

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



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

Prise en charge des patients hémodialysés chroniques

Résultats nationaux de la campagne
2015 - Données 2014 et 2015

Rapport long

Novembre 2015

Ce document présente les résultats, issus du recueil 2015 – données 2014 et 2015, des indicateurs du thème « Prise en charge des patients hémodialysés chroniques », réalisé par toutes les structures ayant une activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale et prenant en charge des patients hémodialysés chroniques sous la coordination de la Haute Autorité de Santé.

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

Rapport rédigé sans 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, contacter le service DIM de votre établissement.

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



Pour en savoir plus

Le descriptif des indicateurs est disponible sur le site Internet :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_970481/ipaqss-recueils-des-indicateurs

Pour nous contacter

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

Ce rapport a été corédigé par Marie Erbault et Frédéric Capuano sous la coordination de Rose Derenne, adjointe, et sous la responsabilité de Catherine Grenier, chef du service « Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins » (SIPAQSS).

Rapport validé par le Collège de la HAS le 18 novembre 2015.

Sommaire

Sommaire	3
Avant-propos : Politique nationale des indicateurs qualité et sécurité des soins	4
Introduction	5
Descriptif de la campagne nationale	7
Indicateur « Maîtrise de l'anémie »	9
Indicateur « Surveillance du statut martial du patient traité par ASE »	12
Indicateur « Surveillance du bilan phospho-calcique »	15
Indicateur « Réalisation des dosages en milieu de semaine »	18
Indicateur « Surveillance sérologique des hépatites »	21
Indicateur « Appréciation de l'épuration - Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires »	24
Indicateur « Appréciation de l'épuration - Mesure de la dose de dialyse »	27
Indicateur « Respect des prescriptions médicales de dialyse »	30
Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel »	33
Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Consultation diététicienne »	36
Indicateur « Évaluation de l'accès à la transplantation »	39
Indicateur « Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation »	42
Indicateurs « Évaluation de l'abord vasculaire »	45
Indicateur agrégé « Suivi des patients hémodialysés »	48
Indicateur agrégé « Appréciation de la qualité de la dialyse »	50
Distribution des ES par rapport à la moyenne nationale	52
Bilan et perspectives	53
Résultats 2015 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)	58
Table des illustrations	59
Annexes	61
Annexe I : Méthodes de recueil et d'analyse	61
Annexe II : Résultats complémentaires	65
Références bibliographiques	83

Avant-propos : Politique nationale des indicateurs qualité et 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 le cadre de l'approche globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé, via le suivi d'indicateurs.

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

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires renforce l'utilisation des indicateurs de qualité au sein des établissements de santé 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. Dans ce cadre, la liste des IQSS mis à la disposition du public est fixée annuellement par arrêté ministériel. Ceci concerne certains IQSS obligatoires et imputables aux établissements de santé, ayant fait l'objet de plus d'une campagne nationale. Cette diffusion de leur résultat par les établissements de santé est accompagnée par la diffusion publique sur le site Scope Santé (www.scopesante.fr).

Les résultats des établissements pour ces indicateurs y sont présentés avec un code couleur et leur classe A, B, C, selon qu'ils sont supérieurs (vert), égaux (jaune) ou inférieurs (orange) à la référence nationale appelé 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 minimum 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 (COPIL) 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, contrat de performance, d'objectifs et de moyens (CPOM), dispositifs d'incitation financière à la qualité, etc...), un contrôle qualité de leur recueil est effectué. Depuis 2013, une orientation nationale de contrôle 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 d'assurer 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 concernés par région : la moitié des établissements est tirée au sort aléatoirement parmi la liste des établissements concernés par le recueil et l'autre est au choix de l'ARS. Le recueil des indicateurs peut être non validé par le contrôle : dans ce cas le résultat est annulé. Il est indiqué comme non validé sur le site Scope Santé.

Cet ensemble permet d'objectiver les progrès réalisés par les établissements concernant la qualité et la sécurité des soins.

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

Introduction

Contexte

L'insuffisance rénale chronique terminale est une priorité de santé publique. En 2013, elle touche en France plus de 76 000 personnes nécessitant un traitement de suppléance, la dialyse ou la greffe. Environ 44 % des personnes en insuffisance rénale chronique terminale sont porteuses d'un greffon rénal fonctionnel². 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,... Aussi de nombreux patients, 56 %, bénéficient d'un traitement par épuration extra rénale. Parmi ces patients plus de 93 % recourent à l'hémodialyse.

Le coût global de la dialyse pour l'assurance maladie s'élevait à plus de 2,5 milliards d'euros en 2013 données Caisse Nationale d'Assurance Maladie³).

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 qualité 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.

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, CBU, IFAQ...⁴);
- les usagers via l'affichage des résultats dans les établissements de santé et sur le site de diffusion publique Scope Santé ([cf. avant-propos](#)), pour leurs démarches de recherche d'information sur la qualité des établissements de santé.

Les indicateurs

La deuxième campagne de recueil des indicateurs de la « Qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques » s'est déroulée de mars à juin 2015.

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

Le thème « Qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques » est composé de 14 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 3 séances et 12 heures hebdomadaires ;

² Réseau Epidémiologie Information Néphrologie - Rapport Annuel 2013 – Agence de la biomédecine

³ Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses - Propositions de l'Assurance Maladie pour 2016 - 2 juillet 2015

⁴ CPOM : contrat pluriannuel d'objectif et de moyen, CBU : contrat de bon usage, IFAQ : incitation financière à l'amélioration de la qualité.

- Appréciation de l'épuration - Mesure de la dose de dialyse ;
- Respect des prescriptions médicales de dialyse ;
- Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel ;
- Surveillance nutritionnelle - Consultation diététicienne ;
- Évaluation de l'accès à la transplantation ;
- Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation ;
- Évaluation de l'abord vasculaire - Fistule artério-veineuse⁵ ;
- Évaluation de l'abord vasculaire - Fistule artério-veineuse native¹.

Parmi eux, 7 font l'objet d'une diffusion publique dans les établissements et sur le site Scope Santé dont 6 sous la forme de 2 indicateurs agrégés.

- Suivi des patients hémodialysés 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 agrège : Appréciation de l'épuration – Prescription de 3 séances et 12 heures hebdomadaires et Appréciation de l'épuration – Mesure de la dose de dialyse.
- Évaluation de l'accès à la transplantation rénale.

Pour 3 indicateurs, les patients atypiques⁶ sont exclus de la moyenne nationale pondérée : Maîtrise de l'anémie, Appréciation de l'épuration : Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires, Surveillance nutritionnelle : Consultation diététicienne et les 2 indicateurs concernant l'évaluation de l'abord vasculaire.

Leur recueil en 2015

Le recueil consiste en une enquête rétrospective portant sur un échantillon aléatoire de patients adultes hémodialysés dans la même structure depuis au moins 9 mois au moment du recueil. Soixante dossiers sont analysés par structure pour l'ensemble des indicateurs.

Le recueil est réalisé sur la plate-forme 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 participants et à leur politique qualité conduite ou à engager. Sur cette plate-forme, la présentation des résultats individuels permet d'identifier les voies d'amélioration et, grâce à l'évolution dans le temps, les établissements peuvent valoriser le résultat des actions d'amélioration mises en œuvre.

La qualité du recueil des indicateurs a été contrôlée par les ARS au cours du troisième trimestre 2015. A l'issue de ce contrôle qualité du recueil, les résultats de ces indicateurs, par établissement, sont mis à disposition du public sur le site Scope Santé (novembre 2015).

Ce rapport présente :

- Un descriptif de la campagne 2015, établissements participants et dossiers analysés.
- Les résultats nationaux 2015 par indicateur sur des données 2015 avec des analyses complémentaires et des résultats comparatifs, positionnement des ES par rapport à l'objectif de performance.
- Le bilan et les perspectives.

Les annexes présentent la méthode de recueil et d'analyse, les tableaux complémentaires des résultats des indicateurs par variable étudiée, les moyennes par région et par type d'établissements des indicateurs et les grilles utilisées pour le recueil.

⁵ La comparaison inter structures n'est pas restituée en raison de l'hétérogénéité des populations prises en charge.

⁶ 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 ».

Descriptif de la campagne nationale

Établissements de santé participants

Chaque structure prenant en charge des patients hémodialysés chroniques, quelles qu'en soient les modalités (centres, unités de dialyse médicalisées, unités d'autodialyse assistée ou non, domicile), est tenue de mesurer les indicateurs « Prise en charge des patients hémodialysés chroniques ».

