'inspection contrôle (ONIC)

Résultats du contrôle qualité du recueil

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

Au total, 438 établissements ont participé à la campagne nationale de recueil des indicateurs du thème « Dossier patient en santé mentale adulte » : parmi eux, 36 ont été contrôlés par une ARS (8 %).

Indicateurs du thème « Dossier patient en santé mentale adulte »	Nombre d'établissements de santé dont le recueil est non validé par le contrôle*
Tenue du dossier patient	4 structures ou ES (11 % total ES contrôlés)
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation	1 structures ou ES (2.7 % total ES contrôlés)
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1	0 structures ou ES

Conclusion : Pour 4 établissements, le contrôle réalisé par l'ARS n'a pas validé le recueil réalisé par l'établissement pour l'indicateur « Tenue du dossier patient ». Pour 1 établissement, le contrôle n'a pas validé le recueil pour l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation ».

Impact du contrôle qualité du recueil sur la diffusion publique

La liste des indicateurs soumis à recueil obligatoire avec ou sans diffusion publique fait l'objet d'un arrêté annuel (Arrêté du 3 mai 2016 fixant la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé). Le nombre et le type d'indicateurs à contrôler diffèrent d'une année à l'autre.

Les résultats des indicateurs nationaux diffusés publiquement sont disponibles à partir du mois de novembre sur le site internet « Scope Santé » (www.scopesante.fr). Ces résultats tiennent compte du contrôle.

Les résultats des indicateurs dont le recueil est issu des dossiers patients ne sont pas recalculés lorsque le recueil est « non validé » suite au contrôle réalisé par l'ARS. Le résultat est donc supprimé et la mention recueil « non validé » apparaît sur Scope Santé. L'annulation du résultat a des conséquences sur la diffusion publique, la certification, l'incitation financière à la qualité et autres utilisations aux niveaux national et régional.

Pour en savoir plus :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1637882/fr/controle-qualite-du-recueil-des-indicateurs-nationaux

Table des illustrations

Tableau 1. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Résultats de la campagne 2016 - données 2015	11
Tableau 2 et Graphique 1. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2016 - données 2015	11
Tableau 3. Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %	12
Tableau 4. Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016)12	
Tableau 5. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » - Résultats de la campagne 2016 - données 2015.....	15
Figure 1. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Campagne 2016 – données 2015 - Résultats détaillés des 9 critères composant le score.....	12
Tableau 6 et Graphique 2. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2016 - données 2015	15
Tableau 7. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » - Détail des causes de non-conformité à l'indicateur – Campagne 2016 - données 2015	15
Tableau 8. Nombre de séjours exclus spécifiquement du calcul de l'indicateur " Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation".....	16
Tableau 9. Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %.....	16
Tableau 10. Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016).....	16
Tableau 11. Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels - Niveaux 1 et 2 » - Résultats de la campagne 2016 - données 2015.....	19
Tableau 12 et Graphiques 3 et 4. Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels - Niveaux 1 et 2 » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2016 - données 2015.....	19
Tableau 13. Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels - Niveaux 1 et 2 » - Détail des causes de non-conformité à l'indicateur – Campagne 2016 - données 2015	19
Tableau 14. Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %.....	20
Tableau 15. Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016).....	20
Graphique 5. Répartition de l'âge des patients Campagne DPA PSY 2016 - données 2015.....	29
Graphique 6. Répartition des sexes des patients Campagne DPA PSY 2016 - données 2015	29
Graphique 7 - Degré d'informatisation du dossier patient Campagne DPA PSY 2016 - données 2015.....	29
Tableau 16. Répartition du nombre d'établissements en fonction des indicateurs – Campagne 2016 - données 201530	
Tableau 17. Distribution par rapport à la moyenne nationale pondérée – Campagne 2016 - données 2015.....	30
Tableau 18. Indicateur Tenue du dossier patient – Campagne 2016 – données 2015 - Moyennes régionales (en %)31	
Tableau 19. Indicateur Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation – Campagne 2016 – données 2015 - Moyennes régionales (en %).....	32
Tableau 20. Indicateur Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1 – Campagne 2016 – données 2015 - Moyennes régionales (en %).....	33
Tableau 21. Indicateur Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 2– Campagne 2016 – données 2015 - Moyennes régionales (en %).....	34
Tableau 22. Indicateur Tenue du dossier patient – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %).....	35
Tableau 23. Indicateur Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %).....	35
Tableau 24. Indicateur Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1 – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %).....	35
Tableau 25. Indicateur Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 2– Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %).....	36

