

Résultats des indicateurs pour  
l'amélioration de la qualité et de la  
sécurité des soins

## **Prise en charge des patients hémodialysés chroniques**

**Campagne 2017 – Données 2017**

Ce document présente les résultats, issus du recueil 2017 - données 2017, des indicateurs du thème « Prise en charge des patients hémodialysés chroniques ». Ce recueil a été réalisé sous la coordination de la Haute Autorité de Santé, par toutes les structures ayant une activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale prenant en charge des patients hémodialysés chroniques.

Les résultats de ces indicateurs donnent une image de la qualité de la prise en charge au sein de chacune des structures concernées. Ils sont aussi, au niveau national, un observatoire de la qualité des soins dans les établissements de santé français.

### Rapport rédigé sans prise en compte des résultats du contrôle qualité du recueil réalisé par les agences régionales de santé (ARS)

Les résultats nationaux présentés dans ce rapport (classements, référentiels) ne prennent pas en compte les résultats du contrôle qualité réalisé par les ARS dans le cadre de l'orientation nationale d'inspection contrôle (ONIC) demandée par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS). Le délai entre la fin de la rédaction du rapport et la fin du contrôle qualité du recueil (début novembre) permet cependant la présentation, en fin de rapport, des principaux résultats issus de ce contrôle.

### Où retrouver les résultats de votre établissement ?

Les résultats complets individuels et comparatifs de chaque établissement ainsi que l'analyse complémentaire sont accessibles sur la plate-forme QualHAS. Pour y accéder, les professionnels doivent contacter le service DIM de leur 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](http://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](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](mailto:ipaqss@has-sante.fr)

Ce rapport a été rédigé par Sophie Calmus et Frédéric Capuano, chefs de projet, sous la coordination d'Arnaud Fouchard, adjoint, et sous la responsabilité de Laetitia May-Michelangeli, chef du service « indicateurs pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins » (SIPAQSS).

Rapport validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé le 13 décembre 2017.

© Haute Autorité de Santé - décembre 2017

# Sommaire

<b>Dispositif national des indicateurs de qualité et de sécurité des soins</b> .....	<b>5</b>
<b>SYNTHÈSE</b> .....	<b>7</b>
Contexte .....	7
Les indicateurs .....	7
Résultats des indicateurs en 2017 et constats.....	7
Axes d'amélioration .....	8
Conclusion.....	9
<b>Introduction</b> .....	<b>10</b>
Contexte .....	10
Les indicateurs .....	10
Campagne de recueil en 2017 .....	11
<b>Descriptif de la campagne nationale 2017</b> .....	<b>13</b>
Établissements de santé participants.....	13
Séjours analysés .....	13
Descriptif des modalités de prise en charge .....	13
Population analysée .....	14
Patients atypiques .....	15
Informatisation des dossiers patients analysés.....	15
<b>Résultats des indicateurs</b> .....	<b>16</b>
<b>Indicateur « Maitrise de l'anémie » (ANE)</b> .....	<b>17</b>
Description de l'indicateur .....	17
Analyse nationale des informations recueillies .....	18
Classement des établissements en fonction de leurs résultats .....	19
<b>Indicateur « Surveillance du statut martial du patient traité par ASE »</b> .....	<b>20</b>
Description de l'indicateur .....	20
Analyse nationale des informations recueillies .....	21
Classement des établissements en fonction de leurs résultats .....	22
<b>Indicateur « Appréciation de l'épuration - Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires »</b> .....	<b>24</b>
Description de l'indicateur .....	24
Analyse nationale des informations recueillies .....	25
Classement des établissements en fonction de leurs résultats .....	26
<b>Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel »</b> .....	<b>28</b>
Description de l'indicateur .....	28
Analyse nationale des informations recueillies .....	29
Classement des établissements en fonction de leurs résultats .....	30

<b>Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Consultation diététicienne » .....</b>	<b>32</b>
Description de l'indicateur .....	32
Analyse nationale des informations recueillies .....	33
Classement des établissements en fonction de leurs résultats .....	34
<b>Indicateur « Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation » .....</b>	<b>35</b>
Description de l'indicateur .....	35
Analyse nationale des informations recueillies .....	36
Distribution et classement des établissements en fonction de leurs résultats .....	37
<b>Analyse des ressources disponibles dans les structures de dialyse .....</b>	<b>39</b>
<b>Bilan et perspectives .....</b>	<b>40</b>
Principaux résultats du recueil .....	40
Axes d'amélioration .....	42
Conclusion.....	43
<b>Résultats 2017 du contrôle qualité du recueil des indicateurs du thème « Prise en charge des patients hémodialysés chroniques » dans le cadre de l'orientation nationale d'inspection contrôle (ONIC).....</b>	<b>44</b>
Résultats du contrôle qualité du recueil .....	44
Impact du contrôle qualité du recueil sur la diffusion publique .....	44
<b>Abréviations et acronymes .....</b>	<b>46</b>
<b>Table des illustrations .....</b>	<b>47</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>49</b>
Annexe I. Méthodes de recueil et d'analyse .....	49
Annexe II. Autres résultats nationaux .....	53
Annexe III. Résultats régionaux et par catégorie d'établissement.....	57
Annexe IV. Grilles de recueil 2017 .....	65
Annexe V. Historique des modifications réalisées depuis 2013 .....	71
<b>Références bibliographiques.....</b>	<b>72</b>

# Dispositif national des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

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

**Ce suivi d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) produisant des données comparatives, est utilisé à des fins de pilotage interne, de régulation au niveau régional et national, et de transparence vers les usagers (diffusion publique<sup>1</sup>).** 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 les 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 annuellement par arrêté ministériel.** Ceci concerne certains IQSS obligatoires, imputables aux établissements de santé et ayant fait l'objet de plus d'une campagne nationale de recueil. Cette diffusion de leur résultat par les établissements de santé est accompagnée par la diffusion publique nationale sur le site Scope Santé ([www.scopesante.fr](http://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, une orientation nationale inspection-contrôle de l'IGAS coordonnée par la DGOS et la HAS s'applique à l'ensemble des indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins diffusés publiquement. Le principe de ce contrôle qualité du recueil des IQSS diffusés publiquement est de s'assurer de la fiabilité de l'autoévaluation réalisée lors des campagnes nationales de mesure, par l'utilisation d'une procédure de contrôle aléatoire. Le champ de cette inspection vise chaque année 10 % des établissements de santé, ayant réalisé le recueil, par région : la moitié est tirée au sort aléatoirement et l'autre moitié est au choix de l'ARS. Le recueil des indicateurs peut être non validé par le contrôle : dans ce cas le résultat est annulé. Il est indiqué comme non validé sur le site Scope Santé.

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

---

<sup>1</sup> 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



# SYNTHÈSE

## Contexte

L'insuffisance rénale chronique terminale est une priorité de santé publique. Si la greffe rénale présente, dans l'absolu, la meilleure option thérapeutique, tant en terme de qualité de vie pour le patient qu'en terme de coût pour la société, elle ne peut être réalisée pour l'ensemble des patients en insuffisance rénale terminale, et ce pour de nombreuses raisons comme les comorbidités associées, la disponibilité de greffons,...

La dialyse, traitement lourd, est une condition à la survie des patients dont la qualité de vie dépend en partie de la qualité de la prise en charge. Les professionnels ont défini des références professionnelles (recommandations, guide de parcours de soins...) sur la qualité de la prise en charge de l'hémodialyse : dose de dialyse, suivi biologique et suivi nutritionnel des patients, ainsi qu'une évaluation de l'accès à la transplantation pour tous les patients. Les indicateurs nationaux mesurent ces éléments.

La troisième campagne de recueil des indicateurs du thème « **Prise en charge des patients hémodialysés chroniques** » s'est déroulée de mars à juin 2017.

## Les indicateurs

Depuis 2012, les indicateurs de qualité et de sécurité des soins du thème « **Prise en charge des patients hémodialysés chroniques** » sont recueillis par l'ensemble des structures ayant une autorisation pour l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale, et ce quelles que soient les modalités de prise en charge (centres, unités de dialyse médicalisées, unités d'autodialyse assistée ou non, domicile).

**Pour la campagne nationale 2017, six indicateurs évaluant la qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques ont été mesurés (dont 4 diffusés publiquement) :**

- Maîtrise de l'anémie (ANE) ;
- Surveillance du statut martial du patient traité par ASE (ASE) - *diffusé publiquement* ;
- Appréciation de l'épuration - Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaire (PSH) - *diffusé publiquement* ;
- Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel (NUT) - *diffusé publiquement* ;
- Surveillance nutritionnelle - Consultation diététicienne (CDT) ;
- Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation (AAT) - *1ère diffusion publique*.

Pour tous les établissements soumis à l'obligation de recueil des indicateurs du thème « **Prise en charge des patients hémodialysés chroniques** », les résultats des quatre indicateurs cités ci-dessus sont diffusés sur le site Scope Santé (décembre 2017).

## Résultats des indicateurs en 2017 et constats

Les résultats de la troisième campagne sont issus d'une analyse de dossiers patients en insuffisance rénale terminale pris en charge en hémodialyse depuis au moins 9 mois dans la structure au moment du recueil.

Chaque structure a analysé un maximum de 60 dossiers tirés au sort à partir des données du PMSI 2016.

**En 2017, la participation des structures est très importante :**

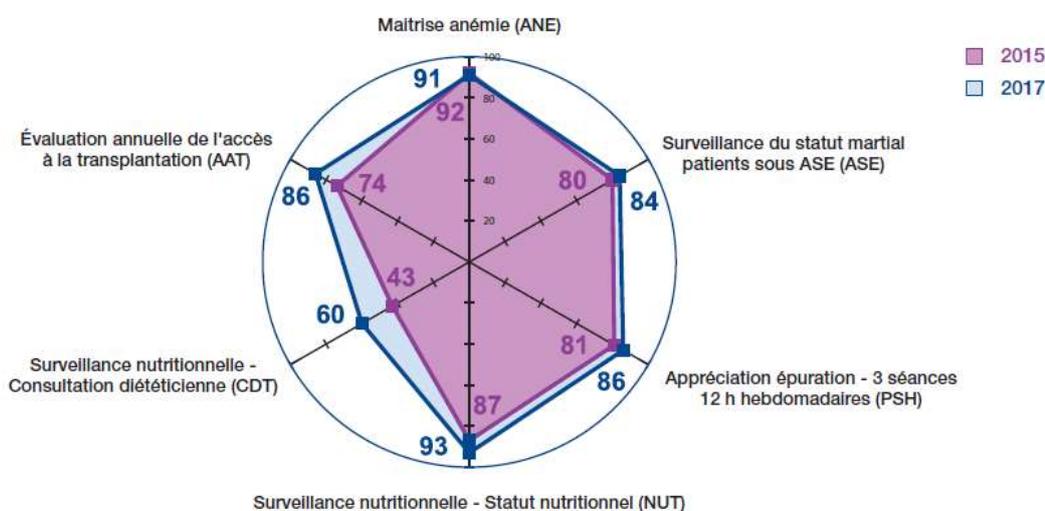
- ▶ Seulement une structure sur les 314 devant réaliser le recueil n'a pas participé à la campagne (0,3 %) ;
- ▶ Au final, 314 structures ont participé au recueil des indicateurs : 313 structures parmi les 314 présentant une obligation de recueil et une structure ne présentant pas d'obligation de recueil ;
- ▶ 18 512 dossiers ont été tirés au sort, et 15 708 dossiers ont pu être analysés (84,85 %).

**Les moyennes nationales sont élevées pour cinq indicateurs sur six (ANE, ASE, PSH, NUT, AAT) recueillis en 2017, dont 2 présentent un taux supérieur à 90 % (ANE et NUT).**

**Les indicateurs généralisés sont pertinents :**

- ▶ La variabilité nationale inter-établissements des résultats reste importante pour la plupart des indicateurs, et est confirmée par les disparités régionales ;
- ▶ Les résultats objectivent une marge d'amélioration pour de nombreux établissements ;
- ▶ L'indicateur « Surveillance nutritionnelle - Consultation diététicienne » (CDT) présente une moyenne nationale pondérée plus faible : 60 % en 2017.

**Graphique 1. Résultats des indicateurs « Prise en charge des patients hémodialysés chroniques » - Moyennes pondérées nationales des campagnes 2015 et 2017 – Données 2015 et 2017**



- **Entre les 2 campagnes, les résultats ont progressé pour tous les indicateurs, dont 2 indicateurs de façon très importante :**
  - La traçabilité de la consultation avec une diététicienne pour les patients à risque de dénutrition : passage de 43 % à 60 % (+ 17 points).
  - L'évaluation annuelle de l'accès à la transplantation : passage de 74 % à 86 % (+ 12 points).  
En 2017, 89,3 % des établissements ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 %.

## Axes d'amélioration

**Au regard des résultats, plusieurs axes d'amélioration sont déductibles de la campagne nationale de recueil de 2017 :**

- La traçabilité de la consultation avec une diététicienne pour les patients à risque de dénutrition a progressé de 17 points, mais ce taux reste encore faible et une analyse doit être conduite au niveau de chaque établissement afin de pouvoir proposer aux patients qui le nécessitent une consultation spécialisée.
- **Au sein des structures de dialyse, les ressources en temps diététiciennes peuvent être améliorées :** 87 % des structures d'hémodialyse disposent d'un temps diététicienne dédié à leurs patients.
- La mise en place de programmes d'éducation thérapeutique dédiée à l'hémodialyse reste encore modérée (61 %) et peut également s'améliorer.
- **La Guyane présente les plus faibles résultats pour :**
  - l'Appréciation de l'épuration - prescription de 3 séances de 12 heures hebdomadaires (43 %) ;

- la Maitrise de l'anémie (42 %) ;
- la surveillance du statut nutritionnel (26 %).
- **La région PACA présente quant à elle de meilleurs résultats pour :**
  - l'Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation (94%) ;
  - l'Appréciation de l'épuration - prescription de 3 séances de 12 heures hebdomadaires (92%).

## Conclusion

### Les suites de ces travaux sont les suivantes :

- Utilisation des résultats des indicateurs dans le dispositif de certification des établissements de santé, notamment dans le Compte Qualité : les résultats insatisfaisants seront l'objet d'échanges entre l'établissement et les experts-visiteurs afin d'évaluer les démarches d'amélioration des pratiques.
- Évolution/actualisation de ces indicateurs : suite aux 3 campagnes de recueil, le groupe de travail en charge du suivi des actualisations des indicateurs du thème « Prise en charge des patients hémodialysés chroniques » devra se prononcer sur les évolutions à apporter sur ce thème.
- Engager une réflexion sur les indicateurs qui pourraient être utilisés dans un modèle de financement de la qualité de l'hémodialyse, en vue de la modulation des tarifs des séances de dialyse.

L'ensemble des résultats est détaillé dans le présent rapport.

Des diagrammes en « barres » permettent de visualiser les résultats des indicateurs obligatoires sur le site internet de la [HAS](#).

Une analyse régionale des indicateurs sous forme de cartographie dynamique est disponible sur le site [scope santé](#).

# Introduction

## Contexte

L'insuffisance rénale chronique terminale est une priorité de santé publique. Si la greffe rénale représente, dans l'absolu, la meilleure option thérapeutique, tant en termes de qualité de vie pour le patient qu'en termes de coût pour la société, elle ne peut être réalisée pour l'ensemble des patients en insuffisance rénale terminale, et ce pour de nombreuses raisons comme les comorbidités associées, la disponibilité de greffons,...

D'après les données du rapport annuel REIN 2015<sup>2</sup>, au 31 décembre 2015, l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) touche en France 82 293 personnes nécessitant un traitement de suppléance, la dialyse ou la greffe. Environ 46 % des personnes en insuffisance rénale chronique terminale sont porteuses d'un greffon rénal fonctionnel (36 433) et 54 % sont en dialyse (45 860). Parmi les 45 860 patients en dialyse, 42 909 sont en hémodialyse (93,5 %) et 2 951 sont en dialyse péritonéale (6,5 %).

D'après les données du rapport CNAMTS 2017 (données 2012 – 2014)<sup>3</sup> :

*« L'IRCT concerne peu de patients (74 000 pour le régime général), mais le coût annuel de traitement est très élevé : 44 000 €, résultant d'une moyenne entre la dialyse (64 000 €, 41000 patients), la greffe (73 000 €, 2 700 patients par an) et le suivi de greffe (30 000 patients, 14 000 €) ».*

La prise en charge de la dialyse revient donc à un coût global de **2,62 milliards** d'euros par an (estimation faite sur la période 2012-2014).