Dans chaque établissement, 60 dossiers maximum de patients hémodialysés dans la structure sont sélectionnés par tirage au sort aléatoire à partir des données du PMSI.

Pour cette campagne, 308 structures devaient réaliser le recueil, 4 n'ont pas participé et sont considérées comme structures « non répondantes », soit 1 % des structures concernées. Ce sont 305 structures (304 ayant l'obligation et 1 sans obligation) qui ont participé au recueil des indicateurs.

Séjours analysés

Au niveau national, 17 488 dossiers de patients hémodialysés depuis au moins 9 mois dans la structure ont été tirés au sort sur l'année 2014 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 :

- 0,26 % (46 dossiers) non retrouvés ;
- 0,3 % (55 dossiers) comportaient une incohérence PMSI ;
- 1 % (103 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) ;
- 3 % (520 dossiers) ont été exclus car les patients étaient décédés depuis le début de l'année ;
- 10 % (1813 dossiers) ont été exclus car le patient n'était plus dialysé dans la structure au moment de la saisie du dossier.

Au total, l'analyse a porté sur 14 951 dossiers parmi lesquels 67 % sont entièrement informatisés, 55 % en 2012 et 32 % partiellement, 42 % en 2012, il reste 2 % de dossiers non informatisés, 3 % en 2012. Le nombre de dossiers totalement informatisés a progressé de 12 points entre les 2 campagnes, le nombre de dossiers non informatisés n'a lui baissé que de 1 point.

Population

La population de patients étudiée comprend 42 % de femmes; dans le registre REIN (rapport 2013) la prévalence est de 39 % pour les femmes. L'âge moyen est de 69,2 ans, l'âge médian est de 72 ans et plus de 55 % des patients ont 70 ans ou plus. Dans le registre REIN (rapport 2013), l'âge médian est de 70,2 ans, et 61 % des patients ont plus de 65 ans. Nous constatons que la population de notre échantillon est un peu plus âgée que la population décrite dans le registre REIN présentant le taux de prévalence de 2013.

Chez les patients pour lesquels une mesure de la diurèse est retrouvée (9190 dossiers), 56 % (5143 dossiers) sont anuriques. La mesure de la diurèse est manquante dans 38 % des dossiers (5761 dossiers).

Les patients de la population étudiée sont majoritairement hémodialysés depuis plus de 2 ans : 10 268 (67 %) versus 4 317 (29 %) depuis moins de 2 ans.

Les patients de la population étudiée sont majoritairement hémodialysés dans la même structure depuis plus de 2 ans : 9 667 (65 %) versus 4 991 (33 %) depuis moins de 2 ans.

Descriptif des modalités de prise en charge

Pour la population de patients étudiée, la grande majorité est hémodialysée en centre 74 % (11 137 dossiers), 14 % (2 132 dossiers) sont pris en charge dans une unité de dialyse médicalisée, 11 % (1 646 dossiers) en autodialyse et 36 patients sont hémodialysés à domicile. Dans le registre REIN

au 31 décembre 2013 la répartition des traitements dans cette population est la suivante : hémodyalyse en centre 56 %, unité de dialyse médicalisée 17,5 %, autodialyse 18,5 %.

Les modalités de prise en charge des patients dont les dossiers sont analysés sont tout à fait comparables entre les 2 recueils.

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 indicateurs, 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 305 structures ayant réalisé le recueil, 214 ont défini des dossiers de patients comme atypiques, représentant 1 672 dossiers parmi les 14 951 retenus pour le recueil, soit 11 % des dossiers retenus.

Les patients atypiques l'étaient pour :

- 53 % en raison de comorbidités ne permettant pas une prise en charge conforme aux recommandations de bonne pratique ;
- 23 % non compliance ;
- 15 % l'étaient pour d'autres raisons ;
- 9 % ayant des modifications cliniques exceptionnelles.

Les structures avaient en moyenne 11 % de dossiers atypiques (médiane 6 %). Aucune structure n'a codé tous ses dossiers comme atypiques.

Calcul et présentation des résultats

Pour chaque indicateur, dans la partie analyse nationale, un tableau présente :

- le nombre d'établissements ayant participé au recueil, le nombre de dossiers inclus ;
- le nombre d'établissements ayant inclus plus de 10 dossiers, le nombre de dossiers inclus dans ces établissements ;
- le résultat national (moyenne pondérée⁷ pour les taux et médiane⁸ pour les délais). Les résultats des moyennes nationales des 2 recueils ne sont pas strictement comparables car les résultats des moyennes nationales du recueil de 2013 n'incluaient que les dossiers des établissements ayant analysé plus de 30 dossiers, en 2015 le seuil a été fixé à 10 dossiers et la moyenne est pondérée sur l'activité des établissements dans la prise en charge des patients hémodialysés chroniques.

Pour chaque indicateur diffusé publiquement un tableau présente le nombre d'établissements ayant atteint l'objectif national de performance (=), le nombre de ceux qui sont en dessous (-) et ceux qui sont au-dessus (+) (cf [annexe I](#)).

La distribution des résultats des indicateurs par région et par catégorie d'ES sont rapportés pour information en [annexe II](#).

⁷ La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des AVC en France.

⁸ La médiane représente le délai ou le taux au-delà duquel la moitié des dossiers se situent.

Indicateur « Maîtrise de l'anémie »

Description

Proportion de patients pour lesquels, dans les 2 derniers mois : une mesure de l'hémoglobine a été réalisée avant le début de la séance de dialyse ET dont la valeur se situe entre 9 et 13g/dl pour les patients sous ASE (ASE+) ou >10g/dl pour les patients sans ASE (ASE-).	
Définition	<p>Les patients hémodialysés doivent avoir une mesure de l'hémoglobinémie au minimum tous les 2 mois. Les recommandations de bonne pratique fixent les cibles thérapeutiques suivantes : >11g/dl pour les ASE-, 10 à 12g/dl pour les patients ASE+. Cependant elles définissent également comme valeurs acceptables une hémoglobine >10g/dl pour les ASE-, à 9 à 13g/dl pour les patients ASE+. 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>L'indicateur, présenté sous forme d'un taux, évalue la proportion de patients pour lesquels, au cours des 2 derniers mois, une mesure de l'hémoglobine a été réalisée avant le début de la séance de dialyse et dont la valeur se situe entre 9 et 13 g/dl pour les patients sous traitement ASE ou supérieure à 10 g/dl pour les patients sans traitement ASE. Il s'agit d'un indicateur de résultat intermédiaire.</p>
Références professionnelles (1) (2) (3)	<p>Cibles thérapeutiques définies dans les recommandations de bonnes pratiques :</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) <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) ». [10]</p> <p>La HAS recommande, au stade de dialyse, une surveillance biologique (NFS plaquettes) toutes les 2 à 6 semaines (selon le contexte).</p> <p>De nouvelles recommandations définissent des valeurs acceptables :</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 < 10.0 g/dl (< 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>3.4.3: For adult CKD 5D patients, we suggest that ESA therapy be used to avoid having the Hb concentration fall below 9.0 g/dl (90 g/l) by starting ESA therapy when the hemoglobin is between 9.0–10.0 g/dl (90–100 g/l). (2B)</p> <p>3.4.4: Individualization of therapy is reasonable as some patients may have improvements in quality of life at higher Hb concentration and ESA therapy may be started above 10.0 g/dl (100 g/l). (Not Graded)</p> <p>3.5.1: In general, we suggest that ESAs not be used to maintain Hb concentration above 11.5 g/dl (115 g/l) in adult patients with CKD. (2C)</p> <p>3.5.2: Individualization of therapy will be necessary as some patients may have improvements in quality of life at Hb concentration above 11.5 g/dl (115 g/l)</p> <p>3.6: In all adult patients, we recommend that ESAs not be used to intentionally increase the Hb concentration above 13 g/dl (130 g/l) »..</p>
Diffusion publique	Non
Type d'indicateur	Indicateur de résultat.
Numérateur	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+).
Dénominateur	Nombre de patients inclus.
Critères d'exclusion	Les patients atypiques sont exclus du calcul de cet indicateur

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 1. Indicateur « Maîtrise de l'anémie » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2015

Campagne 2015 - Données 2015		
Moyenne nationale pondérée La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des patients hémodialysés.	92 %	
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	304
	Nombre de dossiers	13 279
	Moyenne	91 %
ES avec plus de 10 dossiers	Nombre d'ES	294
	Nombre de dossiers	13 235

La moyenne nationale pondérée est de 92 % en 2015.