Annexes

Annexe I. Méthodes de recueil et d'analyse

Le « Guide méthodologique de production des résultats comparatifs des indicateurs de qualité et de sécurité des soins sur la plate-forme Qualhas - Campagne nationale IPAQSS 2013 », disponible sur le site de la HAS, précise les méthodes statistiques utilisées pour la production des résultats comparatifs.

► Recueil et restitution des données

Chaque année, la HAS organise une campagne nationale de recueil. Pour chaque campagne, plusieurs thèmes sont concernés, avec des thématiques transversales et de spécialités de pratiques cliniques, en alternance une année sur deux. Chaque thème est lui-même composé d'un ou de plusieurs indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS).

Outils

Le recueil des données se fait via l'utilisation d'outils informatiques développés par l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation). Ils permettent à la fois le recueil et la restitution en temps réel de résultats pour chaque indicateur recueilli par l'établissement de santé (ES) et se composent de :

- LOTAS : logiciel de tirage au sort des séjours analysés qui servent au calcul des indicateurs - les spécifications du logiciel sont construits à partir des données du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) (RIM-P en psychiatrie) ;
- Qualhas : plate-forme Internet sécurisée à laquelle chaque établissement se connecte à l'aide d'un identifiant et d'un mot de passe afin de saisir les informations. Ce système permet de restituer aux ES des résultats individuels dès la fin de la saisie, et des résultats comparatifs.

Plusieurs niveaux de validation sont prévus par le système et permettent un contrôle a priori des données saisies : identification des opérateurs de saisie au sein des établissements, étape de « verrouillage » qui donne accès à la lecture des résultats individuels, et enfin étape de « validation » qui rend impossible toute modification ultérieure des données saisies.

Toutes les données agrégées, présentées dans ce document, sont issues de la plate-forme de recueil Qualhas et ont été saisies par les établissements.

Modalités de recueil

Le dossier patient est utilisé comme source de données car il contient l'ensemble des informations médicales, soignantes, sociales et administratives qui permettent d'assurer la prise en charge coordonnée d'un patient et la continuité des soins. C'est à partir du dossier que l'on assure la traçabilité de la démarche de prise en charge. Le contenu du dossier patient est défini par le décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du code de la santé publique. Ce dossier contient des informations de différents types : compte rendu d'hospitalisation, observations médicales, feuilles de soins, prescriptions, résultats des examens, etc.

La sélection des séjours (dossiers) à évaluer est réalisée par tirage au sort à partir des bases nationales de séjours hospitaliers issus du PMSI pour les différents champs d'activité : médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), soins de suite et réadaptation (SSR), santé mentale (PSY = RIM-p) et hospitalisation à domicile (HAD), sur une période donnée et avec des critères de sélection spécifiques pour chaque recueil d'IQSS.

Le recueil des IQSS, réalisé par l'établissement, consiste en un audit rétrospectif portant sur un échantillon aléatoire de séjours (dossiers) :

- soit sur l'année N-1 de la campagne de recueil pour les indicateurs de spécialités ;
- soit sur une période de l'année N-1 de la campagne de recueil pour les indicateurs transversaux.

Selon les thèmes, 60 ou 80 séjours maximum doivent être analysés par établissement.

Le nombre de dossiers évalués est identique quelles que soient la taille et la catégorie des établissements participant au recueil national. Ce nombre de dossiers relativement faible est un compromis entre une charge de travail acceptable, tous types de structures confondus, et une précision statistique suffisante de l'indicateur estimé à partir de l'échantillon. Un intervalle de confiance à 95 % calculé sur l'échantillon est présenté avec le résultat de chaque indicateur, et ne tient pas compte de l'activité de l'établissement. Pour plus de précisions sur le calcul de l'intervalle de confiance, cf. Guide méthodologique.