La dialyse, traitement lourd, est une condition à la survie des patients dont la qualité de vie dépend en partie de la qualité de la prise en charge. Les professionnels ont défini des éléments sur la qualité de la prise en charge de l'hémodialyse : maîtrise de l'anémie, surveillance du statut martial, dose de dialyse, suivi nutritionnel des patients, ainsi qu'une évaluation de l'accès à la transplantation pour tous les patients. Les indicateurs nationaux mesurent ces éléments.

Parmi les dispositifs d'amélioration de la qualité pour la réduction des risques, les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) permettant la comparaison inter-établissements sont un de ceux choisis par la HAS pour aider les établissements à suivre leur pratique et les modifier le cas échéant. Ces indicateurs sont utilisés par différents acteurs :

- les établissements de santé dans leur démarche d'amélioration de la qualité valorisée notamment dans le compte qualité de la certification V2014 ;
- par les tutelles dans le cadre du pilotage institutionnel régional ou national (CPOM, IFAQ, CAQES...);
- les usagers via l'affichage des résultats dans les établissements de santé et sur le site de diffusion publique "Scope Santé" (cf. dispositif national des indicateurs de qualité et de sécurité des soins), pour leurs démarches de recherche d'information sur la qualité des établissements de santé.

## Les indicateurs

La troisième campagne de recueil des indicateurs du thème « **Prise en charge des patients hémodialysés chroniques** » s'est déroulée de mars à juin 2017.

Les structures ayant une autorisation pour l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale ont participé au recueil des indicateurs.

---

<sup>2</sup> Rapport annuel REIN 2015 - Agence de Biomédecine.

<sup>3</sup> Rapport CNAMTS – « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses ».

**Six indicateurs évaluant la qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques ont été priorisés pour la campagne nationale 2017 (dont 4 dont les résultats sont diffusés publiquement) :**

- Maîtrise de l'anémie (ANE) ;
- Surveillance du statut martial du patient traité par ASE (ASE) - *diffusé publiquement* ;
- Appréciation de l'épuration - Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaire (PSH) - *diffusé publiquement* ;
- Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel (NUT) - *diffusé publiquement* ;
- Surveillance nutritionnelle - Consultation diététicienne (CDT) ;
- Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation (AAT) - *1ère diffusion publique*.

Les patients atypiques<sup>4</sup> ont été exclus du calcul de la moyenne nationale pondérée pour trois indicateurs : ANE, PSH, CDT.

**Huit indicateurs n'ont pas été recueillis en 2017 parce que les résultats de la campagne 2015 étaient élevés et ne présentaient plus d'intérêt pour améliorer la qualité de la prise en charge dans de nombreux établissements :**

- Surveillance du bilan phosphocalcique (PHO) ;
- Réalisation des dosages en milieu de semaine (DOS) ;
- Surveillance sérologique des hépatites (SER) ;
- Appréciation de l'épuration - Mesure de la dose de dialyse (MDD) ;
- Respect des prescriptions médicales de dialyse (PMS) ;
- Évaluation de l'abord vasculaire - Fistule artério-veineuse (VAV 1) ;
- Évaluation de l'abord vasculaire - Fistule artério-veineuse native (VAV 2) ;
- Évaluation de l'accès à la transplantation (EAT).

Les deux indicateurs agrégés « Suivi des patients hémodialysés (SPH) » et « Appréciation de la qualité de la dialyse (AQD) » ne regroupant plus qu'un nombre très limité d'indicateurs (respectivement 2 et 1), il a été décidé de les supprimer pour offrir plus de visibilité aux indicateurs sous-jacents.

## Campagne de recueil en 2017

Le recueil était obligatoire pour les établissements prenant en charge plus de 10 patients adultes hémodialysés chroniques répondant aux critères d'inclusion présentés ci-dessous.

Le recueil a consisté en une enquête rétrospective portant sur un échantillon aléatoire de 60 dossiers de patients adultes hémodialysés, analysés pour l'ensemble des indicateurs. Le tirage au sort a permis de repérer des patients adultes hémodialysés qui, en décembre 2016, étaient dans le même centre depuis au moins 6 mois. Ont été retenus les patients qui ont eu au moins une séance au cours du premier semestre 2016, et ceux qui ont eu au moins 14 séances au total sur l'année 2016.

Le recueil s'est déroulé entre le 1er mars et le 15 juin 2017. Pour chaque établissement, la semaine analysée devait être la plus proche du jour de la saisie ou du tirage au sort. En conséquence, les données analysées ont concerné la prise en charge des patients en 2016 ou en 2017 selon les indicateurs.

La qualité du recueil des indicateurs a été contrôlée par les ARS au cours du 3<sup>ème</sup> trimestre 2017. A l'issue du contrôle qualité du recueil, les résultats de ces indicateurs, par établissement, sont mis à disposition du public sur le site Scope Santé (décembre 2017).

---

<sup>4</sup> Le patient atypique est défini comme « un patient dont les valeurs des examens biologiques sont hors normes, dont l'état général est incompatible avec la mesure de certains paramètres ou toute autre cause, précisée par un médecin, rendant les résultats des examens du patient non comparable ».

**Ce rapport présente :**

- Un descriptif de la campagne 2017, établissements participants et dossiers analysés,
- Les résultats nationaux 2017 par indicateur sur des données 2017 avec des analyses complémentaires et des résultats comparatifs, positionnement des établissements de santé par rapport à l'objectif de performance,
- L'analyse des ressources disponibles dans les structures de dialyse,
- Le bilan et les perspectives de cette campagne.

**Les annexes présentent :**

- la méthode de recueil et d'analyse,
- les tableaux complémentaires des résultats des indicateurs par variable étudiée,
- les statistiques descriptives et la variabilité nationale par indicateur,
- les moyennes des indicateurs par région et par type d'établissements,
- et les grilles utilisées pour le recueil.

# Descriptif de la campagne nationale 2017

## Établissements de santé participants

Chaque structure ayant une autorisation pour l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale (hémodialyse), qu'elle soit réalisée en centre d'hémodialyse, en unité de dialyse médicalisée, en unité d'autodialyse simple ou assistée ou à domicile, est tenue de recueillir les indicateurs du thème « Prise en charge des patients hémodialysés chroniques ».

Pour la campagne 2017, 314 structures présentaient une obligation de recueil<sup>5</sup>, et une seule n'a pas participé et est considérée comme une structure « non répondante » (soit 0,3 % des structures concernées). Au final, 314 structures ont participé au recueil des indicateurs (313 structures parmi les 314 ayant l'obligation de recueil et une structure ne présentant pas d'obligation de recueil).

## Séjours analysés

Au niveau national, 18 512 dossiers de patients hémodialysés depuis au moins 9 mois dans la structure ont été tirés au sort sur l'année 2016 via le PMSI. Sont exclus du tirage au sort les patients âgés de moins de 18 ans et les patients décédés. Parmi les dossiers tirés au sort, 15 % ont été exclus pour les raisons suivantes :

- ▶ 0,2 % (43 dossiers) non retrouvés ;
- ▶ 3,2 % (601 dossiers) ont été exclus car les patients étaient décédés depuis le début de l'année ;
- ▶ 10,9 % (2028 dossiers) ont été exclus car le patient n'était plus dialysé dans la structure au moment de la saisie du dossier ;
- ▶ 0,3 % (59 dossiers) comportaient une incohérence PMSI ;
- ▶ 0,4 % (73 dossiers) n'étaient pas mobilisables (patient ne souhaitant pas que les données le concernant soient exploitées à des fins autres que sa prise en charge).

Au total, 15 708 dossiers ont été analysés.

## Descriptif des modalités de prise en charge

Pour la population de patients étudiée, la grande majorité est hémodialysée en centre, soit 72 % (11 356 dossiers), 17 % (2698 dossiers) des patients sont pris en charge dans une unité de dialyse médicalisée, 10 % (1 599 dossiers) en autodialyse et 0,4 % (55) des patients sont hémodialysés à domicile. D'après le rapport de la SFNDT de mai 2016<sup>6</sup>, la répartition des traitements dans cette population, au niveau national en 2014, est la suivante : 55,2% en hémodialyse en centre, 18,9 % en unité de dialyse médicalisée, et 18 % en autodialyse.

Les modalités de prise en charge des patients dont les dossiers sont analysés en 2017 sont tout à fait comparables à celles du recueil 2015, avec pour rappel 74 % de patients hémodialysés en centre, 14 % en unité de dialyse médicalisée, et 11 % en autodialyse, et 36 patients hémodialysés à domicile.

---

<sup>5</sup> Le recueil était obligatoire pour les établissements prenant en charge plus de 10 patients adultes hémodialysés chroniques répondant aux critères d'inclusion : patients adultes hémodialysés qui, en décembre 2016, sont dans le même établissement depuis au moins 6 mois ; et qui ont eu au moins une séance au cours du premier semestre 2016 **ET** au moins 14 séances au total dans l'année 2016.

<sup>6</sup> Rapport sur la dialyse chronique en France en 2016 - SFNDT – Mai 2016.

Critères d'inclusion PMSI	Critères d'exclusion PMSI
<p><b>Pour chaque patient, 2 séances d'hémodialyse réalisées à 6 mois d'intervalle sont sélectionnées :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Soit à partir des Résumés de Sorties Standardisés (RSS) : GHM 28Z04Z</b></li> </ul> <p><b>ET/OU</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Soit à partir des Résumés Standardisés de Facturation (RSF) :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ D09 (hémodialyse en centre) ;</li> <li>▸ D11 (hémodialyse en unité de dialyse médicalisée) ;</li> <li>▸ D12 (autodialyse simple) ;</li> <li>▸ D13 (autodialyse assistée) ;</li> <li>▸ D14 (hémodialyse à domicile).</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Il peut s'agir :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• soit de <b>structures multi-activités</b> ayant une activité d'hospitalisation non limitée à la dialyse (multi activité) et qui, de ce fait, ont l'obligation de produire des données dans le cadre du PMSI : GHM 28Z04Z.</li> <li>• soit de structures <b>mono activité</b> ayant une activité exclusive de dialyse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients âgés de moins de 18 ans ;</li> <li>• Patients décédés.</li> </ul>
	<p><b>Critères d'exclusion secondaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients décédés entre le tirage au sort du dossier et la semaine du recueil.</li> </ul>

## Population analysée

La population de patients étudiée comprend 40 % de femmes ; dans le rapport annuel REIN 2015<sup>2</sup>, la prévalence est de 40 % pour les femmes. Dans la population étudiée, l'âge moyen est de 69,5 ans, l'âge médian est de 71 ans, et plus de 55 % des patients ont 70 ans ou plus. Dans le registre REIN (rapport 2015), l'âge médian est de 70,3 ans, et 62 % des patients ont plus de 65 ans. Nous constatons que la population de l'échantillon analysé est un peu plus âgée que la population décrite dans le registre REIN présentant le taux de prévalence de 2015.

Chez les patients pour lesquels une mesure de la diurèse est retrouvée (10 606 dossiers), 59 % (6 230 dossiers) sont anuriques<sup>7</sup>. La mesure de la diurèse est manquante dans 32 % des dossiers (5 102 dossiers).

Les patients de la population étudiée sont majoritairement hémodialysés depuis plus de 2 ans (69 %).

Les patients de la population étudiée sont majoritairement hémodialysés dans la même structure depuis plus de 2 ans (64 %).

<sup>7</sup> La diurèse tombe en dessous de 100 ml par 24 heures.

## Patients atypiques

Certains patients sont considérés comme atypiques, ce qui permet d'exclure ces dossiers de la comparaison. Le patient atypique est défini comme « un patient dont les valeurs des examens biologiques sont hors normes, dont l'état général est incompatible avec la mesure de certains paramètres ou toute autre cause, précisée par un médecin, rendant les résultats des examens du patient non comparable ».

Il est précisé que « l'appréciation est laissée à la discrétion du clinicien ».

**Parmi les 6 indicateurs recueillis, 3 excluent les patients atypiques de la comparaison :**

- Maîtrise de l'anémie ;
- Appréciation de l'épuration : Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires minimum ;
- Surveillance nutritionnelle : Consultation diététicienne pour patient à risque de dénutrition.

Parmi les 314 structures ayant réalisé le recueil, 232 ont défini des dossiers de patients comme atypiques, représentant 2 142 dossiers parmi les 15 708 retenus pour le recueil, soit 14 % des dossiers retenus.

**Les patients atypiques l'étaient respectivement pour les raisons suivantes :**

- comorbidités ne permettant pas une prise en charge conforme aux recommandations de bonne pratique : 52 % (1 105 dossiers) ;
- non compliance : 21,8 % (467 dossiers) ;
- autres raisons : 18 % (380 dossiers) ;
- modifications cliniques exceptionnelles : 9 % (190 dossiers).

Les structures déclarant au moins un dossier atypique avaient en moyenne 19 % de dossiers atypiques (médiane 13 %). Aucune structure n'a codé tous ses dossiers comme atypiques et le nombre maximum de patient atypiques déclaré dans une structure était de 50. Enfin, 26 % des structures n'ont déclaré aucun patient atypique.

## Informatisation des dossiers patients analysés

Au total, l'analyse a porté sur 15 708 dossiers parmi lesquels 78 % sont entièrement informatisés (versus 67 % en 2015), 21 % le sont partiellement (versus 32 % en 2015) et 0,4 % de dossiers sont non informatisés (2 % en 2015).

Parmi les éléments des dossiers qui sont partiellement informatisés, on retrouve :

- Dosages biologiques : 85 % (2833 dossiers) ;
- Indice de masse corporelle : 62 % (2053 dossiers) ;
- Variation du poids sec : 54 % (1796 dossiers) ;
- Courbe de suivi du poids sec : 50 % (1673 dossiers) ;
- Statut sérologique du patient : 77 % (2545 dossiers) ;
- Prescriptions médicales de dialyse : 67 % (2221 dossiers) ;
- Durée de dialyse : 65 % (2150 dossiers) ;
- Poids en fin de séance : 53 % (1760 dossiers).