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+ (N = 11230)		Patient ASE (N = 2028)
				Mesure hors cible		
				8 %		
				< 9 g/dl	> 13 g/dl	< 10 g/dl
0 %	0 %	0 %	2 %	4 %	4 %	4 %

Résultats complémentaires

La moyenne de l'ensemble des dossiers a progressé de 26 points par rapport au précédent recueil en 2013 (65 %). Cette forte progression est due en partie au changement des bornes, modifiées pour suivre l'évolution des recommandations de bonne pratique.

Les deux mesures de l'indicateur montrent que le taux de dossiers dans lesquels une mesure de l'hémoglobine réalisée avant le début de séance, retrouvée dans les 2 derniers mois est de 98 %.

Pour les dossiers des patients considérés comme atypiques, le taux moyen d'hémoglobine conforme aux recommandations de bonne pratique est de 86 %.

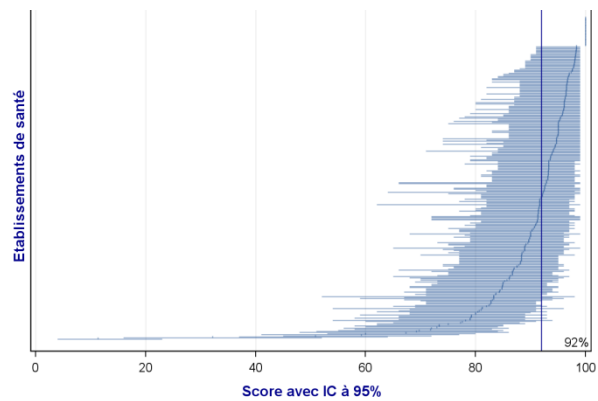
Au niveau régional certaines régions présentent des taux au-dessus de la moyenne nationale, la Corse avec un taux de 100 %, les régions PACA et Poitou Charentes avec un taux de 95 %, à contrario d'autres régions présentent des taux de plus de 10 points en dessous de la moyenne nationale la Guyane (59 %), la Martinique (80 %), la Guadeloupe (85 %), l'Auvergne (86 %), ainsi que le service de santé des armées (83 %).

Distribution des établissements en fonction de leur résultat

La moyenne nationale pondérée à 92 % prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des patients hémodialysés en France. D'autres résultats sont à prendre en compte. La médiane à 93 % indique que la moitié des établissements tracent la mesure de la maîtrise de l'anémie dans plus de 9 dossiers sur 10. Le graphique montre qu'il subsiste une dispersion du résultat de cet indicateur en fonction des établissements qui varie de 11 % à 100 %.

Tableau 3 et Graphique 1. Indicateur « Maîtrise de l'anémie » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 - Données 2015 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015

ES avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre ES	294
Nombre de dossiers	13 235
Min ES	11 %
Max ES	100 %
1 ^{er} quartile	90 %
Médiane	93 %
3 ^e quartile	96 %



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,

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Maîtrise 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 92 %.

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

Description

<p>Proportion de patients ASE+ pour lesquels, dans les 3 derniers mois, ont été réalisés : un dosage de la ferritine (à distance de la dernière supplémentation en fer i.v) ET 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.</p>	
<p>Définition</p>	<p>La réserve en fer des patients sous agent stimulant l'érythropoïèse (ASE), en traitement d'entretien, doit être régulièrement évaluée.</p> <p>L'indicateur, présenté sous forme d'un taux, évalue 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 IV 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) permettant d'évaluer le statut martial du patient.</p>
<p>Références professionnelles (4)</p>	<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).</p> <p>La voie intraveineuse est la voie optimale pour l'administration du fer chez les patients en hémodialyse (Grade A)</p> <p>La dose d'ASE doit être ajustée suivant l'évolution de l'hémoglobinémie sous traitement.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pendant la phase de correction initiale, l'hémoglobinémie doit être surveillée toutes les deux à quatre semaines. [...] • Pendant la phase d'entretien, l'hémoglobinémie une fois stabilisée sera surveillée tous les un à deux mois [...] <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>Diffusion publique</p>	<p>Oui dans le score agrégé Suivi des patients hémodialysés</p>
<p>Type d'indicateur</p>	<p>Indicateurs de processus. Ajustement sur le risque : non.</p>
<p>Numérateur</p>	<p>Nombre de patients ASE+ pour lesquels, dans les 3 derniers mois, ont été réalisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un dosage de la ferritine au moins 6 jours après la dernière supplémentation en fer i.v. <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> • une deuxième mesure permettant d'évaluer le statut martial du patient.
<p>Dénominateur</p>	<p>Nombre de patients ASE+ inclus.</p>

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 4. Indicateur « Surveillance du statut martial du patient traité par ASE » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2015

Campagne 2015 - Données 2015		
Moyenne nationale pondérée La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des patients hémodialysés.	80 %	
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	305
	Nombre de dossiers	12 683
	Moyenne	79 %
ES avec plus de 10 dossiers	Nombre d'ES	300
	Nombre de dossiers	12 653

La moyenne nationale pondérée est de 80 % en 2015.

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

N = 12 570	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 IV dans les 6 jours précédant la mesure
Ferritinémie	0 %	0 %	2 %	18 %
Coefficient de saturation de la transferrine	1 %	0 %	2 %	
Pourcentage d'hématies hypochromes	73 %	0 %	1 %	
Concentration en hémoglobine des réticulocytes	61 %	0 %	2 %	

Résultats complémentaires

La moyenne de l'ensemble des dossiers a progressé de 6 points par rapport au précédent recueil en 2013 (73 %).

Dans 18 % des dossiers le dosage de ferritine est réalisé trop précocement après la supplémentation IV en fer.

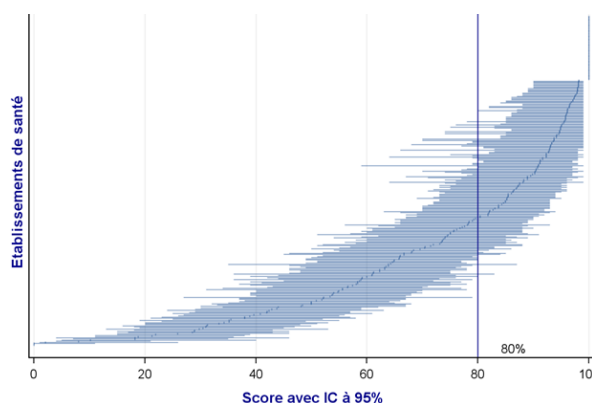
Au niveau régional, 3 régions présentent des taux supérieur de plus de 10 points à la moyenne nationale, la Basse Normandie (91 %), la Corse et le Poitou Charentes (93 %), a contrario d'autres régions présentent des taux de 19 points et plus en dessous de la moyenne nationale la Guadeloupe (34 %), la Martinique (56 %), la Guyane (57 %), ainsi que le service de santé des armées (61 %).

Distribution des établissements en fonction de leur résultat

La moyenne nationale pondérée à 80 % prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des patients hémodialysés en France. D'autres résultats sont à prendre en compte. La médiane à 86 % indique que la moitié des établissements tracent la surveillance du statut martial du patient traité par ASE dans près de 9 dossiers sur 10. Le graphique montre qu'il subsiste une dispersion du résultat de cet indicateur en fonction des établissements qui varie de 0 à 100 %.

Tableau 6 et Graphique 2. Indicateur « Surveillance du statut martial du patient traité par ase » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 - données 2015 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015

ES avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre ES	300
Nombre de dossiers	12 653
Min ES	0 %
Max ES	100 %
1 ^{er} quartile	70 %
Médiane	86 %
3 ^e quartile	97 %



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,

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, un dosage de la ferritine, au moins 6 jours après la dernière supplémentation en fer IV, a été réalisé est de 80 %. L'association de ce dosage de ferritine bien programmé et d'une deuxième mesure permettant d'évaluer le statut martial du patient, est retrouvée dans 80 %* des dossiers.