► Mode de présentation des IQSS par ES

Les résultats des indicateurs de qualité par établissement se présentent :

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

► Méthodes de comparaison

Estimation des références

Deux types de mesure de valeurs centrales sont produits comme références :

- Une moyenne pondérée par le nombre de séjours éligibles par établissement (total des séjours comptabilisés dans le PMSI sur la période considérée). Chaque établissement se voit ainsi attribuer un poids en fonction de son activité sur la période considérée : plus son activité est importante, plus son poids sera important et il participera donc d'autant plus au calcul de la moyenne.

Pour les indicateurs de type score, un seuil minimum de 30 dossiers à évaluer par établissement a été retenu pour que les résultats de celui-ci soient pris en compte dans les résultats comparatifs.

Pour les indicateurs de type proportion, un seuil minimum de 10 dossiers à évaluer par établissement a été retenu pour que les résultats de celui-ci soient intégrés dans les comparatifs.

- Une médiane corrigée pour les indicateurs de type délai. Les délais aberrants statistiquement (délais strictement supérieurs à une borne) sont supprimés du calcul de la référence pour l'ensemble des dossiers inclus dans l'analyse.

Pour les indicateurs de type délai, un seuil minimum de 10 dossiers à évaluer a été retenu pour que les résultats de l'établissement soient intégrés dans la comparaison inter-établissements.

Pour plus de précisions sur l'estimation des références, cf. Guide méthodologique.

Types de référence

La plate-forme QualiHAS permet à chaque établissement de se comparer à quatre types de références.

- Trois références dans l'espace :
 - Une « référence nationale » ;
 - Une « référence régionale » : les ES ont accès au résultat moyen ou médian de leur région ;
 - Une « référence par catégorie d'ES » : les ES ont accès au résultat moyen ou médian de leur catégorie.
- Un « objectif national de performance » a été défini dès 2009 par le ministère de la Santé comme seuil à atteindre par les établissements.

► Méthodes de présentation des résultats

Deux présentations sont proposées. Les établissements sont comparés par rapport à :

- la moyenne pondérée (de tous les établissements), via des pictogrammes de couleur vert, jaune et orange ;
- l'objectif national de performance, via des classes « + », « = » et « - ».

Positionnement par rapport à la moyenne pondérée

Le positionnement d'un établissement par rapport à la moyenne de référence est décliné en pictogrammes de couleur vert, jaune et orange. Ces 3 couleurs représentent 3 classes ou niveaux de qualité décroissants.

Indicateurs de type score ou proportion

Les 3 premières classes sont définies en comparant l'intervalle de confiance (IC) à 95 % de la moyenne des scores ou des proportions de l'établissement à la moyenne de référence retenue pour l'indicateur analysé.

Une quatrième classe non affichée est créée pour les établissements « **Non répondants** ».



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



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



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

Indicateurs de type délai

La méthode de comparaison dans le cadre d'un indicateur de délai reste à définir.

Positionnement par rapport à l'objectif national de performance

Indicateurs de type score ou proportion

Trois classes sont définies en comparant l'intervalle de confiance (IC) à 95 % de la moyenne des scores ou des proportions de l'établissement à l'objectif national de performance.

Une quatrième classe non affichée est créée pour les établissements « Non répondants ».

Classe « + » ES dont la borne basse de l'IC à 95 % est supérieure à l'objectif national de performance, on dit que la position de l'ES est « **significativement supérieure à l'objectif national de performance** »

Classe « = » ES dont l'IC à 95 % coupe l'objectif national de performance, on dit que la position de l'ES est « **non significativement différente de l'objectif national de performance** ».

Classe « - » ES dont la borne haute de l'IC à 95 % est inférieure à l'objectif national de performance, on dit que la position de l'ES « **est significativement inférieure à l'objectif national de performance** ».

Indicateurs de type délai

Il n'existe pas d'objectif national de performance sur les indicateurs de délais.