## Résultats des indicateurs

### *Pour chaque indicateur sont présentés :*

- *la fiche descriptive de l'indicateur (définition, numérateur, dénominateur, ....) ;*
- *l'analyse nationale des informations recueillies :*
  - ▶ *moyenne nationale inter-établissements pondérée par l'activité des établissements ;*
  - ▶ *nombre d'établissements entrant dans le calcul de la moyenne inter-établissements de l'indicateur (ceux ayant inclus au moins 10 dossiers) ;*
  - ▶ *nombre total de dossiers évalués par l'ensemble des établissements entrant dans le calcul ;*
  - ▶ *des résultats complémentaires (éléments manquants dans les dossiers, et source de non-conformité).*
- *le classement des établissements (nombre et pourcentage) :*
  - ▶ *par rapport à l'objectif de performance. Il permet d'objectiver le nombre et le pourcentage des établissements pour lesquels une marge d'amélioration existe ;*
  - ▶ *en fonction de l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes, pour les indicateurs calculés de la même façon que lors de la campagne précédente. Elle indique si le résultat s'est amélioré de façon statistiquement significative par rapport au recueil précédent.*
- *les principaux constats tirés de ces différents résultats.*

# Indicateur « Maitrise de l'anémie » (ANE)

## Description de l'indicateur

<p><b>Définition</b></p>	<p><b>Proportion de patients pour lesquels, dans les 2 derniers mois :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• une mesure de l'hémoglobine a été réalisée avant le début de la séance de dialyse ;</li> </ul> <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dont la valeur se situe entre 9 et 13g/dl pour les patients sous agent stimulant de l'érythropoïèse (ASE) (ASE+) ou &gt;10g/dl pour les patients sans ASE (ASE-).</li> </ul>
<p><b>Références professionnelles</b></p>	<p><b>NKF-K/DOQI Clinical Practice Guidelines for anemia of chronic kidney disease : update 2000<sup>I</sup> :</b> « The target range for hemoglobin (hematocrit) should be Hgb 11 g/dL (33%) to Hgb 12 g/dL (36%). (Evidence) This target is for Epoetin therapy and is not an indication for blood transfusion therapy. (Opinion) »</p> <p><b>Cibles thérapeutiques définies dans les recommandations de bonnes pratiques<sup>II</sup> (ERA) :</b></p> <p>« Erythropoiesis-stimulating agents (ESAs) should be given to all patients with chronic kidney disease (CKD) with haemoglobin (Hb) levels consistently (i.e. measured twice at least 2 weeks apart) below 11 g/dl [haematocrit (Hct) &lt;33%], where all other causes of anaemia have been excluded. »</p> <p>« In the opinion of the Work Group, in dialysis and nondialysis patients with CKD receiving ESA therapy, the selected Hb target should generally be in the range of 11.0 to 12.0 g/dL. [...]»</p> <p>In dialysis and nondialysis patients with CKD receiving ESA therapy, the Hb target should not be greater than 13.0 g/dL. (Clinical Practice Guideline – MODERATELY STRONG EVIDENCE) ».</p> <p><b>La HAS recommande, au stade de dialyse, une surveillance biologique (NFS plaquettes) toutes les 2 à 6 semaines (selon le contexte)<sup>III</sup>.</b></p> <p><b>De nouvelles recommandations du KDIGO définissent des valeurs acceptables<sup>IV</sup> :</b></p> <p>« 3.4.1: For adult CKD ND patients with Hb concentration ≥10.0 g/dl (≥100 g/l), we suggest that ESA therapy not be initiated. (2D)</p> <p>3.4.2: For adult CKD ND patients with Hb concentration &lt;10.0 g/dl (&lt;100 g/l), we suggest that the decision whether to initiate ESA therapy be individualized based on the rate of fall of Hb concentration, prior response to iron therapy, the risk of needing a transfusion, the risks related to ESA therapy and the presence of symptoms attributable to anemia. (2C)</p> <p><b>Analyse des recommandations :</b></p> <p>Les patients hémodialysés doivent avoir une mesure de l'hémoglobinémie au minimum tous les 2 mois.</p> <p>Les recommandations de bonne pratique fixent les cibles thérapeutiques suivantes : &gt;11g/dl pour les ASE-, 10 à 12g/dl pour les patients ASE+. Cependant elles définissent également comme valeurs acceptables une hémoglobine &gt;10g/dl pour les ASE-, à 9 à 13g/dl pour les patients ASE+.</p> <p>La mise en œuvre d'un traitement ASE pour les patients se situant entre les cibles recommandées et les cibles acceptables se fait en appréciant l'état clinique du patient.</p> <p>ND : non dialysis.</p>

<b>Numérateur</b>	Nombre de patients pour lesquels une mesure de l'hémoglobine, réalisée dans les 2 derniers mois et avant le début de la séance, est retrouvée ET dont le résultat est dans les valeurs acceptables (>10g/dl pour les ASE-, 9 à 13g/dl pour les patients ASE+).
<b>Dénominateur</b>	Nombre de patients inclus.
<b>Critères d'exclusion spécifiques</b>	Patients atypiques. Les patients atypiques sont exclus du calcul du résultat de l'indicateur, les résultats de cette population sont rendus à l'établissement à titre individuel.
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de résultat.
<b>Diffusion publique</b>	Indicateur non diffusé publiquement.

## Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 1. Indicateur « Maîtrise de l'anémie » - Résultats de la campagne 2017 - données 2017

Campagne 2017 – données 2017		
<b>Moyenne nationale pondérée</b> La moyenne pondérée prend en compte la contribution de chaque établissement dans l'activité nationale.	<b>91 %</b>	
Établissements de santé avec plus de 10 dossiers	Nombre d'ES	303
	Nombre de dossiers	13 509
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	314
	Nombre de dossiers	13 566

La moyenne nationale pondérée est de 91 % en 2017.

Au total, 314 établissements ont recueilli cet indicateur, mais seulement 303 établissements ont évalué plus de 10 dossiers. Leurs résultats ont été pris en compte dans le comparatif inter-établissements.

Tableau 2. Indicateur « Maîtrise de l'anémie » - Causes de non-conformité à l'indicateur (\*\*)

Mesure non retrouvée	Mesure retrouvée mais non datée	Mesure retrouvée mais non réalisée en début de séance	Mesure retrouvée mais non réalisée au cours des deux derniers mois	Patient ASE traité par agent stimulant de l'érythropoïétine (ASE+) (N = 11 400)		Patient non traité par agent stimulant de l'érythropoïétine (ASE-) (N = 2 090)
				Mesure hors cible		
				< 9 g/dl	> 13 g/dl	
1 %	0 %	0 %	2 %	3,6 %	4,4 %	3 %

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

## Résultats complémentaires

La moyenne nationale pondérée de l'ensemble des dossiers a diminué de 1 point par rapport au précédent recueil en 2015 (92 %).

La proportion de dossiers dans lesquels, dans les 2 derniers mois, une mesure de l'hémoglobine est réalisée avant le début de séance est de 97 %. Pour les dossiers des patients considérés comme atypiques, le taux moyen d'hémoglobine conforme aux recommandations de bonne pratique est de 85 %. Certaines régions présentent des taux au-dessus de la moyenne nationale : la Nouvelle Aquitaine et les pays de la Loire (94 %), les régions PACA et Centre-Val de Loire (93 %). A contrario, d'autres régions présentent des taux de presque 10 points en dessous de la moyenne nationale : l'Océan Indien (82 %), la Guadeloupe (83 %), la Martinique (85 %), et une seule région présente un taux de 49 points en dessous de la moyenne nationale : la Guyane (42 %).

## Classement des établissements en fonction de leurs résultats

### Distribution des établissements en fonction de leurs résultats

La variabilité inter-établissements existe et s'étend de 0 % à 100 % (cf tableau 24 et graphique 5, Annexe II). 50 % des établissements ont une moyenne supérieure ou égale à 93 %.

Les trois quarts des établissements comportent une trace de la mesure de la maîtrise de l'anémie dans presque 9 dossiers sur 10.

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

Tableau 3. Indicateur « Maitrise de l'anémie » - Positionnement des établissements au regard de l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2015 - 2017)

Sens de l'évolution	Indicateur : Maitrise de l'anémie						Total
							
Données	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	N
2017	15	5,5	241	88,6	16	5,9	272

Parmi les 272 établissements qui ont réalisé les deux dernières campagnes, 5,5 % ont augmenté significativement leur taux de conformité entre les deux campagnes. Près de 90 % des établissements n'ont pas connu d'évolution significative de leur taux de conformité. Enfin, 5,9 % des établissements ont diminué significativement leur taux de conformité entre les deux campagnes.

#### Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Maitrise de l'anémie » :

- Le taux moyen national pondéré de patients pour lesquels sont retrouvés une mesure de l'hémoglobine réalisée au cours des 2 derniers mois, avant le début de la séance de dialyse et dont le résultat se situe dans les cibles thérapeutiques (> 10 g/dl pour les patients ASE-, 9 à 13 g/dl pour les patients ASE+) est de 91%. Il a diminué d'un point depuis la campagne 2015.
- La variabilité nationale persiste (0 % - 100 %), et est confirmée par les disparités régionales (cf. annexes II et III) allant de 42 % (Guyane) à 94 % (Nouvelle Aquitaine et Pays de la Loire).
- La non-conformité est plus souvent due à une mesure retrouvée mais non réalisée au cours des deux derniers mois.

# Indicateur « Surveillance du statut martial du patient traité par ASE »

## Description de l'indicateur

<b>Définition</b>	<p><b>Proportion de patients ASE+ pour lesquels, dans les 3 derniers mois, ont été réalisés :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un dosage de la ferritine (à distance de la dernière supplémentation en fer I.V) ;</li> </ul> <p><b>ET</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• une mesure du coefficient de saturation de la transferrine OU une mesure du pourcentage d'hématies hypochromes OU une mesure de la concentration en hémoglobine des réticulocytes.</li> </ul>
<b>Références professionnelles</b>	<p>« Tous les patients dialysés ayant une anémie traitée par un ASE doivent recevoir une supplémentation en fer pour maintenir ou atteindre les cibles d'hémoglobinémie (Grade B)<sup>V</sup>.</p> <p>La voie intraveineuse est la voie optimale pour l'administration du fer chez les patients en hémodialyse (Grade A). La dose d'ASE doit être ajustée suivant l'évolution de l'hémoglobinémie sous traitement.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pendant la phase de correction initiale, l'hémoglobinémie doit être surveillée toutes les deux à quatre semaines. [...]</li> <li>• Pendant la phase d'entretien, l'hémoglobinémie une fois stabilisée sera surveillée tous les un à deux mois [...]</li> </ul> <p>Les réserves en fer doivent être régulièrement évaluées par le dosage de la ferritinémie. Les mesures devront être réalisées au moins une semaine après l'arrêt de toute administration intraveineuse de fer (Grade B). Pour rechercher un déficit fonctionnel en fer, le pourcentage de globules rouges hypochromes est le marqueur le plus sensible. Si cette mesure n'est pas disponible, la saturation de la transferrine peut être utilisée. La concentration corpusculaire moyenne en hémoglobine des réticulocytes est une autre option pour rechercher un déficit fonctionnel en fer (Grade B). »</p> <p><b>Analyse de la recommandation :</b></p> <p>La réserve en fer des patients ASE+ en traitement d'entretien doit être régulièrement évaluée.</p>
<b>Numérateur</b>	<p><b>Nombre de patients ASE+ pour lesquels, dans les 3 derniers mois, ont été réalisés :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un dosage de la ferritine au moins 6 jours après la dernière supplémentation en fer intraveineux (IV) ;</li> </ul> <p><b>ET</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• une deuxième mesure permettant d'évaluer le statut martial du patient : une mesure du coefficient de saturation de la transferrine OU une mesure du pourcentage d'hématies hypochromes OU une mesure de la concentration en hémoglobine des réticulocytes.</li> </ul>
<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre de patients ASE+ inclus.</p>
<b>Type d'indicateur</b>	<p>Indicateurs de processus. Ajustement sur le risque : non.</p>

<b>Diffusion publique</b>	Indicateur diffusé publiquement (anciennement inclus dans le score agrégé « Suivi des patients hémodialysés » (SPH) qui était diffusé publiquement en 2015).
---------------------------	--

## Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 4. Indicateur « Surveillance du statut martial du patient traité par ASE » - Résultats de la campagne 2017 - données 2017

Campagne 2017 – données 2017		
<b>Moyenne nationale pondérée</b> La moyenne pondérée prend en compte la contribution de chaque établissement	<b>84 %</b>	
Établissements de santé avec plus de 10 dossiers	Nombre d'ES	308
	Nombre de dossiers	13 347
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	314
	Nombre de dossiers	13 378

La moyenne nationale pondérée est de 84 % en 2017.

Au total, 314 établissements ont recueilli cet indicateur, mais seulement 308 établissements ont évalué plus de 10 dossiers. Leurs résultats ont été pris en compte dans le comparatif inter-établissements.

Tableau 5. Indicateur « Surveillance du statut martial du patient traité par ASE » - Causes de non-conformité à l'indicateur

	Mesure non retrouvée	Mesure retrouvée mais non datée	Mesure retrouvée mais non réalisée au cours des 3 derniers mois	Patient ayant reçu une supplémentation en fer I.V moins de 6 jours avant le dernier dosage de la ferritine
Ferritinémie	1 %	0 %	2 %	16 %
Coefficient de saturation de la transferrine	1 %	0 %	3 %	
Pourcentage d'hématies hypochromes	76 %	0 %	1 %	
Concentration en hémoglobine des réticulocytes	60 %	0 %	1 %	

### Résultats complémentaires

La moyenne de l'ensemble des dossiers a progressé de 4 points par rapport au précédent recueil en 2015 (passage de 80 % à 84 %).

Dans 16 % des dossiers, la dernière supplémentation en fer intra-veineux (I.V) a lieu trop précocement avant le dernier dosage de la ferritine (moins de 6 jours avant). Au niveau régional, une

région présente un taux supérieur de presque 10 points à la moyenne nationale, la Normandie (93 %) ; a contrario, 3 régions présentent des taux de 30 points ou plus en dessous de la moyenne nationale : la Martinique (54 %), la Guadeloupe (51 %), et la Guyane (47 %). Une région présente un taux de plus de 40 points en dessous de la moyenne nationale la Corse (42 %).

## Classement des établissements en fonction de leurs résultats

### Distribution des établissements en fonction de leurs résultats

La variabilité inter-établissements existe et s'étend de 0 % à 100 % (cf tableau 25 et graphique 6, annexe III). 50 % des établissements ont une moyenne supérieure ou égale à 95 %.

Pour les trois quarts des établissements, une trace de la surveillance du statut martial du patient est retrouvée dans plus de 7 dossiers sur 10.

### Classement des établissements en fonction de l'objectif de performance

Tableau 6. Indicateur « Surveillance du statut martial du patient traité par ASE » - Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %

Données	Indicateur : Surveillance du statut martial du patient traité par ASE						
	Objectif de performance dépassé Classe A		Objectif de performance atteint Classe B		Objectif de performance non atteint Classe C		Total
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
2017	149	48,4	98	31,8	61	19,8	308

Parmi les 308 établissements de santé avec plus de 10 dossiers inclus, 48,4 % ont dépassé l'objectif national de performance de 80 % et sont en classe A<sup>8</sup> ; 31,8 % ont atteint l'objectif national de performance de 80 % et sont en classe B.

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

Tableau 7. Indicateur « Surveillance du statut martial du patient traité par ASE » - Positionnement des établissements au regard de l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2015 - 2017)

Sens de l'évolution	Indicateur : Surveillance du statut martial du patient traité par ASE						Total
							
Données	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	N
2017	66	23,7	179	64,4	33	11,9	278

Parmi les 278 établissements qui ont réalisé les deux dernières campagnes, 23,7 % ont augmenté significativement leur taux de conformité entre les deux campagnes ; 64,4 % des établissements n'ont pas connu d'évolution significative de leur taux de conformité. Enfin, 11,9 % des établissements ont diminué significativement leur taux de conformité entre les deux campagnes.

<sup>8</sup> Explication du positionnement par rapport à l'objectif de performance en annexe 1 : Méthode de recueil et d'analyse.

**Principaux constats sur les résultats de l'indicateur «Surveillance du statut martial du patient traité par ASE » :**

- Le taux moyen national pondéré de patients sous ASE pour lesquels, au cours des 3 derniers mois, ont été réalisés i) un dosage de la ferritine au moins 6 jours après la dernière supplémentation en fer intraveineux ET ii) une deuxième mesure permettant d'évaluer le statut martial du patient (cf description de l'indicateur) est de 84%.
- Ce taux national a progressé de 4 points par rapport à la campagne 2015.
- La variabilité nationale persiste (0 % - 100 %), et est confirmée par les disparités régionales (cf. annexes II et III) allant de 42 % (Corse) à 93 % (Normandie).
- En 2017, 80,2 % des établissements ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % (classe A et B).

# Indicateur « Appréciation de l'épuration - Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires »

## Description de l'indicateur

<b>Définition</b>	Proportion de patients ayant une prescription d'au moins 3 séances de dialyse d'une durée totale d'au moins 12 heures par semaine, au cours de la semaine analysée.
<b>Références professionnelles<sup>VI,VII</sup></b>	<p>« Dialysis should be delivered at least 3 times per week and the total duration should be at least 12 h per week, unless supported by significant renal function [...] (Evidence level III)</p> <p>« Guideline 1.1: Dialysis should be delivered at least 3 times per week and the total duration should be at least 12 h per week, unless supported by significant renal function. See also Guideline 4.1. (Evidence level III)</p> <p>Guideline 1.2 : An increase in treatment time and/or frequency should be considered in patients with haemodynamic or cardiovascular instability. (Evidence level II)</p> <p>Guideline 1.3: Dialysis treatment time and/or frequency should be increased in patients who remain hypertensive despite maximum possible fluid removal. (Evidence level III)</p> <p>Guideline 1.4 : An increase of treatment time and/or frequency should be considered in patients with impaired phosphate control. (Evidence level III)</p> <p>Guideline 1.5 : An increase of dialysis time and/or frequency should be considered in malnourished patients. (Opinion) »</p> <p><b>Analyse des recommandations :</b></p> <p>Les patients anuriques doivent être dialysés au moins 3 fois par semaine et au moins 12 heures. Le groupe de travail a pris la décision d'élargir l'indicateur à l'ensemble de la population hémodialysée. Le nombre des séances et la durée hebdomadaire de dialyse sont à définir pour chaque patient en tenant compte de ses comorbidités et de sa tolérance. Certains patients sont ainsi dialysés plus de 12h hebdomadaires en 3 séances ou plus.</p> <p>L'indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la proportion de patients ayant une prescription d'au moins 3 séances de dialyse d'une durée totale d'au moins 12 heures par semaine.</p>
<b>Numérateur</b>	Nombre de patients pour lesquels une prescription d'au moins 3 séances de dialyse d'une durée totale d'au moins 12 heures est retrouvée pour la semaine analysée.
<b>Dénominateur</b>	Nombre de patients inclus.
<b>Critères d'exclusion secondaires</b>	<p>Patients atypiques ;</p> <p>Les patients atypiques sont exclus du calcul du résultat de l'indicateur, les résultats de cette population sont rendus à l'établissement à titre individuel.</p>
<b>Type d'indicateur</b>	<p>Indicateurs de processus.</p> <p>Ajustement sur le risque : non.</p>

<b>Diffusion publique</b>	Indicateur diffusé publiquement (anciennement inclus dans le score agrégé « Appréciation de la qualité de la dialyse » (AQD)).
---------------------------	--

## Analyse nationale des informations recueillies

**Tableau 8. Indicateur « Appréciation de l'épuration - Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires » - Résultats de la campagne 2017 - données 2017**

Campagne 2017 – données 2017		
<b>Moyenne nationale pondérée</b> La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement	<b>86 %</b>	
Établissements de santé avec plus de 10 dossiers	Nombre d'ES	303
	Nombre de dossiers	13 509
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	314
	Nombre de dossiers	13 566

La moyenne nationale pondérée est de 86 % en 2017.