* Moyenne pondérée nationale

Indicateur « Surveillance du bilan phosphocalcique »

Description

Proportion de patients pour lesquels, ont été réalisées : une mesure de la phosphorémie et de la calcémie totale au cours du dernier mois et avant le début de la séance de dialyse ET une mesure de la PTH au cours des 3 derniers mois.	
Définition	<p>Les patients en dialyse doivent bénéficier d'une surveillance de leur calcémie et de leur phosphorémie tous les mois. Les professionnels du groupe de travail se sont accordés pour qu'une surveillance de la parathormone (PTH) soit réalisée tous les 3 mois.</p> <p>L'indicateur, présenté sous forme d'un taux, évalue la proportion de patients pour lesquels ont été réalisées une mesure de la phosphorémie et de la calcémie totale au cours du dernier mois et avant le début de la séance de dialyse et une mesure de la parathormone au cours des 3 derniers mois.</p>
Références professionnelles (3) (5) (6) (7)	<p>« Serum calcium and phosphate should be measured in routine intervals and obtained immediately before the haemodialysis session starts. (Evidence level: C) The target range of serum phosphorus in dialysis patients should be 0.8–1.8 mmol/l (2.5–5.5 mg/dl) aiming for a normal Ca3P ion product (-55 mg2/dl2). (Evidence level: B) »</p> <p>« In CKD patients with kidney failure (Stage 5) and those treated with hemodialysis or peritoneal dialysis, the serum levels of phosphorus should be maintained between 3.5 and 5.5 mg/dL (1.13 and 1.78 mmol/L). (EVIDENCE)</p> <p>In CKD Patients With Kidney Failure (Stage 5): Serum levels of corrected total calcium should be maintained within the normal range for the laboratory used, preferably toward the lower end (8.4 to 9.5 mg/dL [2.10 to 2.37 mmol/L]). (OPINION) »</p> <p>« Pre-dialysis serum phosphate should be between 1.1 and 1.8mmol/l. [...] Pre-dialysis serum calcium, adjusted for serum albumin, should be within the normal range, preferably below 2.5 mmol/l.»</p> <p>La HAS recommande au stade de dialyse une surveillance biologique comprenant la calcémie et la phosphorémie toutes les 2 à 4 semaines ainsi que la PTH tous les 3 mois.</p>
Diffusion publique	Oui dans le score agrégé Suivi des patients hémodialysés
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Numérateur	<p>Nombre de patients pour lesquels sont retrouvées :</p> <ul style="list-style-type: none"> une mesure de la phosphorémie et de la calcémie réalisées au cours du dernier mois et avant le début de la séance <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> une mesure de la PTH réalisée au cours des 3 derniers mois.
Dénominateur	Nombre de patients inclus.

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 7. Indicateur « Surveillance du bilan phosphocalcique » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2015

Campagne 2015 - Données 2015		
Moyenne nationale pondérée La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des patients hémodialysés.	92 %	
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	305
	Nombre de dossiers	14 951
	Moyenne	92 %
ES avec plus de 10 dossiers	Nombre d'ES	301
	Nombre de dossiers	14 927

La moyenne nationale pondérée est de 92 % en 2015.

Tableau 8. Indicateur « Surveillance du bilan phosphocalcique » - Causes de non-conformité à l'indicateur

N = 14 507	Mesure non retrouvée	Mesure retrouvée mais non datée	Mesure retrouvée mais non réalisée en début de séance	Mesure retrouvée mais non réalisée au cours du dernier mois	Mesure retrouvée mais non réalisée au cours des trois derniers mois
Calcémie	0 %	0 %	0 %	3 %	
Phosphorémie	0 %	0 %	0 %	3 %	
Parathormone	1 %	0 %			6 %

Résultats complémentaires

La moyenne de l'ensemble des dossiers a progressé 3 points par rapport au précédent recueil en 2013 (89 %).

Il n'y a que 1 % des dossiers dans lesquels la mesure de la parathormone n'est pas retrouvée, les non-conformités à cet indicateur portent sur les délais de surveillance du bilan phosphocalcique. Et seuls quelques établissements sont concernés: 30 établissements (10 %) ont des résultats inférieurs à la moyenne nationale.

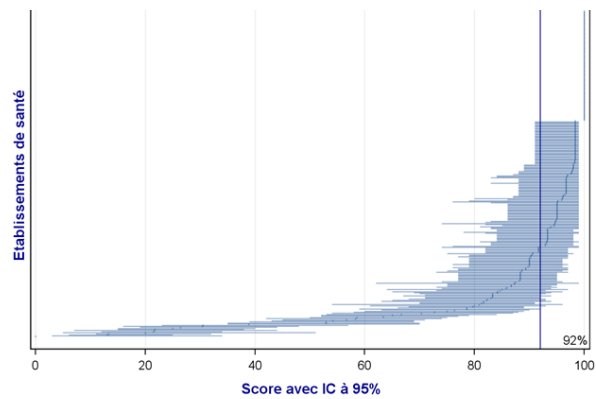
Au niveau régional, 7 régions présentent des taux supérieurs de 5 points et plus à la moyenne nationale, la Corse (100 %), l'Alsace, l'Auvergne, le Limousin, le Nord Pas de Calais, la Picardie et le Poitou Charentes (97 %), à contrario d'autres régions présentent des taux de plus de 10 points en dessous de la moyenne nationale la Guyane (13 %) et la Martinique (80 %).

Distribution des établissements en fonction de leur résultat

La moyenne nationale pondérée à 92 % prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des patients hémodialysés en France. D'autres résultats sont à prendre en compte. La médiane à 97 % indique que la moitié des établissements tracent la mesure du bilan phosphocalcique dans la presque totalité des dossiers. Le graphique montre qu'il subsiste une dispersion du résultat de cet indicateur en fonction des établissements qui varie de 0 à 100 %.

Tableau 9 et Graphique 3. Indicateur « Surveillance du bilan phosphocalcique » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 - données 2015 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015

ES avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre ES	301
Nombre de dossiers	14 927
Min ES	0 %
Max ES	100 %
1 ^{er} quartile	90 %
Médiane	97 %
3 ^e quartile	100 %



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

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Surveillance du bilan phosphocalcique»

- Le taux moyen national pondéré de dossiers dans lesquels sont retrouvée une mesure de la phosphorémie et de la calcémie, réalisée au cours du dernier mois et avant le début de la séance, et une mesure de la parathormone, réalisée au cours des 3 derniers mois, est de 92 %.

Indicateur « Réalisation des dosages en milieu de semaine »

Description

<p>Proportion d'examens biologiques réalisés en milieu de semaine, parmi les examens suivants, lorsqu'ils ont été réalisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mesure de l'hémoglobine ; • Mesure de la ferritinémie ; • Détermination du coefficient de saturation de la transferrine ; • Calcul du pourcentage d'hématies hypochromes ; • Mesure de la teneur en hémoglobine des réticulocytes ; • Mesure de la phosphorémie ; • Mesure de la calcémie ; dosage de la PTH ; • Mesure de l'albuminémie. 	
Définition	<p>Compte tenu de la variation volémique des patients durant leur cycle hebdomadaire de dialyse, la mesure de l'hémoglobine et par extension l'ensemble des mesures biologiques sanguines des concentrations doivent être réalisées, par convention, en milieu de semaine pour pouvoir les interpréter en regard des recommandations et suivre leurs évolutions.</p> <p>L'indicateur, présenté sous forme d'un taux, évalue la proportion d'examens biologiques réalisés en milieu de semaine, parmi les examens suivants, lorsqu'ils ont été réalisés : surveillance de l'anémie, évaluation du statut martial du patient et surveillance du bilan phosphocalcique.</p>
Références professionnelles (4)	« Pour les patients en hémodialyse, l'hémoglobinémie retenue est celle observée avant la dialyse du milieu de semaine (Accord professionnel) ».
Diffusion publique	Non
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus.</p> <p>Score composite.</p> <p>Ajustement sur le risque : non.</p>
Numérateur	Un score individuel est calculé pour chaque dossier. Il correspond à la somme des dosages réalisés en milieu de semaine divisée par la somme des dosages applicables.
Dénominateur	Le score global est calculé pour l'ensemble des dossiers. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x100).
Critères d'exclusion	Les patients réalisant leur traitement à domicile sont exclus du calcul de cet indicateur pour la comparaison inter établissement, en effet ces patients réalisent ces dosages lors de leur visite dans le centre dont ils dépendent celle-ci n'étant pas toujours programmée en milieu de semaine.

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 10. Indicateur « Réalisation des dosages en milieu de semaine » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2015

Campagne 2015 - Données 2015		
Moyenne nationale pondérée La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des patients hémodialysés.	83 %	
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	305
	Nombre de dossiers	14 906
	Moyenne	81 %
ES avec plus de 30 dossiers	Nombre d'ES	267
	Nombre de dossiers	14 157

La moyenne nationale pondérée est de 83 % en 2015.