Calcul des évolutions des indicateurs - campagnes 2015

Pour les indicateurs dont les calculs sont identiques par rapport à la campagne précédente, une information sur leur évolution est fournie dans la fiche de résultats. Il s'agit de mesurer si le résultat de l'indicateur s'est amélioré de façon statistiquement significative par rapport au recueil précédent.

Pour cela, deux tests statistiques sont mobilisés en fonction du nombre de dossiers à partir desquels sont calculés les indicateurs :

- pour les ES ayant évalué entre 10 et 30 dossiers sur au moins une des deux années : test exact de Fisher ;
- pour les ES ayant évalué plus de 30 dossiers sur les 2 années : test de Student.

Les règles de cotation sont les suivantes :

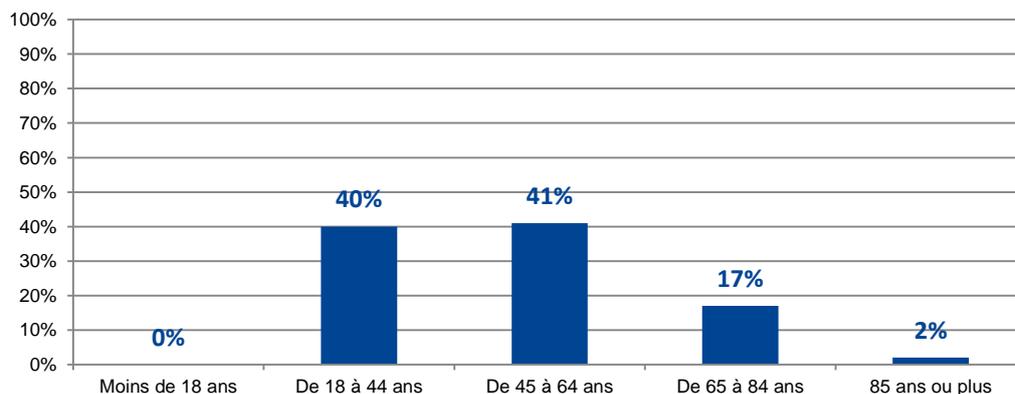
- si l'évolution est statistiquement significative et que le résultat de la nouvelle campagne est supérieur au résultat de la campagne précédente : l'évolution est positive. Ce résultat est visualisé par le pictogramme « ↗ »
- si l'évolution est statistiquement non significative : l'évolution est stable. Ce résultat est visualisé par le pictogramme « → »
- si l'évolution est statistiquement significative et que le résultat de la nouvelle campagne est inférieur au résultat de la campagne précédente : l'évolution est négative. Ce résultat est visualisé par le pictogramme « ↘ »

Annexe II. Résultats complémentaires

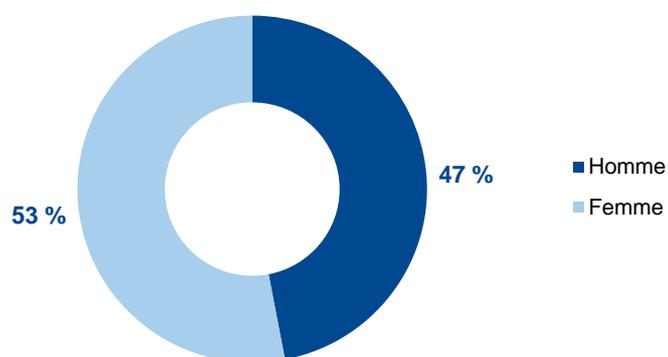
Dans cette annexe sont présentés un ensemble de résultats complémentaires relatifs à la campagne.