Au total, 314 établissements ont recueilli cet indicateur, mais seulement 303 établissements ont évalué plus de 10 dossiers. Leurs résultats ont été pris en compte dans le comparatif inter-établissements.

**Tableau 9 : Indicateur « Appréciation de l'épuration - Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires » - Causes de non-conformité à l'indicateur**

Prescriptions des séances de dialyse non retrouvées		Prescriptions de moins de 3 séances de dialyse par semaine		Au moins une durée de dialyse prescrite manquante		Prescriptions de moins de 12 heures de dialyse par semaine	
N	%	N	%	N	%	N	%
49	0 %	275	2 %	20	0 %	1 911	14 %

### Résultats complémentaires

La moyenne de l'ensemble des dossiers a progressé de 5 points par rapport au précédent recueil en 2015, soit 86 %.

Pour les patients dialysés en centre, le taux moyen de prescriptions de 3 séances et 12 heures hebdomadaires est de 81 %, et il est respectivement de 89 % et de 90 % en unité de dialyse médicalisée et en autodialyse.

Chez les patients avec diurèse résiduelle renseignée, 89 % des patients anuriques ont une prescription de dialyse supérieure ou égale à 12 heures contre 79 % pour les patients non anuriques.

Pour les dossiers des patients considérés comme atypiques (N=2 142), le taux moyen de patients ayant eu une prescription d'au moins 3 séances de dialyse d'une durée totale de 12 heures par semaine est de 47 % (N=1 012).

Au niveau régional, 3 régions présentent un taux supérieur ou égal à 90 % : la Martinique (90 %), les Hauts de France (90 %) et la région PACA (92 %). A contrario, une seule région présente un taux de plus de 40 points en dessous de la moyenne nationale : la Guyane (43 %).

## Classement des établissements en fonction de leurs résultats

### Distribution des établissements en fonction de leurs résultats

La variabilité inter-établissements existe et s'étend de 15 % à 100 % (cf tableau 26 et graphique 7, annexe III). 50 % des établissements ont une moyenne supérieure ou égale à 90 %.

Les trois quarts des établissements comportent une prescription de 3 séances de dialyse d'une durée totale d'au moins 12 heures hebdomadaires dans plus de 80 % des dossiers.

### Classement des établissements en fonction de l'objectif de performance

Tableau 10. Indicateur « Appréciation de l'épuration - Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires » - Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %

Données	Indicateur : « Appréciation de l'épuration - Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires »						
	Objectif de performance dépassé <i>Classe A</i>		Objectif de performance atteint <i>Classe B</i>		Objectif de performance non atteint <i>Classe C</i>		Total
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
2017	112	37,0	150	49,5	41	13,5	303

Parmi les 303 établissements de santé avec plus de 10 dossiers inclus, 37 % ont dépassé l'objectif national de performance de 80 % et sont en classe A ; 49,5 % ont atteint l'objectif national de performance de 80 % et sont en classe B.

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

Tableau 11. Indicateur « Appréciation de l'épuration - Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires » - Positionnement des établissements au regard de l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2015 - 2017)

Sens de l'évolution	Indicateur : « Appréciation de l'épuration - Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires »						Total
							
Données	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	N
2017	47	17,3	214	78,7	11	4,0	272

Parmi les 272 établissements qui ont réalisé les deux dernières campagnes, 17,3 % ont augmenté significativement leur taux de conformité entre les deux campagnes. Près de 79 % des établissements n'ont pas connu d'évolution significative de leur taux de conformité. Enfin, 4 % des établissements ont diminué significativement leur taux de conformité entre les deux campagnes.

### **Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Appréciation de l'épuration - Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires »**

- Le taux moyen pondéré national de patients pour lesquels est retrouvée une prescription d'au moins 3 séances de dialyse d'une durée totale d'au moins 12 heures hebdomadaires pour la semaine analysée est de 86 %. Il a progressé de 5 points par rapport à la campagne 2015.
- La variabilité nationale persiste (15 % - 100 %), elle est confirmée par les disparités régionales (cf. annexes II et III) allant de 43 % (Guyane) à 92 % (PACA).
- En 2017, 86,5 % des établissements ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % (classe A et B).
- La non-conformité est plus souvent due à une prescription de moins de 12 heures de dialyse par semaine (14 %).

# Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel »

## Description de l'indicateur

<b>Définition</b>	<p><b>Proportion de patients pour lesquels a été réalisée une surveillance nutritionnelle datant de moins de 6 mois et comprenant l'évaluation de 3 critères parmi les 4 suivants :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• indice de Masse Corporelle (IMC) ;</li> <li>• dosage de l'albumine (g/l) ;</li> <li>• calcul du nPCR ;</li> <li>• pourcentage de la variation du poids sec dans les 6 derniers mois.</li> </ul>
<b>Références professionnelles<sup>VIII</sup></b>	<p>« In patients &gt;50 years of age, and patients undergoing maintenance dialysis for more than 5 years, nutritional status should be monitored every 3 months (Opinion).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Guideline 2.1. Diagnosis of malnutrition :</b></li> </ul> <p><i>Malnutrition should be diagnosed by a number of assessment tools including (Opinion) :</i></p> <p>- (A) Dietary assessment; - (B) Body mass index [...] ; - (E) nPNA; - (F) Serum albumin [...]</p> <p><b>(B) Body mass index :</b> Haemodialysis patients should maintain a BMI &gt;23.0 (Evidence level III)</p> <p><b>(F) Serum albumin and serum prealbumin :</b></p> <p>- Serum albumin should be above 40 g/l by bromocresol green method (Evidence level III).</p> <p>- For other albumin assessment methods the target values should be adapted to the above (Opinion).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Guideline 2.2. Monitoring and follow-up of nutritional status :</b></li> </ul> <p><i>(A) Dietary interviews :</i></p> <p>- Stable and well-nourished haemodialysis patients should be interviewed by a qualified dietitian every 6-12 months or every 3 months if they are over 50 years of age or on haemodialysis for more than 5 years (Evidence level III).</p> <p>- Malnourished haemodialysis patients should undergo at least a 24h dietary recall more frequently until improved (Opinion). »</p> <p><b>Analyse des recommandations :</b></p> <p>Les professionnels du groupe de travail se sont accordés sur le fait que les patients dialysés devraient être suivis tous les 6 mois sur le plan nutritionnel. Le dépistage de la dénutrition peut se faire par plusieurs outils dont l'indice de masse corporelle (IMC), le dosage de l'albumine sérique, le nPCR et la variation du poids sec en 6 mois.</p>
<b>Numérateur</b>	<p>Nombre de patients pour lesquels 3 des 4 critères suivants sont retrouvés dans les 6 derniers mois : IMC, albuminémie, nPCR, et pourcentage de la variation du poids sec en 6 mois.</p>
<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre de patients inclus.</p>

<b>Type d'indicateur</b>	Indicateurs de processus. Ajustement sur le risque : non.
<b>Diffusion publique</b>	Oui (anciennement inclus dans le score agrégé « Suivi des patients hémodialysés » (SPH) qui était diffusé publiquement en 2015).

## Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 12. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel » - Résultats de la campagne 2017 - données 2017

Campagne 2017 – données 2017		
<b>Moyenne nationale pondérée</b> La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement	<b>93 %</b>	
Etablissements de santé avec plus de 10 dossiers	Nombre d'ES	309
	Nombre de dossiers	15 678
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	314
	Nombre de dossiers	15 708

La moyenne nationale pondérée est de 93% en 2017.

Au total, 314 établissements ont recueilli cet indicateur, mais seulement 309 établissements ont évalué plus de 10 dossiers. Leurs résultats ont été pris en compte dans le comparatif inter-établissements.

Tableau 13. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel » - Causes de non-conformité à l'indicateur - Campagne 2017 - données 2017

N = 15 708	Mesure non retrouvée	Mesure retrouvée mais non datée	Mesure retrouvée mais non réalisée au cours des six derniers mois
IMC	4 %	1 %	5 %
Albuminémie	1 %	0 %	1 %
nPCR	29 %	0 %	1 %
Variation du poids sec en 6 mois	7 %	2 %	2 %

### Résultats complémentaires

La moyenne de l'ensemble des dossiers a progressé de 6 points par rapport au précédent recueil en 2015 : passage de 87% à 93%.

Les mesures de moins de 6 mois sont retrouvées en moyenne pour l'albuminémie dans presque tous les dossiers analysés (15 486 dossiers / 99%) comme en 2015 (98%), l'IMC dans 14 169 dossiers analysés

(90% versus 86% en 2015), le pourcentage de variation du poids sec dans 13 960 dossiers analysés (89% versus 83 % en 2015) et le nPCR dans 10 881 dossiers analysés (69% versus 63% en 2015).

92% des dossiers comportent une évaluation avec 3 ou 4 critères complets évalués ; et seulement 8% des dossiers comportent moins de 3 critères complets évalués.

Que les patients soient dialysés en centre, en unité de dialyse médicalisée ou en autodialyse, le taux de surveillance de 3 critères parmi les 4 est identique : 91,5% en UDM, 92% en centre, 92,7% en autodialyse ; versus 81,8% à domicile.

Pour les dossiers des patients considérés comme atypiques, le taux moyen de dossiers dans lesquels sont retrouvés au moins 3 des critères proposés dans les 6 derniers mois est de 89,9 % ; et chez les patients considérés comme non atypiques, ce taux moyen est de 92,4%.

Au niveau régional, l'Occitanie présente un taux supérieur de plus de 5 points à la moyenne nationale (99%). A contrario, 2 régions présentent un taux de plus de 10 points en dessous de la moyenne nationale : la Guadeloupe (81%) et la Normandie (80%). La Martinique possède un taux de plus de 20 points en dessous de la moyenne nationale (68%), la Corse un taux de plus de 50 points (40%), et la Guyane un taux de presque 70 points en dessous de la moyenne nationale (26%).

## Classement des établissements en fonction de leurs résultats

### Distribution des établissements en fonction de leurs résultats

La variabilité inter-établissements existe et s'étend de 0 % à 100 % (cf tableau 27 et graphique 8, annexe II). 50 % des établissements ont une moyenne supérieure ou égale à 98 %.

Les trois quarts des établissements tracent une surveillance nutritionnelle du patient dans plus de 9 dossiers patient sur 10.

### Classement des établissements en fonction de l'objectif de performance

Tableau 14. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel » - Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %

Données	Indicateur : Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel						
	Objectif de performance dépassé <i>Classe A</i>		Objectif de performance atteint <i>Classe B</i>		Objectif de performance non atteint <i>Classe C</i>		Total
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
2017	238	77,0	48	15,5	23	7,4	309

Parmi les 309 établissements de santé avec plus de 10 dossiers inclus, 77 % ont dépassé l'objectif national de performance de 80 % et sont en classe A ; 15,5 % ont atteint l'objectif national de performance de 80 % et sont en classe B.

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

Tableau 15. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel » - Positionnement des établissements au regard de l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2015 - 2017)

Sens de l'évolution	Indicateur : Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel			Total
				

Données	Indicateur : Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel						Total
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	N
2017	62	22,1	201	71,8	17	6,1	280

Parmi les 280 établissements qui ont réalisé les deux dernières campagnes, 22,1 % ont augmenté significativement leur taux de conformité entre les deux campagnes ; 71,8% des établissements n'ont pas connu d'évolution significative de leur taux de conformité. Enfin, 6,1% des établissements ont diminué significativement leur taux de conformité entre les deux campagnes.

#### Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel »

- Le taux moyen national pondéré de dossiers dans lesquels sont retrouvés au cours des 6 derniers mois 3 critères parmi les 4 proposés (IMC, dosage de l'albumine (g/l), calcul du nPCR et le pourcentage de la variation du poids sec dans les 6 derniers mois) permettant de surveiller les patients sur le plan nutritionnel est de 93 %. Ce taux a progressé de 6 points par rapport à la campagne nationale 2015.
- La variabilité nationale persiste (0 % - 100 %), elle est confirmée par les disparités régionales (cf. annexes II et III) allant de 26 % (Guyane) à 99 % (Occitanie).
- En 2017, 92,5 % des établissements ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % (classe A et B).
- La non-conformité est plus souvent due à l'absence de trace de la nPCR (29 %).

# Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Consultation diététicienne »

## Description de l'indicateur

<p><b>Proportion de patients à risque* pour lesquels on retrouve la trace d'une consultation avec une diététicienne, réalisée ou programmée dans les 3 mois suivant les résultats de l'évaluation de la surveillance nutritionnelle.</b></p> <p><b>*si 2 critères sont en dehors des cibles :</b> IMC &lt; 23, albuminémie &lt; 38 g/l (méthode vert de bromocrésol) ou &lt; 35 g/l (méthode de néphélométrie) ou nPCR &lt; 0,8 g/kg/j ou perte de poids sec en 6 mois &gt; 10 %.</p>	
<p><b>Références professionnelles</b> <sup>VIII</sup></p>	<p>« In patients &gt;50 years of age, and patients undergoing maintenance dialysis for more than 5 years, nutritional status should be monitored every 3 months (Opinion).</p> <p><b>Malnutrition should be diagnosed by a number of assessment tools including (Opinion) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (A) Dietary assessment; - (B) Body mass index ; - (E) nPNA; - (F) Serum albumin [Haemodialysis patients should maintain a BMI &gt;23.0 (Evidence level III)]</li> </ul> <p><b>(F) Serum albumin and serum prealbumin</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Serum albumin should be above 40 g/l by bromocresol green method (Evidence level III).</li> <li>- For other albumin assessment methods the target values should be adapted to the above (Opinion).</li> </ul> <p><b>(A) Dietary interviews</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stable and well-nourished haemodialysis patients should be interviewed by a qualified dietitian every 6–12 months or every 3 months if they are over 50 years of age or on haemodialysis for more than 5 years (Evidence level III).</li> <li>- Malnourished haemodialysis patients should undergo at least a 24h dietary recall more frequently until improved (Opinion). »</li> </ul> <p><b>Analyse des recommandations :</b></p> <p>Les professionnels considèrent que les patients dépistés présentant un risque nutritionnel doivent bénéficier d'une consultation avec une diététicienne. Sont considérés à risque les patients <b>dont 2 des critères suivants sont en dehors des cibles</b> : IMC (indice de masse corporelle) &lt; 23, albuminémie &lt; 38 g/l [méthode vert de bromocrésol] ou &lt; 35 g/l [méthode de néphélométrie] ou nPCR &lt; 0.8 g/kg/j ou perte de poids sec en 6 mois &gt; 10%.</p>
<p><b>Numérateur</b></p>	<p>Nombre de patients pour lesquels la trace d'une consultation avec une diététicienne, réalisée ou programmée, est retrouvée dans les 3 mois suivant les résultats de deux critères en dehors des cibles.</p>
<p><b>Dénominateur</b></p>	<p><b>Nombre de patients inclus qui ont eu :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une surveillance nutritionnelle datant de moins de 6 mois</li> </ul> <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dont les résultats de 2 des critères sont en dehors des cibles.</li> </ul>

<b>Critères d'exclusion secondaires</b>	Patients atypiques ; Les patients atypiques sont exclus du calcul du résultat de l'indicateur, les résultats de cette population sont rendus à l'établissement à titre individuel.
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateurs de processus. Ajustement sur le risque : non.
<b>Diffusion publique</b>	Non

## Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 16. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Consultation diététicienne » - Résultats de la campagne 2017 - données 2017

Campagne 2017 – données 2017		
<b>Moyenne nationale pondérée</b> La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement	<b>60 %</b>	
Établissements de santé avec plus de 10 dossiers	Nombre d'ES	114
	Nombre de dossiers	1 711
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	292
	Nombre de dossiers	2 594

La moyenne nationale pondérée est de 60% en 2017.