Résultats complémentaires

La moyenne de l'ensemble des dossiers a progressé de 6 points par rapport au précédent recueil en 2013 (75 %).

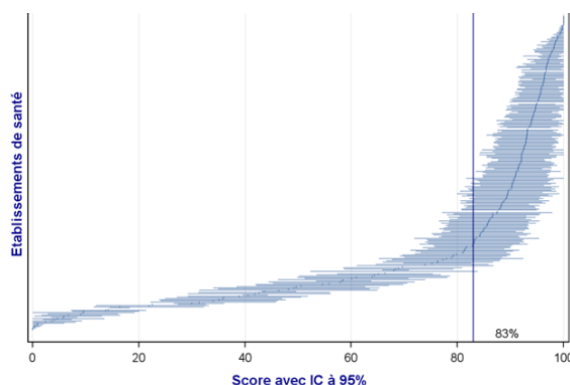
Au niveau régional 6 régions présentent un taux supérieur ou égal à 90 % l'Alsace et la Bourgogne (90 %), le Centre (91 %), la Franche Comté (92 %), l'Auvergne (95 %), la Réunion (94 %), a contrario d'autres régions présentent des taux de plus de 10 points en dessous de la moyenne nationale la Basse Normandie (59 %), la Guadeloupe (63 %) et la Bretagne (69 %).

Distribution des établissements en fonction de leur résultat

La moyenne pondérée nationale à 83 % prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des patients hémodialysés en France. D'autres résultats sont à prendre en compte. La médiane à 91 % indique que la moitié des établissements tracent la réalisation des dosages en milieu de semaine dans plus de 9 dossiers sur 10. Le graphique montre qu'il subsiste une dispersion du résultat de cet indicateur en fonction des établissements qui varie de 0 à 100 %.

Tableau 11 et Graphique 4. Indicateur « Réalisation des dosages en milieu de semaine » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 - Données 2015 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015

ES avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre ES	267
Nombre de dossiers	14 157
Min ES	0 %
Max ES	100 %
1 ^{er} quartile	82 %
Médiane	91 %
3 ^e quartile	95 %



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,

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Réalisation des dosages en milieu de semaine »

- Le taux moyen national pondéré d'examens biologiques réalisés en milieu de semaine, parmi les examens retrouvés dans les dossiers, est de 83 %.

Indicateur « Surveillance sérologique des hépatites »

Description

Proportion de patients non porteurs du virus HB et HC pour lesquels un bilan sérologique de l'hépatite B et C datant de moins de 6 mois est retrouvé.	
Définition	Il est recommandé de pratiquer des sérologies VHB (virus de l'hépatite B) et VHC (virus de l'hépatite C) deux fois par an chez le patient dialysé. L'indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la proportion de patients non porteurs du virus HB et HC pour lesquels un bilan sérologique des hépatites B et C datant de moins de 6 mois a été retrouvé.
Références professionnelles (9)	« En routine, le groupe de travail recommande de pratiquer : - les sérologies VHB et VHC deux fois par an (ou PCR pour le VHC). »
Diffusion publique	Oui dans le score agrégé Suivi des patients hémodialysés
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Numérateur	Nombre de patients pour lesquels est retrouvée une surveillance du statut sérologique de l'hépatite B et C datant de moins de 6 mois.
Dénominateur	Nombre de patients VHB-/VHC- inclus.

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 12. Indicateur « Surveillance sérologique des hépatites »- Résultats de la campagne 2015 – Données 2015

Campagne 2015 - Données 2015		
Moyenne nationale pondérée La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des patients hémodialysés.	93 %	
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	301
	Nombre de dossiers	14 742
	Moyenne	93 %
ES avec plus de 10 dossiers	Nombre d'ES	298
	Nombre de dossiers	14 726

La moyenne nationale pondérée est de 93 % en 2015.

Tableau 13. Indicateur « Surveillance sérologique des hépatites » - Causes de non-conformité à l'indicateur

N = 14 742	Mesure non retrouvée	Mesure retrouvée mais non datée	Mesure retrouvée mais non réalisée au cours des six derniers mois
Sérologie VHB	1 %	0 %	5 %
Sérologie VHC	1 %	0 %	5 %

Résultats complémentaires

La moyenne de l'ensemble des dossiers a progressé de 5 points par rapport au précédent recueil en 2013 (88 %).

Dans 99 % des dossiers étudiés, les patients ne sont pas porteurs des virus de l'hépatite B et/ou C.

Seuls 33 établissements (11 %) ont des résultats inférieurs à la moyenne nationale.

Pour les dossiers des patients considérés comme atypiques, le taux moyen de surveillance du statut sérologique vis-à-vis des hépatites B et C datant de moins de 6 mois est de 92 %.

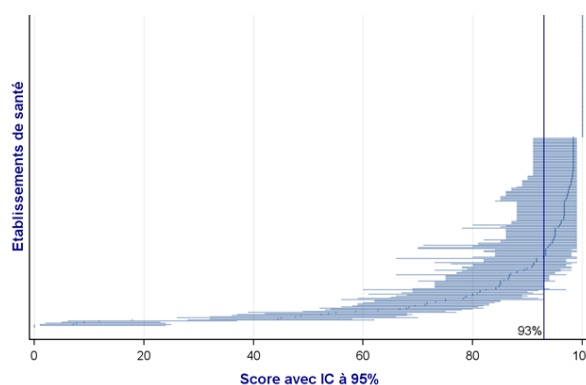
Au niveau régional 5 régions présentent un taux supérieur de 5 points ou plus à la moyenne nationale, la Champagne Ardennes, la Guyane, la Haute Normandie (98 %), le Poitou Charentes (99 %) ainsi que le service des armées (100 %), a contrario d'autres régions présentent un taux de plus de 5 points en dessous de la moyenne nationale la Réunion (75 %), la Bourgogne et la Guadeloupe (87 %).

Distribution des établissements en fonction de leur résultat

La moyenne pondérée nationale à 83 % prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des patients hémodialysés en France. D'autres résultats sont à prendre en compte. La médiane à 97 % indique que la moitié des établissements tracent la réalisation des dosages en milieu de semaine dans près de la totalité des dossiers. Le graphique montre qu'il subsiste une dispersion du résultat de cet indicateur en fonction des établissements qui varie de 0 à 100 %.

Tableau 14 et Graphique 5. Indicateur « Surveillance sérologique des hépatites » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 - Données 2015 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015

ES avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre ES	298
Nombre de dossiers	14 726
Min ES	0 %
Max ES	100 %
1 ^{er} quartile	93 %
Médiane	97 %
3 ^e quartile	100 %



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

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur «Surveillance sérologique des hépatites »

- Le taux moyen national pondéré de patients pour lesquels est retrouvé dans le dossier une surveillance du statut sérologique vis-à-vis des hépatites B et C datant de moins de 6 mois est de 93 %.

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

Description

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.	
Définition	<p>Les patients anuriques doivent être dialysés au moins 3 fois par semaine et au moins 12 heures. Le groupe d'experts 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 12 h 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>
Références professionnelles (10) (11)	<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>
Diffusion publique	Oui dans le score agrégé Appréciation de la qualité de la dialyse
Type d'indicateur	Indicateurs de processus. Ajustement sur le risque : non.
Numérateur	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.
Dénominateur	Nombre de patients inclus.

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 15. Indicateur « Appréciation de l'épuration – Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2015

Campagne 2015 - Données 2015		
Moyenne nationale pondérée La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des patients hémodialysés.	81 %	
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	304
	Nombre de dossiers	13 279
	Moyenne	79 %
ES avec plus de 10 dossiers	Nombre d'ES	294
	Nombre de dossiers	13 235

La moyenne nationale pondérée est de 81% en 2015.

Tableau 16. 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
0 %	4 %	0 %	17 %

Résultats complémentaires

La moyenne de l'ensemble des dossiers est restée stable entre les 2 recueils, 79 % en 2013 également.

Pour les patients dialysés en centre, le taux moyen de prescriptions de 3 séances et 12 heures hebdomadaires est de 77 %, en unité de dialyse médicalisée et en autodialyse le taux est respectivement de 83 % et 88 %. À domicile sur les 28 patients pour lesquels une prescription est retrouvée dans le dossier, pour 20 d'entre eux elle comporte 3 séances et 12 heures hebdomadaires.

Chez les patients avec diurèse résiduelle renseignée, 87 % des patients anuriques ont une prescription de dialyse supérieure ou égale à 12 heures contre 75 % pour les patients non anuriques.