► Population de la base

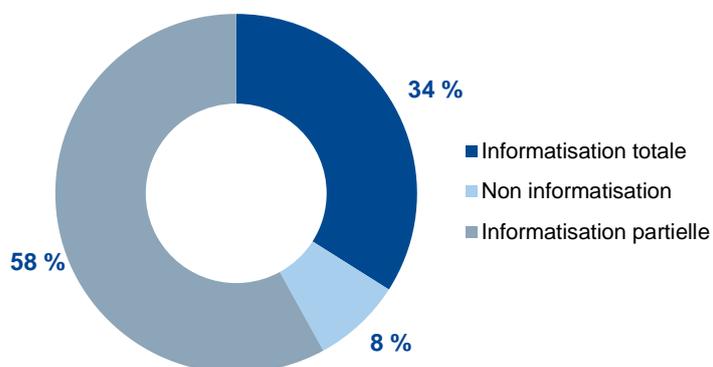
Graphique 5. Répartition de l'âge des patients Campagne DPA PSY 2016 – données 2015



Graphique 6. Répartition des sexes des patients Campagne DPA PSY 2016 – données 2015



Graphique 7. Degré d'informatisation du dossier patient Campagne DPA PSY 2016 – données 2015



► **Description des établissements de santé**

Tableau 16. Répartition du nombre d'établissements en fonction des indicateurs – Campagne 2016 – données 2015

Indicateurs	Population totale	Nombre d'ES n'entrant pas dans la référence nationale		Référence nationale
		Nombre d'ES "non répondant"	Nombre d'ES avec effectif 10 < N < 30	Nombre d'ES avec effectif N > 30 (TDP) ou N > 10 (DEC / DTN)
Tenue du dossier patient	438	0	11	427
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation	438	0	0	438
Dépistage des troubles nutritionnels	438	0	0	438

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

Tableau 17. Distribution par rapport à la moyenne nationale pondérée – Campagne 2016 – données 2015

	Moyenne nationale pondérée (en %) ou score national pondéré				
Tenue du dossier patient	82 %	Nombre de structures	145	131	151
		% de structures	33,9	30,7	35,4
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation	55 %	Nombre de structures	148	149	141
		% de structures	33,8	34	32,2
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1	79 %	Nombre de structures	195	146	97
		% de structures	44,5	33,3	22,2
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 2	67 %	Nombre de structures	174	140	124
		% de structures	39,7	32	28,3

► Informations régionales

Tableau 18. Indicateur Tenue du dossier patient – Campagne 2016 – données 2015 – Moyennes régionales (en %)

ES composant la référence nationale	Score national pondéré et Objectif national de performance
427	82 % / Objectif à 80 %

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 30	Score par région
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	27	84
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	38	83
Auvergne-Rhône-Alpes	48	80
Bourgogne-Franche-Comté	16	85
Bretagne	25	80
Centre-Val de Loire	21	77
Corse	3	78
Guadeloupe	2	79
Guyane	0	0
Ile de France	75	82
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	47	82
Martinique	3	63
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	36	77
Normandie	15	78
Océan Indien	4	78
PACA	43	86
Pays de la Loire	18	80
Service de santé des armées	6	89

Tableau 19. Indicateur Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation – Campagne 2016 – données 2015 – Moyennes régionales (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée et Objectif national de performance
438	55 % / Objectif à 80 %

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	27	57
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	38	67
Auvergne-Rhône-Alpes	50	49
Bourgogne-Franche-Comté	16	60
Bretagne	25	57
Centre-Val de Loire	24	46
Corse	3	57
Guadeloupe	3	50
Guyane	0	0
Ile de France	77	51
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	47	61
Martinique	3	42
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	37	54
Normandie	15	42
Océan Indien	4	57
PACA	44	59
Pays de la Loire	18	52
Service de santé des armées	7	78

Tableau 20. Indicateur Dépistage des troubles nutritionnels – Niveau 1 – Campagne 2016 – données 2015 – Moyennes régionales (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée et Objectif national de performance
438	79 % / Objectif à 80 %

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	27	79
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	38	84
Auvergne-Rhône-Alpes	50	77
Bourgogne-Franche-Comté	16	80
Bretagne	25	71
Centre-Val de Loire	24	79
Corse	3	59
Guadeloupe	3	61
Guyane	0	0
Ile de France	77	83
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	47	83
Martinique	3	71
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	37	77
Normandie	15	59
Océan Indien	4	82
PACA	44	85
Pays de la Loire	18	68
Service de santé des armées	7	98