Au total, 292 établissements ont recueilli cet indicateur, mais seulement 114 établissements ont évalué plus de 10 dossiers. Leurs résultats ont été pris en compte dans le comparatif inter-établissements.

Tableau 17. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Consultation diététicienne » - Causes de non-conformité à l'indicateur

N = 2 594	Non retrouvée	Retrouvée mais non datée	Retrouvée mais non réalisée les trois mois suivant les résultats de surveillance nutritionnelle
Trace d'une consultation diététicienne réalisée ou programmée	32 %	2 %	14 %

Parmi les 14 464 dossiers pour lesquels une évaluation du statut nutritionnel du patient a été réalisée (évaluation de 3 critères parmi les 4 suivants : IMC, dosage de l'albumine, calcul du nPCR, pourcentage de la variation du poids sec) dans les 6 derniers mois, 2 594 dossiers patients (soit 17,93 %), sont considérés à risque (2 critères évalués en dehors des cibles).

Parmi les 2 594 dossiers de patients à risque (17,93 %), une consultation réalisée ou programmée dans les 3 mois a été retrouvée dans 52 % des dossiers (1 343). Pour les patients atypiques, ces informations sont retrouvées dans 40% des dossiers.

## Résultats complémentaires

La moyenne nationale pondérée a progressé de 17 points par rapport à la campagne 2015.

Au niveau régional, la région PACA présente un taux supérieur de 15 points à la moyenne nationale (75%), la Martinique un taux supérieur de plus de 30 points (94%). A contrario, la Bretagne et l'Auvergne-Rhône-Alpes présentent un taux de plus de 10 points en dessous de la moyenne nationale (48%), l'Occitanie un taux de plus de 25 points (34%), les Pays de la Loire un taux de presque 30 points (32%), et la Bourgogne-Franche-Comté un taux de plus de 40 points (19%).

## Classement des établissements en fonction de leurs résultats

### Distribution des établissements en fonction de leurs résultats

La variabilité inter-établissements existe et s'étend de 0 % à 100 % (cf tableau 28 et graphique 9, annexe II). 50 % des établissements ont une moyenne supérieure ou égale à 62 %. 29,8% des établissements ont une moyenne supérieure à la moyenne nationale, 33,3% ont une moyenne non différente de la moyenne nationale, et 36,8% des établissements ont une moyenne inférieure à la moyenne nationale.

Les trois quarts des établissements tracent la consultation diététicienne dans à peine 3 dossiers sur 10.

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

Tableau 18. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Consultation diététicienne » - Positionnement des établissements au regard de l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2015-2017)

Sens de l'évolution	Indicateur : Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Consultation diététicienne »						Total
Données	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	N
2017	9	14,5	48	77,4	5	8,1	62

Parmi les 62 établissements qui ont réalisé les deux dernières campagnes, 14,5 % ont augmenté significativement leur taux de conformité entre les deux campagnes ; 77,4% des établissements n'ont pas connu d'évolution significative de leur taux de conformité. Enfin, 8,1% des établissements ont diminué significativement leur taux de conformité entre les deux campagnes.

### Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Surveillance nutritionnelle - Consultation diététicienne »

- Le taux moyen national pondéré de dossiers de patients à risque de dénutrition dans lesquels est retrouvée une consultation avec une diététicienne réalisée ou programmée dans les 3 mois suivant les résultats est de 60 %. Ce taux moyen national a progressé de 17 points par rapport à la campagne 2015.
- La variabilité nationale persiste (0 % - 100 %) et est confirmée par les disparités régionales (cf. annexes II et III) allant de 19 % (Bourgogne-Franche-Comté) à 94 % (Martinique).
- La non-conformité est plus souvent due à l'absence de trace d'une consultation diététicienne dans le dossier du patient (32 %).

# Indicateur « Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation »

## Description de l'indicateur

<b>Définition</b>	Proportion de patients ayant une évaluation de l'accès à la transplantation datant de moins d'un an ou présentant une contre-indication définitive à la transplantation.
<b>Références professionnelles</b>	<p><b>European best Practice Guidelines for Renal Transplantation</b> <sup>IX</sup> :</p> <p>« All patients with end-stage renal disease (ESRD) should be considered for renal transplantation unless they have absolute contra-indications, because renal transplantation offers a better life expectancy and quality of life than dialysis (Evidence level A).</p> <p>Due to possible rapid change in the waiting recipient's medical condition, an update at regular intervals is recommended to avoid unexpected risks at the time of an offer of transplantation (Evidence level C).</p> <p>Assessment may be performed every 6-12 months depending on the age and condition of the recipient (Evidence level C) ».</p> <p><b>Guideline 1.7 - Access to renal transplantation</b> <sup>X</sup> :</p> <p>« All CKD 5 patients and CKD 4 patients with progressive disease should have their suitability for transplantation assessed annually and appropriate patients should be referred to a transplant centre. When transplantation is considered inappropriate the reason(s) should be documented. Patients should be placed on, or removed from the waiting list only after discussion and agreement with the nephrologist, transplant surgeon and the patient themselves according to local practice. »</p> <p><b>Analyse des recommandations :</b></p> <p>La transplantation rénale est considérée, pour les patients pour lesquels la greffe est indiquée, comme le traitement de suppléance le plus efficace, plus efficace et moins coûteux que les autres stratégies de dialyse évaluées, quel que soit l'âge, tout patient dialysé doit être évalué pour la transplantation rénale au moins annuellement à l'exception des patients présentant une contre-indication définitive.</p>
<b>Numérateur</b>	Nombre de patients pour lesquels le dossier comporte la trace de l'évaluation de l'accès à la transplantation datant de moins d'un an ou d'une contre-indication définitive à la transplantation.
<b>Dénominateur</b>	Nombre de patients dialysés inclus.
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
<b>Diffusion publique</b>	Oui, première diffusion publique en 2017.

## Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 19. Indicateur « Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation » - Résultats de la campagne 2017 - données 2017

Campagne 2017 – données 2017		
<b>Moyenne nationale pondérée</b> La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement		<b>86 %</b>
Établissements de santé avec plus de 10 dossiers	Nombre d'ES	309
	Nombre de dossiers	15 678
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	314
	Nombre de dossiers	15 708

La moyenne nationale pondérée est de 86% en 2017. Elle a progressé de 12 points par rapport à la campagne 2015.

Au total, 314 établissements ont recueilli cet indicateur, mais seulement 309 établissements ont évalué plus de 10 dossiers. Leurs résultats ont été pris en compte dans le comparatif inter-établissements.

### Résultats complémentaires

Tableau 20. Indicateur « Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation » - Moyenne pondérée en fonction de la classe d'âge (< 50 ans ou > 50 ans et < 70 ans ou > 70 ans)

	Proportion de patients ayant une évaluation annuelle de l'accès à la transplantation ou présentant une contre-indication définitive à la transplantation 2017
Pour les patients âgés de moins de 50 ans	77 %
Pour les patients âgés de plus de 50 ans	87 %
Pour les patients âgés de moins de 70 ans	81 %
Pour les patients âgés de plus de 70 ans	90 %

L'évaluation annuelle de l'accès à la transplantation est présente dans 77% des dossiers chez les patients âgés de moins de 50 ans, et dans 90% des dossiers chez les plus de 70 ans.

Cette évaluation est présente dans plus de 81% des dossiers de patients dialysés en unité de dialyse médicalisée et en autodialyse et dans 88% des dossiers de patients dialysés en centre.

#### Parmi les 15 708 dossiers évalués :

- 3 063 (19,5%) ne présentent pas de contre-indication,
- 2 304 (15%) présentent des contre-indications à réévaluer,
- 7 956 (51%) présentent des contre-indications définitives,
- 1 078 (6,86%) n'ont pas de statut défini (information non retrouvée),
- 1 307 (8,3%) présentent un refus du patient pour une transplantation.

### Parmi les 15 708 dossiers évalués :

- 10 887 (69,3%) concernent des patients hémodialysés pour la période actuelle depuis plus de 2 ans et 4 509 (28,7%) concernent des patients hémodialysés depuis moins de 2 ans pour la période actuelle,
- 5 362 (34%) sont des dossiers de patients hémodialysés depuis moins de 2 ans dans la structure qui a réalisé l'évaluation, et 10 132 (64,5%) depuis plus de 2 ans dans la structure qui a réalisé l'évaluation,
- La date de mise en hémodialyse pour la période actuelle n'est pas retrouvée dans 312 dossiers (2%),
- La date de prise en charge dans la structure n'est pas retrouvée dans 214 dossiers (1%).

Au niveau régional, une région présente un taux supérieur de 8 points par rapport à la moyenne nationale : la région PACA (94%). A contrario, d'autres régions présentent un taux de plus de 10 points en dessous de la moyenne nationale : la Corse (69%), la Martinique (62%), la Guyane (61%), l'Océan Indien (60%) et la Guadeloupe (32%).

## Distribution et classement des établissements en fonction de leurs résultats

### Distribution des établissements en fonction de leurs résultats

La variabilité inter-établissements existe et s'étend de 0 % à 100 % (cf tableau 29 et graphique 10, annexe II). 50 % des établissements ont une moyenne supérieure ou égale à 90 %. Les trois quarts des établissements ont plus de 83 % de leurs dossiers analysés comportant une évaluation annuelle de l'accès à la transplantation.

### Classement des établissements en fonction de l'objectif de performance

Tableau 21. Indicateur « Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation » - Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %

Données	Indicateur : « Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation »						
	Objectif de performance dépassé <i>Classe A</i>		Objectif de performance atteint <i>Classe B</i>		Objectif de performance non atteint <i>Classe C</i>		Total
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
2017	152	49,2	124	40,1	33	10,7	309

Parmi les 309 établissements de santé avec plus de 10 dossiers inclus, 49,2 % ont dépassé l'objectif national de performance de 80 % et sont en classe A ; 40,1 % ont atteint l'objectif national de performance de 80 % et sont en classe B.

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

Tableau 22. Indicateur « Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation » - Positionnement des établissements au regard l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016)

Sens de l'évolution	Indicateur : « Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation »						Total
	↗		→		↘		
Données	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	N
2017	96	34,3	159	56,8	25	8,9	280

Parmi les 280 établissements qui ont réalisé les deux dernières campagnes, 34,3 % ont augmenté significativement leur taux de conformité entre les deux campagnes ; 56,8 % des établissements n'ont pas connu d'évolution significative de leur taux de conformité. Enfin, 8,9 % des établissements ont diminué significativement leur taux de conformité entre les deux campagnes.

### Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation »

- Le taux moyen national de patients pour lesquels le dossier comporte la trace de l'évaluation en vue d'une transplantation rénale datant de moins d'un an ou d'une contre-indication définitive à la transplantation est de 86 %. Il a progressé de 12 points par rapport à la campagne 2015.
- La variabilité nationale persiste (0 % - 100 %) et est confirmée par les disparités régionales (cf. annexe II) allant de 32 % (Guadeloupe) à 94 % (PACA).
- 89,3 % des établissements ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % (classe A et B).

# Analyse des ressources disponibles dans les structures de dialyse

Ces résultats sont issus du questionnaire établissement, qui a été recueilli par chaque structure participant à la campagne de recueil 2017.

**Tableau 23. Analyse des ressources disponibles dans les structures de dialyse**

<b>Analyse des ressources disponibles dans les structures de dialyse</b>	<b>2015 (N=305)</b>	<b>2017 (N=314)</b>
Proportion de structures d'hémodialyse (HD) ayant mis en place un protocole d'évaluation et de prise en charge de la douleur	85%	91%
Proportion de structures HD disposant d'un temps diététicienne dédié à ses patients	64%	87%
Proportion de structures HD disposant d'un temps psychologue dédié à ses patients	65%	69%
Proportion de structures HD offrant aux patients la possibilité d'un temps de dialyse de plus de 12 heures hebdomadaire	58%	96%
Proportion de structures HD proposant des programmes d'éducation thérapeutique dédié à l'hémodialyse, indépendants de l'entraînement à l'hémodialyse		61%

En 2017, presque toutes les structures d'hémodialyse disposent d'un protocole d'évaluation et de prise en charge de la douleur (91%). La progression est faible par rapport à 2015 (+ 6 points).

La quasi-totalité des structures disposent d'un temps diététicienne dédié à leurs patients (87%). On constate une progression importante depuis 2015 (+ 23 points : passage de 64% à 87%), reflétant les efforts réalisés par les structures de dialyse pour obtenir un temps diététicienne.

Seulement 69% des structures disposent d'un temps psychologue. La progression est faible par rapport à 2015 (+ 4 points).

96% des structures offrent aux patients la possibilité d'un temps de dialyse de plus de 12 heures par semaine. Cette amélioration très importante (+ 38 points : passage de 58% à 96%) traduit les efforts réalisés par les structures de dialyse pour répondre aux attentes des patients.

Enfin, seulement 61% des structures disposent de programmes d'éducation thérapeutique dédiée à l'hémodialyse.

# Bilan et perspectives

## Principaux résultats du recueil

La démarche d'amélioration de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques se poursuit dans les établissements de santé.

En 2017, pour la troisième campagne nationale de recueil, 6 indicateurs ont été mesurés pour analyser cette prise en charge, dont 4 indicateurs sont diffusés publiquement :

- Maîtrise de l'anémie (ANE) ;
- Surveillance du statut martial du patient traité par ASE (ASE) - *diffusé publiquement* ;
- Appréciation de l'épuration - Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaire (PSH) - *diffusé publiquement* ;
- Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel (NUT) - *diffusé publiquement* ;
- Surveillance nutritionnelle - Consultation diététicienne (CDT) ;
- Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation (AAT) - *1ère diffusion publique*.

Les résultats de cette troisième campagne sont issus d'une analyse de dossiers de patients en insuffisance rénale terminale pris en charge en hémodialyse depuis au moins 9 mois dans la structure au moment du recueil.

- **En 2017, la participation des structures est très importante :**
  - Seulement une structure sur les 314 devant réaliser le recueil n'a pas participé à la campagne (0,3%) ;
  - 18 512 dossiers ont pu être analysés.
- **Les indicateurs généralisés sont pertinents :**
  - La variabilité nationale inter-établissements des résultats reste importante pour la plupart des indicateurs, et est confirmée par les disparités régionales.
  - Les résultats objectivent une marge d'amélioration pour un certain nombre de structures de dialyse.

**Les résultats détaillés pour chaque indicateur sont présentés ci-après :**

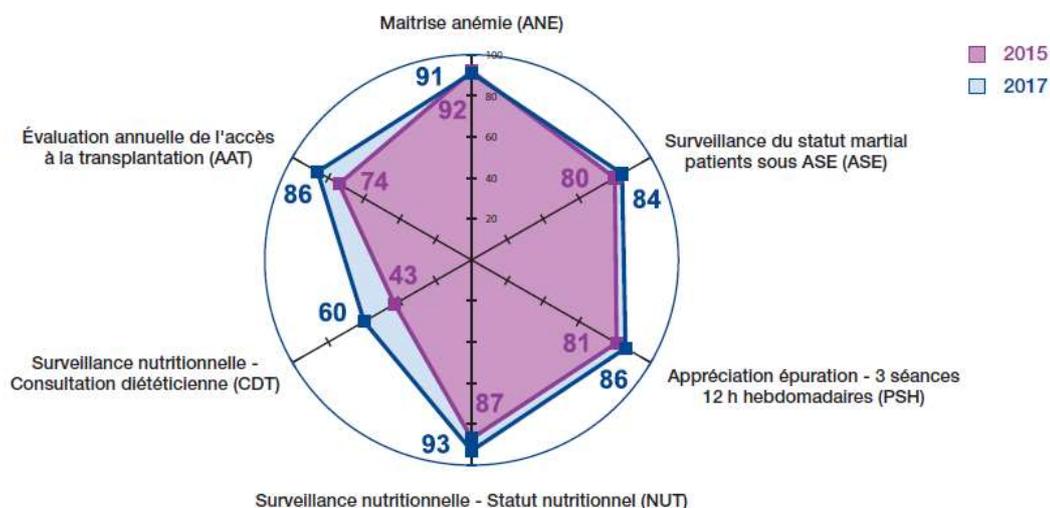
- Les patients hémodialysés présentent souvent une anémie liée à une insuffisance de production d'érythropoïétine ainsi qu'à une carence martiale, ce qui nécessite un suivi du taux d'hémoglobine et une surveillance du statut martial. Les recommandations de bonne pratique définissent des bornes dans lesquelles le taux d'hémoglobine doit se situer et des modalités de suivi du statut martial du patient.
  - Le taux<sup>9</sup> de patients pour lesquels le dossier comporte une **mesure de l'hémoglobine dans les 2 derniers mois** et dont les résultats se situent entre 9 et 13g/dl pour les patients sous ASE ou sont supérieurs à 10g/dl pour les patients sans ASE est de 91 %. Il a diminué d'un point depuis la campagne 2015.
  - La variabilité nationale persiste (0 % - 100 %), et est confirmée par les disparités régionales allant de 42 % (Guyane) à 94 % (Nouvelle Aquitaine et Pays de la Loire).
- **Pour assurer la surveillance du statut martial du patient**, il est recommandé d'évaluer la proportion de patients sous ASE pour lesquels, au cours des 3 derniers mois, ont été réalisés un dosage de la ferritine au moins 6 jours après la dernière supplémentation en fer intraveineux et une deuxième mesure (coefficient de saturation de la transferrine ou mesure du pourcentage d'hématies hypochromes ou mesure de la concentration en hémoglobine des réticulocytes).