Pour les dossiers des patients considérés comme atypiques, le taux moyen est de 61 %.

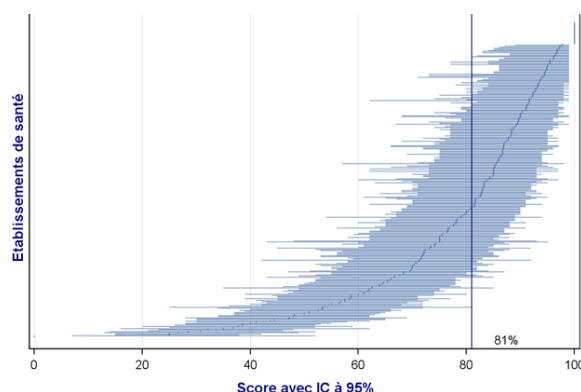
Au niveau régional 2 régions présentent un taux supérieur ou égal à 90 %, le Poitou Charentes (90 %) l'Auvergne (92 %) ainsi que le service des armées (94 %), a contrario d'autres régions présentent un taux de plus de 10 points en dessous de la moyenne nationale, la Guyane (50 %), la Corse (63 %) et la Bretagne (69 %).

Distribution des établissements en fonction de leur résultat

La moyenne pondérée nationale à 81 % prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des patients hémodialysés en France. D'autres résultats sont à prendre en compte. La médiane à 85 % indique que la moitié des établissements tracent la prescription de 3 séances et 12 heures hebdomadaires minimum d'hémodialyse dans plus de 8 dossiers sur 10. Le graphique montre une grande dispersion du résultat de cet indicateur en fonction des établissements qui varie de 0 à 100 %.

Tableau 17 et Graphique 6. Indicateur « Appréciation de l'épuration – Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 - Données 2015 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015

ES avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre structures	294
Nombre de dossiers	13 235
Min ES	0 %
Max ES	100 %
1 ^{er} quartile	74 %
Médiane	85 %
3 ^e quartile	92 %



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,

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 81 %.

Indicateur « Appréciation de l'épuration - Mesure de la dose de dialyse »

Description

Proportion de patients pour lesquels une mesure de la dose de dialyse (Kt/V, KT, coefficient d'extraction de l'urée, taux de réduction de l'urée, taux de l'épuration de l'urée ou dialysance ionique) datant de moins d'un mois est retrouvée.	
Définition	<p>La dose de dialyse est évaluée avec la cinétique de l'urée et doit être évaluée au moins une fois par mois.</p> <p>L'indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la proportion de patients pour lesquels une mesure de la dose de dialyse (Kt/V, KT, coefficient d'extraction de l'urée, taux de réduction de l'urée, taux de l'épuration de l'urée ou dialysance ionique) datant de moins d'un mois est retrouvée.</p>
Références professionnelles (10) (11)	<p>« <i>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)</i></p> <p><i>Delivered dialysis dose should be measured at least monthly. (Opinion)</i></p> <p><i>Dialysis dose should be measured using a validated method comparable with the reference method. The reference method is formal urea kinetic modelling using pre- and post-dialysis blood samples and taking ultrafiltration, urea generation and the post-dialysis rebound into account. (Opinion)</i></p> <p><i>For three times weekly dialysis, dose should be quoted as eKt/V. For schedules other than three times weekly, dose should take frequency into account and be quoted as weekly standard Kt/V (stdKt/V), solute removal index (SRI) or equivalent renal clearance (EKR). (Opinion)</i></p> <p><i>In anuric patients, treated by three times per week dialysis, the prescribed target eKt/V should be at least 1.2. Higher doses, up to 1.4 should be considered in females and those patients with high comorbidity. (Evidence level III) »</i></p> <p>« <i>The delivered dose of HD should be measured at regular intervals no less than monthly. (A)</i></p> <p><i>The dose of HD should be expressed as $(K_{urea} \times T_d)/V_{urea}$ (abbreviated as Kt/V), where K_{urea} is the effective (delivered) dialyzer urea clearance in milliliters per minute integrated over the entire dialysis, T_d is the time in minutes measured from beginning to end of dialysis, and V_{urea} is the patient's volume of urea distribution in milliliters. (B)</i></p> <p><i>The preferred method for measurement of the delivered dose is formal urea kinetic modeling. Other methods may be used provided they give similar results and do not significantly overestimate the modeled dose. (A)</i></p> <p><i>The target dose for HD given 3 times per week with K_r less than 2 mL/min/1.73 m² should be an spKt/V of 1.4 per dialysis not including RKF, or URR of 70%. (A) »</i></p>
Diffusion publique	Oui dans le score agrégé Appréciation de la qualité de la dialyse
Type d'indicateur	Indicateurs de processus. Ajustement sur le risque : non.
Numérateur	Nombre de patients pour lesquels une mesure de la dose de dialyse datant de moins d'un mois est retrouvée.
Dénominateur	Nombre de patients inclus.

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 18. Indicateur « Appréciation de l'épuration - Mesure de la dose de dialyse » - Résultats de la campagne 2015 - Données 2015

Campagne 2015 - Données 2015		
Moyenne nationale pondérée La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des patients hémodialysés.	89 %	
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	305
	Nombre de dossiers	14 951
	Moyenne	89 %
ES avec plus de 10 dossiers	Nombre d'ES	301
	Nombre de dossiers	14 927

La moyenne nationale pondérée est de 89 % en 2015.

Tableau 19. Indicateur « Appréciation de l'épuration - Mesure de la dose de dialyse » - Causes de non-conformité à l'indicateur

Mesure de la dose de dialyse non retrouvée	Mesure de la dose de dialyse retrouvée mais non datée	Mesure de la dose de dialyse retrouvée mais non réalisée au cours du dernier mois
3 %	0 %	7 %

Résultats complémentaires

La moyenne de l'ensemble des dossiers a progressé de 7 points par rapport au précédent recueil en 2013 (82 %).

Seuls 41 établissements (14 %) ont des résultats inférieurs à la moyenne nationale.

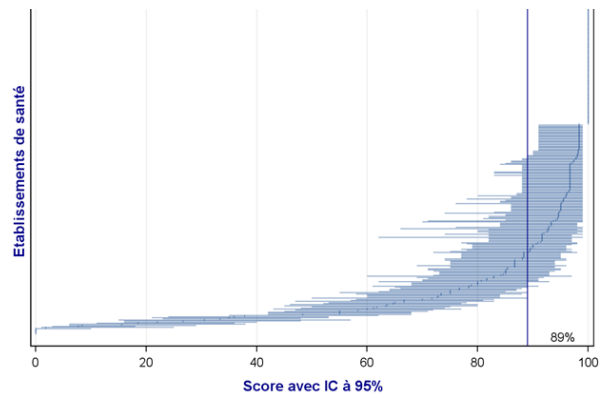
Au niveau régional 4 régions présentent un taux supérieur ou égal de 5 points à la moyenne nationale, l'Aquitaine (94 %), la Haute Normandie (96 %), le Poitou Charentes (97 %), la Corse (100 %), ainsi que le service des armées (95 %), a contrario d'autres régions présentent un taux de plus de 10 points en dessous de la moyenne nationale, la Champagne Ardenne (76 %) et la Guyane (68 %).

Distribution des établissements en fonction de leur résultat

La moyenne pondérée nationale à 89 % prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des patients hémodialysés en France. D'autres résultats sont à prendre en compte. La médiane à 97 % indique que la moitié des établissements tracent une mesure de la dose de dialyse dans le mois précédent le recueil des indicateurs dans la presque totalité des dossiers. Le graphique montre qu'il subsiste une dispersion du résultat de cet indicateur en fonction des établissements qui varie de 0 à 100 %.

Tableau 20 et Graphique 7. Indicateur « Appréciation de l'épuration – Mesure de la dose de dialyse » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 - Données 2015 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015

ES avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre ES	301
Nombre de dossiers	14 927
Min ES	0 %
Max ES	100 %
1 ^{er} quartile	87 %
Médiane	97 %
3 ^e quartile	100 %



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

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Appréciation de l'épuration – Mesure de la dose de dialyse »

- Le taux moyen national pondéré de patients pour lesquels une mesure de la dose de dialyse datant de moins d'un mois est retrouvée est de 89 %.