Tableau 21. Indicateur Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 2- Campagne 2016 – données 2015 - Moyennes régionales (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée et Objectif national de performance
438	67 % / Pas d'objectif

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	27	72
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	38	70
Auvergne-Rhône-Alpes	50	66
Bourgogne-Franche-Comté	16	69
Bretagne	25	63
Centre-Val de Loire	24	66
Corse	3	41
Guadeloupe	3	29
Guyane	0	0
Ile de France	77	66
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	47	75
Martinique	3	55
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	37	64
Normandie	15	47
Océan Indien	4	75
PACA	44	73
Pays de la Loire	18	60
Service de santé des armées	7	97

► Informations par catégorie d'établissement

Tableau 22. Indicateur Tenue du dossier patient – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %)

ES composant la référence nationale	Score
427	82

	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Score par catégorie
CH	204	77
CHU	35	79
ESPIC/EBNL	37	82
Privé	151	88

Tableau 23. Indicateur Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne
438	55 %

	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie
CH	207	50 %
CHU	36	46 %
ESPIC/EBNL	38	61 %
Privé	157	64 %

Tableau 24. Indicateur Dépistage des troubles nutritionnels – Niveau 1 – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne
438	79 %

	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie
CH	207	69 %
CHU	36	82 %
ESPIC/EBNL	38	79 %
Privé	157	92 %

Tableau 25. Indicateur Dépistage des troubles nutritionnels – Niveau 2 – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne
438	67 %

	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie
CH	207	54 %
CHU	36	57 %
ESPIC/EBNL	38	72 %
Privé	157	86 %

Références bibliographiques

- I Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, reprise et complétée dans la loi du 22 Avril 2005.
- II Ausset S, Bouaziz H, Brosseau M, Kinirons B, Benhamou D. Improvement of information gained from the pre-anaesthetic visit through a quality-assurance programme. *Br J Anaesth* 2002; 88: 280-3.
- III Bami J, Doumenc M. Improving general practitioner records in France by a two-round medical audit. *J Eval Clin Pract* 2002; 8: 175-81.
- IV Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine. Dossier patient: évolution de la conformité des dossiers patients entre 1997 et 2000 dans 12 établissements d'Aquitaine (rapport interne). Bordeaux: CCECQA; 2001.
- V Damais-Cepitelli A, Martin P, Devos AM, Le Gueult LC. [Qualitative assessment of labile blood product prescription in Le Havre Hospital]. *Transfus Clin Biol* 2001; 8: 77-84.
- VI Thiru K, Hassey A, Sullivan F. Systematic review of scope and quality of electronic patient record data in primary care. *Bmj* 2003; 326: 1070.
- VII Boulay F, Chevallier T, Gendreike Y, Mailland V, Joliot Y, Sambuc R. [A method for auditing medical records quality: audit of 467 medical records within the framework of the medical information systems project quality control]. *Sante Publique* 1998; 10: 5-15.
- VIII Francois P, Chirpaz E, Bontemps H, Labarere J, Bosson JL, Calop J. Evaluation of prescription-writing quality in a French university hospital. *Clin Perform Qual Health Care* 1997; 5: 111-5.
- IX Michel P, Bonarek M, Capdenat E, Groupe des médecins des DIM d'Aquitaine. Conformité à la réglementation des dossiers de soins dans 15 établissements publics de santé en Aquitaine. *Presse Med* 1998; 27: 1884-9
- X Perret du Cray MH, Remi C, Colin C, Mornex F, Gerard JP. [Quality of medical records in oncology: results of an audit of the Lyon Civil Hospices]. *Cancer Radiother* 2000; 4: 455-61.
- XI Williams JG, Kingham M, Morgan JM, Davies AB. Retrospective review of hospital patient records. *Br Med J* 1990; 300: 991-3.
- XII <http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/>
- XIII <http://www.compaqhpst.fr/fr/>
- XIV Mise en place d'une politique nutritionnelle dans les établissements de santé, Rapport de mission de Monsieur le Pr Ricour, DHOS, Ministère de la santé, Décembre 2002.



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