<sup>9</sup> Moyenne pondérée nationale, la moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des patients hémodialysés.

- La traçabilité dans les dossiers de la **surveillance biologique du statut martial des patients** sous traitement par ASE réalisée à distance de la supplémentation intraveineuse en fer présente une moyenne pondérée de 84 %. Elle a progressé de 4 points depuis la campagne 2015.
- La variabilité nationale persiste (0 % - 100 %), elle est confirmée par les disparités régionales allant de 42 % (Corse) à 93 % (Normandie).
- **Pour assurer la qualité du traitement par hémodialyse**, il est recommandé de réaliser **au moins 3 séances par semaine** et une **durée totale minimum de 12 heures hebdomadaires**. Certains patients, pour mieux supporter le traitement nécessitent un nombre de séances plus important et / ou une durée hebdomadaire de traitement plus longue.
  - Le taux de patients pour lesquels le dossier comporte **au minimum 3 séances et 12 heures hebdomadaires** sur la semaine étudiée est de 86%. Il a progressé de 5 points depuis la campagne 2015.
  - La variabilité nationale persiste (15 % - 100 %) et est confirmée par les disparités régionales allant de 43 % (Guyane) à 92 % (PACA).
- Les patients hémodialysés suivent un **régime alimentaire strict** afin de maîtriser les apports en eau, potassium, calcium, phosphore, sels et protéines.
  - Le taux de patients pour lesquels le dossier comporte **une surveillance du statut nutritionnel avec 3 des 4 critères** (un suivi de l'indice de masse corporelle (IMC), un dosage de l'albumine (g/l), le calcul du nPCR, le suivi de la variation du poids sec dans le six derniers mois) est de 93%. Il a progressé de 6 points par rapport à la campagne 2015.
  - La variabilité nationale persiste (0% - 100%) et est confirmée par les disparités régionales allant de 26% (Guyane) à 99% (Occitanie).
- Les professionnels considèrent que **les patients hémodialysés qui présentent un risque nutritionnel doivent bénéficier d'une consultation avec une diététicienne**. Sont considérés à risque les patients dont 2 des critères suivant sont en dehors des cibles : IMC (indice de masse corporelle) < 23, albuminémie < 38 g/l [méthode vert de bromocrésol] ou < 35 g/l [méthode de néphélométrie] ou nPCR < 0,8 g/kg/j ou perte de poids sec en 6 mois > 10%.
  - Le taux moyen national pondéré de dossiers de patients à risque de dénutrition dans lesquels est retrouvée une consultation avec une diététicienne réalisée ou programmée dans les 3 mois suivant les résultats est de 60%. Ce taux a progressé de 17 points par rapport à la campagne 2016.
  - La variabilité nationale persiste (0 % - 100 %) et est confirmée par les disparités régionales allant de 19% (Bourgogne-Franche-Comté) à 94% (Martinique).
- La **greffe rénale** est considérée, pour les patients pour lesquels la greffe est indiquée, comme le **traitement de suppléance le plus efficace, le plus efficace et le moins coûteux**, quel que soit l'âge. Les patients en attente de greffe sont inscrits sur liste d'attente de transplantation rénale. Ces patients doivent bénéficier d'une évaluation au moins annuelle pour s'assurer que l'état de santé du patient est toujours compatible avec la greffe.
  - Le taux moyen national de patients pour lesquels le dossier comporte la trace de l'évaluation en vue d'une transplantation rénale datant de moins d'un an ou d'une contre-indication définitive à la transplantation est de 86%. Il a progressé de 12 points par rapport à la campagne 2015.
  - La variabilité nationale persiste (0 % - 100 %) et est confirmée par les disparités régionales allant de 32% (Guadeloupe) à 94% (PACA).

Le graphique 2 (cf ci-après) présente les moyennes pondérées nationales des indicateurs recueillis en 2015 et 2017.

**Graphique 2. Résultats des indicateurs « Prise en charge des patients hémodialysés chroniques » - Moyennes pondérées nationales des campagnes 2015 et 2017 – Données 2015 et 2017**



**Les résultats suivants sont obtenus sur les ressources dans les structures de dialyse :**

- En 2017, 87 % des structures d'hémodialyse disposant d'un temps diététicienne dédié à leurs patients ;
- 69% disposent d'un temps psychologue ;
- 91% ont mis en place un protocole d'évaluation et de prise en charge de la douleur ;
- 96% offrent aux patients la possibilité d'un temps de dialyse > 12 heures par semaine ;
- Seulement 61% des structures disposent de programmes d'éducation thérapeutique dédiée à l'hémodialyse.

## Axes d'amélioration

**Au regard des résultats, plusieurs axes d'amélioration sont déductibles de la campagne nationale de recueil de 2017 :**

- **Les moyennes nationales sont élevées pour cinq indicateurs sur six** (ANE, ASE, PSH, NUT, AAT) recueillis en 2017, dont 2 présentent un taux supérieur à 90% (ANE et NUT).
- **Depuis la campagne 2015, les résultats ont progressé de façon significative pour deux indicateurs :**
  - **La traçabilité de la consultation avec une diététicienne pour les patients à risque de dénutrition** : passage de 43% à 60% (+ 17 points). Ce taux reste encore faible et une analyse doit être conduite au niveau des établissements pour analyser leurs pratiques en matière de prise en charge nutritionnelle, et pour pouvoir proposer aux patients qui le nécessitent une consultation spécialisée.
  - **L'évaluation annuelle de l'accès à la transplantation** : passage de 74% à 86% (+ 12 points). Il est à noter que 89,3% des établissements ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80%.
- **Deux régions se distinguent, dans un cas, par de moins bons résultats, dans l'autre par de meilleurs résultats que les autres régions :**
  - ▶ **La Guyane présente les plus faibles résultats pour :**
    - l'Appréciation de l'épuration - prescription de 3 séances de 12 heures hebdomadaires (43%) ;
    - la Maitrise de l'anémie (42 %) ;
    - la surveillance du statut nutritionnel (26%) ;
  - ▶ **La région PACA présente de meilleurs résultats pour :**
    - l'Evaluation annuelle de l'accès à la transplantation (94%) ;

- l'Appréciation de l'épuration - prescription de 3 séances de 12 heures hebdomadaires (92%).
- **Les résultats des indicateurs peuvent être utilisés au sein des établissements de santé pour améliorer la prise en charge des patients hémodialysés chroniques.** Ils permettent de réaliser un suivi dans le temps et une comparaison aux moyennes nationale et régionale. Les établissements de santé disposent également d'autres informations qui sont présentées dans ce rapport, comme les résultats concernant les patients atypiques, que chaque établissement peut retrouver pour lui-même sur la plate-forme QualHAS (sans comparaison, car ces indicateurs dépendent des caractéristiques des patients). Les résultats nationaux montrent que des améliorations peuvent être apportées au bénéfice des patients. Il revient à chaque établissement d'engager les actions qui seront utiles.
- **Les résultats des IQSS sont utilisés dans le dispositif de certification des établissements de santé, notamment dans le Compte Qualité :** les résultats insatisfaisants feront l'objet d'échanges entre l'établissement et les experts-visiteurs afin d'évaluer les démarches d'amélioration des pratiques.
- Au sein des structures de dialyse, les ressources en temps diététicienne peuvent être augmentées (87% en 2017). D'autre part, la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique dédiés à l'hémodialyse reste encore trop faible (61%).

Les patients hémodialysés chroniques bénéficient pour la plus grande part d'entre eux d'une surveillance de leur statut nutritionnel (moyenne nationale pondérée à 93%). Cependant, les patients à risque de dénutrition, s'ils sont bien dépistés, ne sont pas encore assez souvent adressés en consultation avec une diététicienne (moyenne nationale pondérée à 60%). Les établissements déclarant disposer, pour 87% d'entre eux, d'un temps diététicienne dédié aux patients hémodialysés chroniques, une réflexion doit être engagée au sein de chaque établissement pour améliorer la prise en charge des patients dénutris.

Pour plusieurs indicateurs, les régions Corse, Guadeloupe, Martinique, Guyane et Réunion (Océan indien) présentent des résultats inférieurs, et parfois de beaucoup, à la moyenne nationale. Ces situations devraient faire l'objet d'une analyse régionale afin de proposer à tous les patients une prise en charge conforme aux recommandations de bonne pratique.

## Conclusion

Les résultats de la campagne de recueil des indicateurs 2017 reflètent la qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques en France. Ces résultats sont issus de l'analyse de 15 708 dossiers de patients hémodialysés chroniques, soit environ 37% des dossiers de patients hémodialysés chroniques en France (données REIN 2015).

5 indicateurs sur 6 présentent une moyenne nationale pondérée supérieure à 80% (ANE, ASE, PSH, NUT, AAT), et parmi eux 2 présentent une moyenne supérieure à 90% (ANE et NUT), ce qui pose la question de l'évolution des indicateurs, la marge d'amélioration étant faible, voire nulle, pour de nombreux établissements.

La pertinence pour l'amélioration de la qualité est questionnée devant des résultats si élevés. Le groupe de travail en charge du suivi des actualisations des indicateurs du thème « **Prise en charge des patients hémodialysés chroniques** » devra se prononcer sur les évolutions à apporter sur ce thème. La HAS doit également engager une réflexion sur les indicateurs qui pourraient être utilisés dans un modèle de financement de la qualité de l'hémodialyse (modulation des tarifs des séances d'hémodialyse).

# Résultats 2017 du contrôle qualité du recueil des indicateurs du thème « Prise en charge des patients hémodialysés chroniques » dans le cadre de l'orientation nationale d'inspection contrôle (ONIC)

## Résultats du contrôle qualité du recueil

16 ARS sur les 17 ARS (94 %) ont participé à l'ONIC 2017.

Au total, 314 structures ont participé à la campagne nationale de recueil des indicateurs du thème « **Prise en charge des patients hémodialysés chroniques** » : parmi elles, 46 ont été contrôlées par une ARS (14,65%).

Indicateurs du thème « Prise en charge des patients hémodialysés chroniques »	Nombre d'établissements de santé dont le recueil est non validé par le contrôle
Indicateur Surveillance du statut marital du patient traité par ASE (ASE)	1 structure ou établissement de santé (2,17 % total établissements de santé contrôlés)
Indicateur Appréciation de l'épuration - Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaire (PSH)	1 structure ou établissement de santé (2,17 % total établissements de santé contrôlés)
Indicateur Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel (NUT)	1 structure ou établissement de santé (2,17 % total établissements de santé contrôlés)
Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation (AAT)	3 structures ou établissements de santé (6,52 % total ES contrôlés)

*Conclusion* : au total, 4 structures ont **au moins** un indicateur du thème « non validé » :

- pour une structure, le contrôle réalisé par l'ARS n'a pas validé le recueil réalisé pour l'indicateur « Appréciation de l'épuration - Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaire (PSH) » ;
- pour une structure, le contrôle réalisé par l'ARS n'a pas validé le recueil réalisé pour l'indicateur « Surveillance du statut marital du patient traité par ASE (ASE) » ;
- pour une structure, le contrôle réalisé par l'ARS n'a pas validé le recueil réalisé pour l'indicateur « Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel (NUT) » ;
- pour trois structures, le contrôle réalisé par l'ARS n'a pas validé le recueil réalisé pour l'indicateur « Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation (AAT) ».

## Impact du contrôle qualité du recueil sur la diffusion publique

La liste des indicateurs soumis à diffusion publique fait l'objet d'un arrêté annuel ([arrêté du 10 février 2017](#)). Le nombre et le type d'indicateurs à contrôler diffèrent d'une année à l'autre. Cet arrêté annuel fixe 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 le concernant.

Les résultats des indicateurs nationaux, listés dans l'arrêté ministériel sus cité, sont diffusés publiquement sur le site internet de diffusion publique sur la qualité de la prise en charge en établissements « Scope Santé » ([www.scopesante.fr](http://www.scopesante.fr)) à compter du mois de novembre de chaque année. Les résultats des indicateurs sont diffusés sur Scope Santé après contrôle.

Les résultats des indicateurs IPAQSS ne sont pas recalculés lorsque le recueil est « non validé » suite au contrôle réalisé par l'ARS pour des questions de faisabilité. 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.

Pour en savoir plus :

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1637882/fr/controle-qualite-du-recueil-des-indicateurs-nationaux](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1637882/fr/controle-qualite-du-recueil-des-indicateurs-nationaux)

# Abréviations et acronymes

ASE	Agent stimulant de l'érythropoïèse
CAQES	Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLCC	Centre de Lutte Contre le Cancer
CME	Commission nationale d'établissement
CNAM-TS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CPOM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DPC	Développement Professionnel Continu
DU	Diplôme d'Université
EPP	Évaluation des Pratiques Professionnelles
ES	Établissement de Santé
ESPIC	Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
IFAQ	Incitation financière à l'amélioration de la qualité
IMC	Indice de masse corporelle
IQSS	Indicateurs de qualité et de sécurité des soins
SAMU	Service d'Aide Médicale d'Urgence

# Table des illustrations

Graphique 1. Résultats des indicateurs « Prise en charge des patients hémodialysés chroniques » - Moyennes pondérées nationales des campagnes 2015 et 2017 – Données 2015 et 2017.....	8
Tableau 1. Indicateur « Maîtrise de l'anémie » - Résultats de la campagne 2017 - données 2017.....	18
Tableau 2. Indicateur « Maîtrise de l'anémie » - Causes de non-conformité à l'indicateur (**).....	18
Tableau 3. Indicateur « Maîtrise de l'anémie » - Positionnement des établissements au regard de l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2015 - 2017) .....	19
Tableau 4. Indicateur « Surveillance du statut martial du patient traité par ASE » - Résultats de la campagne 2017 - données 2017 .....	21
Tableau 5. Indicateur « Surveillance du statut martial du patient traité par ASE » - Causes de non-conformité à l'indicateur .....	21
Tableau 6. Indicateur « Surveillance du statut martial du patient traité par ASE » - Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 % .....	22
Tableau 7. Indicateur « Surveillance du statut martial du patient traité par ASE » - Positionnement des établissements au regard de l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2015 - 2017).....	22
Tableau 8. Indicateur « Appréciation de l'épuration - Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires » - Résultats de la campagne 2017 - données 2017 .....	25
Tableau 9 : Indicateur « Appréciation de l'épuration - Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires » - Causes de non-conformité à l'indicateur .....	25
Tableau 10. Indicateur « Appréciation de l'épuration - Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires » - Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 % .....	26
Tableau 11. Indicateur « Appréciation de l'épuration - Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires » - Positionnement des établissements au regard de l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2015 - 2017).....	26
Tableau 12. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel » - Résultats de la campagne 2017 - données 2017 .....	29
Tableau 13. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel » - Causes de non-conformité à l'indicateur - Campagne 2017 - données 2017.....	29
Tableau 14. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel » - Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 % .....	30
Tableau 15. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel » - Positionnement des établissements au regard de l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2015 - 2017).....	30
Tableau 16. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Consultation diététicienne » - Résultats de la campagne 2017 - données 2017 .....	33
Tableau 17. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Consultation diététicienne » - Causes de non-conformité à l'indicateur .....	33
Tableau 18. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Consultation diététicienne » - Positionnement des établissements au regard de l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2015-2017).....	34
Tableau 19. Indicateur « Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation » - Résultats de la campagne 2017 - données 2017 .....	36
Tableau 20. Indicateur « Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation » - Moyenne pondérée en fonction de la classe d'âge (< 50 ans ou > 50 ans et < 70 ans ou > 70 ans) .....	36
Tableau 21. Indicateur « Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation » - Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 % .....	37
Tableau 22. Indicateur « Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation » - Positionnement des établissements au regard l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016).....	38
Tableau 23. Analyse des ressources disponibles dans les structures de dialyse .....	39
Graphique 2. Résultats des indicateurs « Prise en charge des patients hémodialysés chroniques » - Moyennes pondérées nationales des campagnes 2015 et 2017 – Données 2015 et 2017.....	42
Graphique 3. Sexe du patient - campagne 2017 .....	53
Graphique 4. Répartition des patients par classe d'âge - campagne 2017.....	53
Tableau 24 et graphique 5. Indicateur « Maîtrise de l'anémie » - Variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2017 .....	54
Tableau 25 et graphique 6. Indicateur « Surveillance du statut martial du patient traité par ASE » - Variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2017.....	54