Indicateur « Respect des prescriptions médicales de dialyse »

Description

Proportion d'avant-dernière et dernière séances par patient respectant les prescriptions médicales relatives au poids en fin de séance et à la durée de la séance au cours de la semaine analysée.	
Définition	<p>Les professionnels du groupe de travail sont d'accord sur l'intérêt d'évaluer la fréquence des séances raccourcies, non réalisées ou non conformes à la prescription.</p> <p>Afin de tenir compte de différences liées à l'enregistrement informatique des séances dans certains centres et des différences de calcul par les générateurs, certains soustraient le temps des auto tests alors que d'autres ne le font pas, il a été décidé avec le groupe de travail de retenir le calcul suivant :</p> <p>Temps de séance prescrit – 10 minutes /temps de séance réalisée</p> <p>L'indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la proportion d'avant-dernière et de dernière séances par patient qui respectent les prescriptions médicales relatives au poids en fin de séance et à la durée de la séance au cours de la semaine analysée. Il s'agit d'un indicateur de résultat.</p>
Références professionnelles (11)	« Efforts should be made to monitor and minimize the occurrence of missed or shortened treatments. (B) »
Diffusion publique	Non
Type d'indicateur	Indicateur de résultat. Score composite. Ajustement sur le risque : non.
Score individuel	Un score individuel est calculé pour chaque dossier. Il correspond à la somme des séances conformes divisée par la somme des séances applicables.
Score global	Le score global est calculé pour l'ensemble des dossiers. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x 100).

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 21. Indicateur « Respect des prescriptions médicales de dialyse » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2015

Campagne 2015 - Données 2015		
Moyenne nationale pondérée La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des patients hémodialysés.	80 %	
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	304
	Nombre de dossiers	14 878
	Moyenne	80 %
ES avec plus de 30 dossiers	Nombre d'ES	266
	Nombre de dossiers	14 123

La moyenne nationale pondérée est de 80 % en 2015.

Tableau 22. Indicateur « Respect des prescriptions médicales de dialyse » - Causes de non-conformité à l'indicateur

N=14878	Durée de dialyse prescrite non retrouvée	Poids sec prescrit non retrouvé	Durée de dialyse effectuée non retrouvée	Poids en fin de séance non retrouvé	Séance non effectuée ou non retrouvée	Durée effectuée inférieure à la durée prescrite	Variation du poids prescrit sur le poids en fin de séance supérieur à 1 %	
Avant dernière séance	0 %	0 %	2 %	2 %	1 %	4 %	14 %	
							<	>
							10%	4%
Dernière séance	0 %	0 %	2 %	2 %	1 %	4 %	13 %	
							<	>
							9 %	4 %

Résultats complémentaires

La moyenne de l'ensemble des dossiers a progressé de 3 points par rapport au précédent recueil en 2013 (77 %).

Le taux moyen de respect des prescriptions tracé dans les dossiers de patients non anuriques est de 91,3 % versus 80,6 % pour les patients anuriques.

Pour les dossiers des patients considérés comme atypiques le taux moyen est de 71 %.

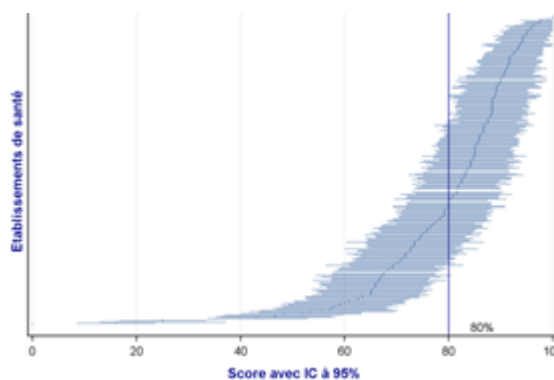
Au niveau régional 3 régions présentent un taux supérieur de 9 points ou plus à la moyenne nationale, la Franche Comté et le Poitou Charentes (89 %), l'Auvergne (91 %), a contrario d'autres régions présentent un taux de plus de 10 points en dessous de la moyenne nationale, la Martinique (65 %) et l'Alsace (68 %).

Distribution des établissements en fonction de leur résultat

La moyenne nationale pondérée à 80 % prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des patients hémodialysés en France. D'autres résultats sont à prendre en compte. La médiane à 83 % indique que dans la moitié des établissements les 2 séances analysées sont conformes aux prescriptions médicales pour la durée des séances et pour le poids des patients en fin de séance dans plus de 8 dossiers sur 10. Le graphique montre qu'il subsiste une dispersion du résultat de cet indicateur en fonction des établissements qui varie de 0 à 100 %.

Tableau 23 et Graphique 8. Indicateur « Respect des prescriptions médicales de dialyse » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 - Données 2015 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015

ES avec plus de 30 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre ES	266
Nombre de dossiers	14 123
Min ES	0 %
Max ES	100 %
1 ^{er} quartile	73 %
Médiane	83 %
3 ^e quartile	88 %



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,

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Respect des prescriptions médicales de dialyse »

- Le taux moyen national pondéré de patients pour lesquels les 2 dernières séances de dialyse respectent les prescriptions médicales relatives au poids en fin de séance et à la durée de la séance au cours de la semaine analysée est de 80 %.

Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel »

Description

<p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indice de Masse Corporelle (IMC) ; • dosage de l'albumine (g/l) ; • calcul du nPCR ; • pourcentage de la variation du poids sec dans les 6 derniers mois. 	
Définition	<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> <p>L'indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la proportion de patients pour lesquels une surveillance nutritionnelle datant de moins de 6 mois et comprenant l'évaluation de 3 critères parmi les 4 suivants : IMC, dosage de l'albumine (g/l), calcul du nPCR et pourcentage de la variation du poids sec dans les 6 derniers mois est retrouvée dans le dossier.</p>
Références professionnelles (8)	<p>« <i>In patients >50 years of age, and patients undergoing maintenance dialysis for more than 5 years, nutritional status should be monitored every 3 months (Opinion).</i></p> <p><i>Malnutrition should be diagnosed by a number of assessment tools including (Opinion):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - (A) Dietary assessment; - (B) Body mass index [...]; - (E) nPNA; - (F) Serum albumin. <p><i>Haemodialysis patients should maintain a BMI >23.0 (Evidence level III)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> (F) Serum albumin and serum prealbumin - Serum albumin should be above 40 g/l by bromocresol green method (Evidence level III). - For other albumin assessment methods the target values should be adapted to the above (Opinion). <p>(A) Dietary interviews</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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). - Malnourished haemodialysis patients should undergo at least a 24h dietary recall more frequently until improved (Opinion). »
Diffusion publique	Oui dans le score agrégé Suivi des patients hémodialysés
Type d'indicateur	Indicateurs de processus. Ajustement sur le risque : non.
Numérateur	Nombre de patients pour lesquels 3 des 4 critères suivants sont retrouvés dans les 6 derniers mois : IMC, albuminémie, nPCR et/ou pourcentage de la variation du poids sec en 6 mois.
Dénominateur	Nombre de patients inclus.

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 24. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel »- Résultats de la campagne 2015 – Données 2015

Campagne 2015 - Données 2015		
Moyenne nationale pondérée La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des patients hémodialysés.	87 %	
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	305
	Nombre de dossiers	14 951
	Moyenne	85 %
ES avec plus de 10 dossiers	Nombre d'ES	301
	Nombre de dossiers	14 927

La moyenne nationale pondérée est de 87 % en 2015.

Tableau 25. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel » - Causes de non-conformité à l'indicateur (en %)

N=14951	Mesure non retrouvée	Mesure retrouvée mais non datée	Mesure retrouvée mais non réalisée au cours des six derniers mois
IMC	7 %	1 %	6 %
Albuminémie	0,5 %	0,5 %	1 %
nPCR	36 %	0 %	1 %
Variation du poids sec en 6 mois	11 %	4 %	3 %

Résultats complémentaires

La moyenne de l'ensemble des dossiers a progressé de 9 points par rapport au précédent recueil en 2013 (78 %).

Les mesures de moins de 6 mois sont retrouvées en moyenne pour l'albuminémie dans la presque totalité des dossiers analysés (14 719 dossiers) 98 % comme en 2012, l'IMC dans 86 % versus 81 % en 2012, le pourcentage de variation du poids sec dans 83 % versus 75 % en 2012 et le nPCR dans 63 % des dossiers versus 55 % en 2012.

85 % des dossiers comportent une évaluation de 3 sur 4 critères.

Que les patients soient dialysés en centre, unité de dialyse médicalisée ou en autodialyse, le taux de surveillance de 3 critères parmi les 4 est identique.