Tableau 26 et graphique 7. Indicateur « Appréciation de l'épuration - Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires » - Variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2017 .....	54
Tableau 27 et graphique 8. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel » - Variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2017 .....	55
Tableau 28 et graphique 9. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Consultation diététicienne » - Variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2017.....	55
Tableau 29 et graphique 10. Indicateur « Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation » - Variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2017 .....	55
Tableau 30. Distribution par rapport à la moyenne nationale pondérée - Campagne 2017- données 2017 .....	56
Tableau 31. Indicateur « Maitrise de l'anémie » - Campagne 2017 - données 2017 - Moyennes régionales (en %).....	57
Tableau 32. Indicateur « Surveillance du statut martial du patient traité par ASE » - Campagne 2017 - données 2017 - Moyennes régionales (en %) .....	58
Tableau 33. Indicateur « Appréciation de l'épuration - Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires » - Campagne 2017 - données 2017 - Moyennes régionales (en %).....	59
Tableau 34. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel » - Campagne 2017 - données 2017 - Moyennes régionales (en %) .....	60
Tableau 35. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Consultation diététicienne » - Campagne 2017 - données 2017 - Moyennes régionales (en %) .....	61
Tableau 36. Indicateur « Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation » - Campagne 2017 - données 2016 - Moyennes régionales (en %) .....	62
Tableau 37. Indicateur « Maitrise de l'anémie » - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %).....	63
Tableau 38. Indicateur « Surveillance du statut martial du patient traité par ASE » - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %) .....	63
Tableau 39. Indicateur « Appréciation de l'épuration - Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires » - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %) .....	63
Tableau 40. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel » - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %) .....	64
Tableau 41. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Consultation diététicienne » - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %) .....	64
Tableau 42. Indicateur « Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation » - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %) .....	64

# 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 », 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 pratique clinique, 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) ;
- 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 ES, étape de « verrouillage » qui donne accès à la lecture des résultats individuels, et enfin étape de « validation » qui rend impossible toute modification ultérieure des données saisies.

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

### 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) 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'ES, 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 ES.

Le nombre de dossiers évalués est identique quelles que soient la taille et la catégorie des ES participant au recueil national. Ce nombre de dossiers relativement faible est un compromis entre une charge de travail acceptable, tous types de structure 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'ES. Pour plus de précision 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 ES 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: Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD)] ;
- 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 référence :

une moyenne pondérée par le nombre de séjours éligibles par ES (total des séjours comptabilisés dans le PMSI sur la période considérée). Chaque ES 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 31 dossiers à évaluer par ES 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 ES a été retenu pour que les résultats de celui-ci soient intégrés dans les comparatifs.

Pour les indicateurs de type délai, une médiane corrigée. 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'ES soient intégrés dans la comparaison inter ES.

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

#### Types de référence

La plate-forme QualHAS permet à chaque ES 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 ES. Chaque année, une instruction DGOS relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public par les ES, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, redéfinit la liste des indicateurs et les objectifs nationaux de performance correspondants.

## ► Méthodes de présentation des résultats

Deux présentations sont proposées. Les ES sont comparés par rapport :

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

### Positionnement par rapport à la moyenne pondérée

Le positionnement d'un ES 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'ES à la moyenne de référence retenue pour l'indicateur analysé.

Une quatrième classe non affichée est créée pour les ES « **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'ES à l'objectif national de performance.

Une quatrième classe non affichée est créée pour les ES « 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

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.

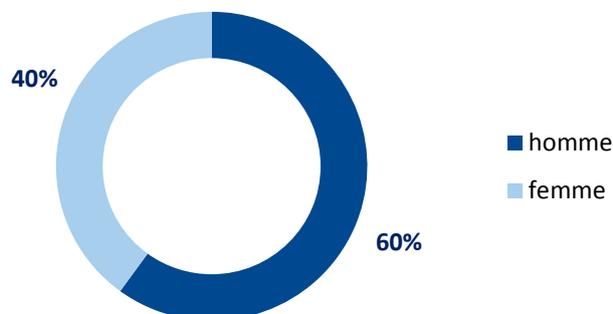
### Les règles de notation sont les suivantes :

- 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 « ↘ »

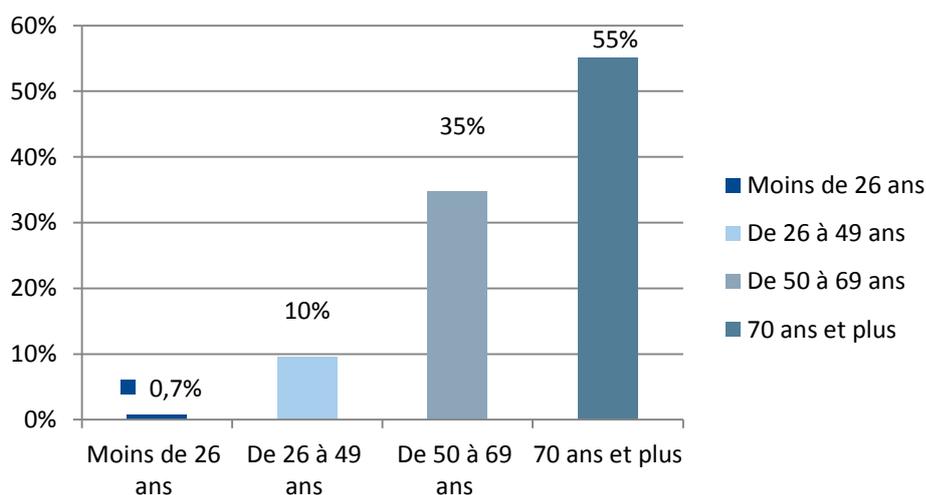
## Annexe II. Autres résultats nationaux

### ► Description de la population

Graphique 3. Sexe du patient - campagne 2017



Graphique 4. Répartition des patients par classe d'âge - campagne 2017



### ► Variabilité nationale et distribution des établissements

Le tableau et le graphique présentent la variabilité des établissements pour l'indicateur.

Le tableau présente les données de variabilité concernant les résultats des établissements ayant analysé 10 dossiers ou plus pour l'indicateur.

- **Résultat minimum** : résultats de l'indicateur pour le ou les établissements ayant le résultat le plus faible,
- **Résultat maximum** : résultats de l'indicateur pour le ou les établissements ayant le résultat le plus élevé,
- **1er quartile** : représente le seuil au-delà duquel 75% des établissements se situent,
- **Médiane** : représente le seuil au-delà duquel la moitié des établissements se situent,
- **3ème quartile** : représente le seuil au-delà duquel 25% des établissements se situent.

Dans le graphique 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.

Tableau 24 et graphique 5. Indicateur « Maitrise de l'anémie » - Variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2017

ES avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre d'ES	303
Nombre de dossiers	13 509
Résultat minimum	0 %
Résultat maximum	100 %
1er quartile	88 %
Médiane	93 %
3e quartile	96 %

Tableau 25 et graphique 6. Indicateur « Surveillance du statut marital du patient traité par ASE » - Variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2017

ES avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre d'ES	308
Nombre de dossiers	13 347
Résultat minimum	0 %
Résultat maximum	100 %
1er quartile	72 %
Médiane	95 %
3e quartile	100 %

Tableau 26 et graphique 7. Indicateur « Appréciation de l'épuration - Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires » - Variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2017

ES avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre d'ES	303
Nombre de dossiers	13 509
Résultat minimum	15 %
Résultat maximum	100%
1er quartile	80 %
Médiane	90 %
3e quartile	98 %

Tableau 27 et graphique 8. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel » - Variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2017

ES avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre d'ES	309
Nombre de dossiers	15 678
Résultat minimum	0 %
Résultat maximum	100 %
1er quartile	95 %
Médiane	98 %
3e quartile	100 %

Tableau 28 et graphique 9. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Consultation diététicienne » - Variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2017

ES avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre d'ES	114
Nombre de dossiers	1 711
Résultat minimum	0 %
Résultat maximum	100 %
1er quartile	27 %
Médiane	62 %
3e quartile	100 %

Tableau 29 et graphique 10. Indicateur « Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation » - Variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2017

ES avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre d'ES	309
Nombre de dossiers	15 678
Résultat minimum	0 %
Résultat maximum	100 %
1er quartile	83 %
Médiane	90 %
3e quartile	97 %

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

Tableau 30. Distribution par rapport à la moyenne nationale pondérée - Campagne 2017- données 2017

	Moyenne nationale pondérée (en %)				
Maîtrise de l'anémie	91	Nombre de structures	29	254	20
		% de structures	9,6	83,8	6,6
Surveillance du statut martial du patient traité par ASE	84	Nombre de structures	133	96	79
		% de structures	43,2	31,2	25,6
Appréciation de l'épuration - Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires	876	Nombre de structures	70	161	72
		% de structures	23,1	53,1	23,8
Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel	92	Nombre de structures	154	113	42
		% de structures	49,8	36,6	13,6
Surveillance nutritionnelle - Consultation diététicienne	60	Nombre de structures	34	38	42
		% de structures	29,8	33,3	36,8
Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation	86	Nombre de structures	103	153	53
		% de structures	33,3	49,5	17,2

## Annexe III. Résultats régionaux et par catégorie d'établissement

### ► Informations régionales

Tableau 31. Indicateur « Maitrise de l'anémie » - Campagne 2017 - données 2017 - Moyennes régionales (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
314	90 %

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine (Grand Est)	23	89
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes (Nouvelle Aquitaine)	23	94
Auvergne-Rhône-Alpes	27	92
Bourgogne-Franche-Comté	14	92
Bretagne	12	92
Centre-Val de Loire	15	93
Corse	4	91
Guadeloupe	3	83
Guyane	2	42
Ile de France	70	83
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées (Occitanie)	21	92
Martinique	4	54
Nord-Pas-de-Calais-Picardie (Hauts de France)	28	92
Normandie	16	90
Océan Indien	7	82
PACA	27	93
Pays de la Loire	9	94
Service de santé des armées	1	100

Tableau 32. Indicateur « Surveillance du statut marital du patient traité par ASE » - Campagne 2017 - données 2017 - Moyennes régionales (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
308	84 %

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine (Grand Est)	23	92
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes (Nouvelle Aquitaine)	23	90
Auvergne-Rhône-Alpes	27	78
Bourgogne-Franche-Comté	14	76
Bretagne	12	91
Centre-Val de Loire	15	78
Corse	4	42
Guadeloupe	4	51
Guyane	2	47
Ile de France	70	83
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées (Occitanie)	21	91
Martinique	4	54
Nord-Pas-de-Calais-Picardie (Hauts de France)	29	89
Normandie	16	93
Océan Indien	7	81
PACA	27	86
Pays de la Loire	9	70
Service de santé des armées	1	100

Tableau 33. Indicateur « Appréciation de l'épuration - Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires » - Campagne 2017 - données 2017 - Moyennes régionales (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
<b>303</b>	<b>86 %</b>

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine (Grand Est)	23	86
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes (Nouvelle Aquitaine)	23	87
Auvergne-Rhône-Alpes	27	86
Bourgogne-Franche-Comté	14	77
Bretagne	12	85
Centre-Val de Loire	15	81
Corse	4	83
Guadeloupe	3	72
Guyane	2	43
Ile de France	68	86
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées (Occitanie)	21	85
Martinique	4	90
Nord-Pas-de-Calais-Picardie (Hauts de France)	28	90
Normandie	16	89
Océan Indien	7	86
PACA	27	92
Pays de la Loire	9	87
Service de santé des armées	NA	NA

**NA** : Non applicable (l'établissement a recueilli moins de 10 dossiers).

Tableau 34. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel » - Campagne 2017 - données 2017 - Moyennes régionales (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
<b>309</b>	<b>93 %</b>

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine (Grand Est)	23	96
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes (Nouvelle Aquitaine)	23	97
Auvergne-Rhône-Alpes	28	94
Bourgogne-Franche-Comté	14	86
Bretagne	12	96
Centre-Val de Loire	15	89
Corse	4	40
Guadeloupe	4	81
Guyane	2	26
Ile de France	70	94
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées (Occitanie)	21	99
Martinique	4	68
Nord-Pas-de-Calais-Picardie (Hauts de France)	29	96
Normandie	16	80
Océan Indien	7	87
PACA	27	96
Pays de la Loire	9	97
Service de santé des armées	1	100

Tableau 35. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Consultation diététicienne » - Campagne 2017 - données 2017 - Moyennes régionales (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
114	60 %

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine (Grand Est)	9	65
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes (Nouvelle Aquitaine)	12	53
Auvergne-Rhône-Alpes	7	48
Bourgogne-Franche-Comté	5	19
Bretagne	3	48
Centre-Val de Loire	2	60
Corse	NA	NA
Guadeloupe	1	62
Guyane	NA	NA
Ile de France	27	68
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées (Occitanie)	7	34
Martinique	2	94
Nord-Pas-de-Calais-Picardie (Hauts de France)	16	65
Normandie	6	62
Océan Indien	4	60
PACA	11	75
Pays de la Loire	2	32
Service de santé des armées	NA	NA

Tableau 36. Indicateur « Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation » - Campagne 2017 - données 2016 - Moyennes régionales (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
<b>309</b>	<b>86 %</b>

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine (Grand Est)	23	93
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes (Nouvelle Aquitaine)	23	91
Auvergne-Rhône-Alpes	28	87
Bourgogne-Franche-Comté	14	83
Bretagne	12	91
Centre-Val de Loire	15	85
Corse	4	69
Guadeloupe	4	32
Guyane	2	61
Ile de France	70	86
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées (Occitanie)	21	91
Martinique	4	62
Nord-Pas-de-Calais-Picardie (Hauts de France)	29	87
Normandie	16	90
Océan Indien	7	60
PACA	27	94
Pays de la Loire	9	82
Service de santé des armées	1	100

► Informations par catégorie d'établissement

Tableau 37. Indicateur « Maitrise de l'anémie » - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne par catégorie
303	86 %

	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie
CH	97	88
CHU	34	86
ESPIC/EBNL	16	87
Privé	156	92

Tableau 38. Indicateur « Surveillance du statut marital du patient traité par ASE » - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne par catégorie
308	84 %

	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie
CH	99	78
CHU	37	77
ESPIC/EBNL	16	84
Privé	156	86

Tableau 39. Indicateur « Appréciation de l'épuration - Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires » - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne par catégorie
303	86 %

	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie
CH	97	83
CHU	34	85
ESPIC/EBNL	16	88
Privé	156	87

Tableau 40. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel » - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne par catégorie
<b>309</b>	<b>93 %</b>

	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie
CH	99	88
CHU	37	86
ESPIC/EBNL	16	83
Privé	157	96

Tableau 41. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Consultation diététicienne » - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne par catégorie
<b>114</b>	<b>60 %</b>

	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie
CH	41	40
CHU	12	31
ESPIC/EBNL	4	75
Privé	57	70

Tableau 42. Indicateur « Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation » - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne par catégorie
<b>309</b>	<b>86 %</b>

	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie
CH	99	86
CHU	37	85
ESPIC/EBNL	16	80
Privé	157	86

## Annexe IV. Grilles de recueil 2017

Le recueil est réalisé sur la plateforme sécurisée QualHAS qui permet le calcul des résultats des indicateurs. Dès la clôture du recueil, elle fournit aux établissements une information structurée et comparative qui leur permet de se positionner par rapport aux autres établissements participant et à leur politique qualité conduite ou à engager. Sur cette plateforme, la présentation des résultats individuels permet d'identifier les voies d'amélioration et, grâce à l'évolution dans le temps, les établissements peuvent valoriser les résultats issus des actions d'amélioration mises en œuvre.

<b>Questionnaire structure (à ne remplir qu'une seule fois)</b>		
Q 1	Dans l'établissement, un protocole indique que tous les bilans biologiques doivent être réalisés avant le début de la séance	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
Q2	La structure d'hémodialyse a mis en place un protocole d'évaluation et de prise en charge de la douleur	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
Q3	La structure d'hémodialyse dispose d'un temps diététicienne dédié à ses patients	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
Q3 bis	Si oui équivalent temps plein mensuel diététicienne	□□.□□
Q4	La structure d'hémodialyse dispose d'un temps psychologue dédié à ses patients	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
Q4 bis	Si oui équivalent temps plein mensuel psychologue	□□.□□
Q6	La structure offre aux patients la possibilité d'un temps de dialyse > 12 heures hebdomadaire	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
Q7	La structure propose des programmes d'éducation thérapeutique dédiés à l'hémodialyse, indépendants de l'entraînement à l'hémodialyse	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
<b>Identification - structure</b>		
DIA 1	Numéro FINESS enquêté	□□□□□□□□
DIA 1 bis	Numéro FINESS associé au dossier tiré au sort	□□□□□□□□
DIA 2	Nom de l'établissement enquêté	_____
<b>Identification - niveau interne à la structure</b>		
DIA 3	Service (ou modalité d'hémodialyse)	□□□□□
<b>Identification - tirage au sort et date de saisie</b>		
DIA 4	Date de la saisie	□□ / □□ / □□□□
DIA 5	Numéro du tirage au sort	□□□

Identification - caractéristiques du patient		
DIA 6	Age du patient à la date du tirage au sort	□□□
DIA 7	Sexe du patient	<input type="radio"/> 1.Masculin <input type="radio"/> 2.Féminin
Identification - caractéristiques du dossier à analyser		
DIA 8	Dossier	<input type="radio"/> 1.Retrouvé <input type="radio"/> 2.Non retrouvé <input type="radio"/> 3.Incohérence PMSI (ex : patient âgé de moins de 18 ans) <input type="radio"/> 4.Non mobilisable
DIA 9	Patient toujours dialysé dans la structure au moment de la saisie du dossier	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
DIA 10	Patient décédé	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
DIA 11	Informatisation des données nécessaires au recueil	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non <input type="radio"/> 3.Partiellement
DIA 12	Si informatisation partielle, préciser le (les) élément(s) informatisé(s)	
DIA 12.1	Dosages biologiques	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
DIA 12.2	Indice de masse corporelle	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
DIA 12.3	Variation du poids sec	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
DIA 12.4	Courbe de suivi du poids sec	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
DIA 12.5	Statut sérologique du patient	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
DIA 12.6	Prescriptions médicales de dialyse	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
DIA 12.7	Durée de dialyse	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non

DIA 12.8	Poids en fin de séance	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
<b>Informations sur le patient</b>		
INF 1	Semaine de dialyse analysée pour le patient	□□ / □□ / □□□□
INF 2	Modalité d'hémodialyse à laquelle le patient a le plus souvent recourue au cours des 9 derniers mois	<input type="radio"/> 1.Unité de Dialyse Médicalisée <input type="radio"/> 2.Centre <input type="radio"/> 3.Autodialyse <input type="radio"/> 4.A domicile
INF 3	Modalité d'hémodialyse à laquelle le patient a le plus souvent recourue au cours de la semaine étudiée	<input type="radio"/> 1.Unité de Dialyse Médicalisée <input type="radio"/> 2.Centre <input type="radio"/> 3.Autodialyse <input type="radio"/> 4.A domicile
INF 3.1	Retrouve t on la date de la mise en hémodialyse du patient pour la période actuelle ?	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
INF 3.2	Si oui, préciser la date	□□ / □□ / □□□□
INF 3.3	Date de la prise en charge dans la structure pour la période actuelle	□□ / □□ / □□□□ <input type="checkbox"/> Non retrouvée
INF 4	Le patient a été évalué pour la transplantation depuis sa prise en charge dans la structure	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
INF 4.1	Date de la première évaluation en vue de l'accès à la transplantation depuis que le patient est pris en charge dans la structure	□□ / □□ / □□□□ <input type="checkbox"/> Non retrouvée
INF 4.2	Date de la dernière évaluation du statut	□□ / □□ / □□□□ <input type="checkbox"/> Non retrouvée
INF 4.2.1	Le statut du patient défini lors de la dernière évaluation est retrouvé dans le dossier	<input type="radio"/> 1.Sans CI <input type="radio"/> 2.CI à réévaluer <input type="radio"/> 3.CI définitive <input type="radio"/> 4.Non retrouvé <input type="radio"/> 5. Refus du patient pour une transplantation
INF 4.2.2	Si CI à réévaluer ou CI définitive, elle est argumentée dans le dossier	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
INF 5	Le patient est atypique	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non

INF 6	Si oui, indiquer la principale raison	<input type="radio"/> 1. Les comorbidités du patient ne permettent pas une prise en charge conforme aux recommandations de bonne pratique ; <input type="radio"/> 2. Modifications cliniques exceptionnelles ; <input type="radio"/> 3. Patient non compliant ; <input type="radio"/> 4. Autre.
INF 7	Le patient est sous traitement par un agent stimulant l'érythropoïèse	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non <input type="radio"/> 3.Non retrouvée
INF 8	Une mesure de la diurèse résiduelle est retrouvée	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
INF 9	Si oui, le résultat de la mesure de la diurèse indique que le patient est anurique	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
INF 10	Si oui, date de la dernière mesure réalisée	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non retrouvée
<b>Evaluation de l'état nutritionnel</b>		
NUT 1	Un calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) est retrouvé	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
NUT 2	Si oui, dernière valeur retrouvée (kg/m2)	<input type="text"/> . <input type="text"/>
NUT 3	Si oui, date du dernier calcul de l'IMC	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non retrouvée
NUT 4	Une mesure de l'albuminémie est retrouvée	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
NUT 5	Si oui, dernière valeur retrouvée (g/L)	<input type="text"/> . <input type="text"/>
NUT 6	Si oui, technique utilisée	<input type="radio"/> 1. Vert/pourpre bromocrésol <input type="radio"/> 2. Néphélométrie <input type="radio"/> 3. Non retrouvée
NUT 7	Si oui, date de la dernière mesure de l'albuminémie	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non retrouvée
NUT 8	Un calcul du nPCR est retrouvé	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
NUT 9	Si oui, dernière valeur retrouvée (g/kg/j)	<input type="text"/> . <input type="text"/>
NUT 10	Si oui, date du dernier calcul du nPCR	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non retrouvée

NUT 11	Trace d'une surveillance de la dénutrition	<input type="radio"/> 1. Pourcentage de variation du poids sec sur 6 mois <input type="radio"/> 2. Courbe de suivi du poids sec sur 6 mois <input type="radio"/> 3. Aucune des deux mesures
NUT 12	Dernier pourcentage de variation du poids sec retrouvé	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> Non retrouvée
NUT 13	Date du dernier pourcentage ou du dernier point de la courbe	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non retrouvée
NUT 14	Trace d'une consultation diététicienne, réalisée ou programmée, suite à ces résultats	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
NUT 15	Si oui, date de la consultation passée ou à venir	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non retrouvée

### Suivi de la dialyse

ANE 1	Une mesure de l'hémoglobine est retrouvée	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
ANE 2	Si oui, la mesure a été réalisée en début de séance	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non <input type="radio"/> 3.Ne sait pas
ANE 3	Si oui, dernière valeur retrouvée (g/dl)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
ANE 4	Si oui, date de la dernière mesure de l'hémoglobine	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non retrouvée

### Patients sous traitement d'entretien par ASE

ASE 1	Une mesure de la ferritinémie est retrouvée	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
ASE 2	Si oui, date de la dernière mesure de la ferritinémie	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non retrouvée
ASE 3	Dans les six jours précédant cette mesure, le patient a reçu une supplémentation en fer par voie intraveineuse	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non <input type="radio"/> 3.Ne sait pas
ASE 4	Une mesure du coefficient de saturation de la transferrine est retrouvée	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
ASE 5	Si oui, date de la dernière mesure du coefficient	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non retrouvée

ASE 6	Une mesure du pourcentage d'hématies hypochromes est retrouvée	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
ASE 7	Si oui, date de la dernière mesure du pourcentage d'hématies hypochromes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non retrouvée
ASE 8	Une mesure de la teneur en hémoglobine des réticulocytes est retrouvée	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
ASE 9	Si oui, date de la dernière mesure de la teneur en hémoglobine des réticulocytes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non retrouvée
<b>Prescriptions médicales de séances</b>		
PMS 1	La semaine de dialyse analysée est atypique pour le patient	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
PMS 2	Les prescriptions des séances de dialyse sont retrouvées	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
PMS 3	Si oui, nombre de séances de dialyse prescrites	<input type="radio"/> 1.1 <input type="radio"/> 5.5 <input type="radio"/> 2.2 <input type="radio"/> 6.6 <input type="radio"/> 3.3 <input type="radio"/> 7.7 <input type="radio"/> 4.4
PMS 4	Séance 1 : durée de dialyse prescrite (HH:MM)	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non retrouvée
PMS 9	Séance 2 : durée de dialyse prescrite (HH:MM)	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non retrouvée
PMS 14	Séance 3 : durée de dialyse prescrite (HH:MM)	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non retrouvée
PMS 19	Séance 4 : durée de dialyse prescrite (HH:MM)	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non retrouvée
PMS 24	Séance 5 : durée de dialyse prescrite (HH:MM)	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non retrouvée
PMS 29	Séance 6 : durée de dialyse prescrite (HH:MM)	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non retrouvée
PMS 34	Séance 7 : durée de dialyse prescrite (HH:MM)	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non retrouvée

## Annexe V. Historique des modifications réalisées depuis 2013

### Les indicateurs recueillis lors du premier recueil national en 2013

Pour la campagne nationale 2013, le thème « Qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques » (DIA) était composé de 13 indicateurs :

- Maîtrise de l'anémie ;
- Surveillance du statut martial du patient traité par ASE ;
- Surveillance du bilan phosphocalcique ;
- Réalisation des dosages en milieu de semaine ;
- Surveillance sérologique des hépatites ;
- Appréciation de l'épuration – Prescription de 3 séances et 12 heures hebdomadaires ;
- Appréciation de l'épuration – Mesure de la dose de dialyse ;
- Respect des prescriptions médicales de dialyse ;
- Surveillance nutritionnelle – Statut nutritionnel ;
- Surveillance nutritionnelle – Consultation diététicienne ;
- Evaluation de l'accès à la transplantation ;
- Voie d'abord vasculaire – Fistule artério veineuse ;
- Voie d'abord vasculaire – Fistule artério veineuse native.

### Les modifications apportées pour le second recueil national en 2015

Pour la seconde campagne nationale 2015, un indicateur a été ajouté aux 13 premiers : « **Evaluation annuelle de l'accès à la transplantation** ».

Le thème DIA était composé de 14 indicateurs, parmi lesquels 7 ont été diffusés publiquement sur le site Scope Santé, dont 6 sous forme agrégée :

- Suivi des patients hémodialysés (SPH) agrège : Surveillance du statut martial du patient traité par ASE, Surveillance du bilan phosphocalcique, Surveillance sérologique des hépatites et Surveillance nutritionnelle – Statut nutritionnel.
- Appréciation de la qualité de la dialyse (ADQ) agrège : Appréciation de l'épuration – Prescription de 3 séances et 12 heures hebdomadaires et Appréciation de l'épuration – Mesure de la dose de dialyse.
- Accès à la transplantation rénale.

### Les modifications apportées pour le troisième recueil national en 2017

Les huit indicateurs suivants ne seront pas recueillis pour la campagne nationale 2017 soit parce que les résultats de la campagne 2015 étaient élevés et ne présentaient plus d'intérêt pour améliorer la qualité de la prise en charge dans de nombreux établissements, soit par manque de pertinence :

- Réalisation des dosages en milieu de semaine (DOS) ;
- Surveillance sérologique des hépatites (SER) ;
- Appréciation de l'épuration – Mesure de la dose de dialyse (MDD) ;
- Surveillance du bilan phosphocalcique (PHO) ;
- Respect des prescriptions médicales de dialyse (PMS) ;
- Evaluation de l'accès à la transplantation (EAT) ;
- Évaluation de l'abord vasculaire – Fistule artério veineuse (VAV 1) ;
- Évaluation de l'abord vasculaire – Fistule artério veineuse native (VAV 2).

Les deux indicateurs agrégés « **Suivi des patients hémodialysés (SPH)** » et « **Appréciation de la qualité de la dialyse (AQD)** » ne regroupant plus qu'un nombre très limité d'indicateurs (respectivement 2 et 1), il a été décidé de les supprimer pour offrir plus de visibilité aux indicateurs sous-jacents.

# Références bibliographiques

---

- I National Kidney Foundation, Kidney Disease Outcomes Quality Initiative. IV. NKF-K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Anemia of Chronic Kidney Disease: update 2000. *Am J Kidney Dis* 2001;37(1 Suppl 1):S182-S238
  
- II ERA, Revised European Best Practice Guidelines for the Management of Anaemia in Patients with Chronic Renal Failure, T.E.R.A.-E.D.a.T. Association, Editor. 2005, *Nephrol Dial Transplant* 19(suppl 2): 2-5.
  
- III Haute Autorité de santé. Maladie rénale chronique de l'adulte. Guide du parcours de soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012.  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide\\_parcours\\_de\\_soins\\_mrc\\_web.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parcours_de_soins_mrc_web.pdf)
  
- IV Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Anemia Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for Anemia in Chronic Kidney Disease. *Kidney int., Suppl.* 2012; 2: 279–335.
  
- V Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Traitement de l'anémie au cours de l'insuffisance rénale chronique de l'adulte. Saint-Denis: AFSSAPS; 2005.  
[http://www.soc-nephrologie.org/PDF/enephro/recommandations/Afssaps/2005/anemie\\_reco.pdf](http://www.soc-nephrologie.org/PDF/enephro/recommandations/Afssaps/2005/anemie_reco.pdf)
  
- VI European Best Practice Guidelines Working Group, Tattersall J, Martin-Malo A, Pedrini L, Basci A, Canaud B, et al. EBPG guideline on dialysis strategies. *Nephrol Dial Transplant* 2007;22(Suppl 2):ii5-21.  
[http://ndt.oxfordjournals.org/content/22/suppl\\_2/ii5.full.pdf](http://ndt.oxfordjournals.org/content/22/suppl_2/ii5.full.pdf)
  
- VII National Kidney Foundation, Kidney Disease Outcomes Quality Initiative. Clinical practice guidelines for hemodialysis adequacy, update 2006. *Am J Kidney Dis* 2006;48 (Suppl 1):S2-90.
  
- VIII European Best Practice Guidelines Working Group, Fouque D, Vennegoor M, ter Wee P, Wanner C, Basci A, et al. EBPG guideline on nutrition. *Nephrol Dial Transplant* 2007;22(Suppl 2):ii45-ii87.  
[http://ndt.oxfordjournals.org/content/22/suppl\\_2/ii45.full.pdf](http://ndt.oxfordjournals.org/content/22/suppl_2/ii45.full.pdf)
  
- IX European Expert Group on Renal Transplantation, European Renal Association, European Society for Organ Transplantation. European Best Practice Guidelines for Renal Transplantation (part 1). *Nephrol Dial Transplant* 2000;15(Suppl 7):1-85
  
- X UK Renal Association, Dudley C, Harden P. Clinical practice guidelines. Module 4: assessment for renal transplantation. 4th ed ed. London: UKRA; 2008.  
[http://www.renal.org/docs/default-source/guidelines-resources/Module\\_4\\_-\\_Assessment\\_for\\_Transplantation\\_-\\_4th\\_Edition.pdf?sfvrsn=0](http://www.renal.org/docs/default-source/guidelines-resources/Module_4_-_Assessment_for_Transplantation_-_4th_Edition.pdf?sfvrsn=0)



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur

[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)