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 80 %.

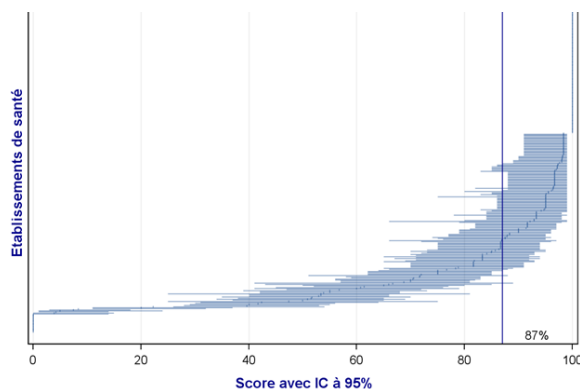
Au niveau régional 8 régions présentent un taux supérieur de plus de 5 points à la moyenne nationale, Midi Pyrénées (93 %), la Picardie (95 %), PACA, les Pays de Loire et le Poitou Charentes (96 %), l'Alsace et le Limousin (97 %), la Corse (100 %), ainsi que le service de santé des armées (100 %), a contrario d'autres régions présentent un taux de plus de 10 points en dessous de la moyenne nationale, la Guyane (41 %), la Martinique (52 %), la Lorraine (68 %), la Franche Comté (71 %) et la Bourgogne (74 %).

Distribution des établissements en fonction de leur résultat

La moyenne pondérée nationale à 80 % prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des patients hémodialysés en France. D'autres résultats sont à prendre en compte. La médiane à 95 % indique que dans la moitié des établissements plus de 9 dossiers sur 10 comportent la trace d'une surveillance de leur statut nutritionnel. Le graphique montre qu'il subsiste une dispersion du résultat de cet indicateur en fonction des établissements qui varie de 0 à 100 %.

Tableau 26 et Graphique 9. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 – Données 2015 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015

ES avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre ES	301
Nombre de dossiers	14 927
Min ES	0 %
Max ES	100 %
1 ^{er} quartile	87 %
Médiane	95 %
3 ^e quartile	100 %



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

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 pourcentage de la variation du poids sec dans les 6 derniers mois) permettant de surveiller les patients sur le plan nutritionnel est de 87 %.

Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Consultation diététicienne »

Description

<p>Proportion de patients à risque* pour lesquels la trace d'une consultation avec une diététicienne réalisée ou programmée dans les 3 mois suivant ces résultats est retrouvée.</p> <p><i>*si 2 critères sont en dehors des cibles : IMC < 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 %</i></p>	
Définition	<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 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 %.</p> <p>L'indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la proportion de patients à risque pour lesquels la trace d'une consultation diététicienne réalisée ou programmée dans les 3 mois suivant ces résultats est retrouvée.</p>
Références professionnelles (8)	<p>« <i>In patients >50 years of age, and patients undergoing maintenance dialysis for more than 5 years, nutritional status should be monitored every 3 months (Opinion).</i></p> <p><i>Malnutrition should be diagnosed by a number of assessment tools including (Opinion):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - (A) Dietary assessment; - (B) Body mass index ; - (E) nPNA; - (F) Serum albumin [<p><i>Haemodialysis patients should maintain a BMI >23.0 (Evidence level III)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> (F) Serum albumin and serum prealbumin - Serum albumin should be above 40 g/l by bromocresol green method (Evidence level III). - For other albumin assessment methods the target values should be adapted to the above (Opinion). <p>(A) Dietary interviews</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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). - Malnourished haemodialysis patients should undergo at least a 24h dietary recall more frequently until improved (Opinion). »
Diffusion publique	Non
Type d'indicateur	Indicateurs de processus. Ajustement sur le risque : non.
Numérateur	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.
Dénominateur	<p>Nombre de patients inclus qui ont eu :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une surveillance nutritionnelle datant de moins de 6 mois <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> • dont les résultats de 2 des critères sont en dehors des cibles.

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 27. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Consultation diététicienne » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2015

Campagne 2015 - Données 2015		
Moyenne nationale pondérée La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des patients hémodialysés.	43 %	
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	278
	Nombre de dossiers	2 642
	Moyenne	38 %
ES avec plus de 10 dossiers	Nombre d'ES	113
	Nombre de dossiers	1 804

La moyenne nationale pondérée est de 43 % en 2015.

Tableau 28. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Consultation diététicienne » - Causes de non-conformité à l'indicateur

N = 2642	Non retrouvée	Retrouvée mais non datée	Retrouvée mais non réalisée les trois mois suivant les résultats
Trace d'une consultation diététicienne réalisée ou programmée	45 %	2 %	15 %

Parmi les 12 777 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, 2 642 patients, soit 20,6 %, sont considérés à risque (2 critères évalués en dehors des cibles).

Parmi les 20,6 % de patients à risque (2 642 dossiers) une consultation réalisée ou programmée dans les 3 mois a été retrouvée dans 38 % des dossiers (1016). Pour les patients atypiques ces informations sont retrouvées dans 40 % des dossiers.

Résultats complémentaires

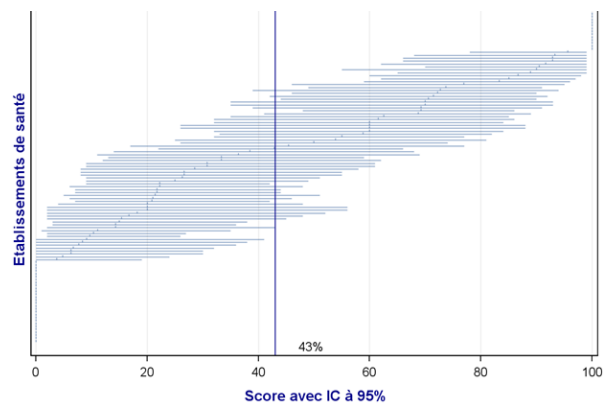
Au niveau régional, 6 régions présentent un taux supérieur de plus de 10 points à la moyenne nationale, le Languedoc Roussillon (56 %), le Centre (58 %), le Limousin (63 %), Rhône Alpes (65 %), l'Aquitaine (71 %) et la Haute Normandie (100 %), a contrario d'autres régions présentent un taux de plus de 10 points en dessous de la moyenne nationale, Champagne Ardenne (0 %), la Picardie (11 %) la Bourgogne (26 %), l'Alsace (27 %), l'Auvergne (30 %), le Nord Pas de Calais (31 %), la Basse Normandie (32 %), la Bretagne (33 %).

Distribution des établissements en fonction de leur résultat

La moyenne pondérée nationale à 43 % prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des patients hémodialysés en France. D'autres résultats sont à prendre en compte. La médiane à 38 % indique que dans la moitié des établissements près de 4 dossiers sur 10 de patients à risque de dénutrition comportent la trace d'une consultation avec une diététicienne réalisée ou programmée. Le graphique montre une grande dispersion du résultat de cet indicateur en fonction des établissements qui varie de 0 à 100 %.

Tableau 29 et Graphique 10. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 – Données 2015 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015

ES avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre ES	113
Nombre de dossiers	1 804
Min ES	0 %
Max ES	100 %
1 ^{er} quartile	11 %
Médiane	38 %
3 ^e quartile	69 %



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,

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 43 %.

Indicateur « Évaluation de l'accès à la transplantation »

Description

Proportion de patients ayant une évaluation de l'accès à la transplantation.	
Définition	<p>La transplantation rénale est considérée, pour les patients pour lesquels la greffe est indiquée, comme le traitement de suppléance le plus efficient, plus efficace et moins coûteux que les autres stratégies de dialyse évaluées, quel que soit l'âge.</p> <p>L'indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la proportion de patients ayant une évaluation de l'accès à la transplantation.</p>
Références professionnelles (12) (13)	<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><i>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)</i></p> <p><i>Assessment may be performed every 6-12 months depending on the age and condition of the recipient (Evidence level C) »</i></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>
Diffusion publique	Oui - Diffusion publique des résultats avec l'objectif de performance fixé à 80 % soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Numérateur	Nombre de patients pour lesquels le dossier comporte la trace de l'évaluation de l'accès à la transplantation.
Dénominateur	Nombre de patients inclus.

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 30. Indicateur « Évaluation de l'accès à la transplantation » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2015

Campagne 2015 - Données 2015		
Moyenne nationale pondérée La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des patients hémodialysés.	88 %	
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	305
	Nombre de dossiers	14 951
	Moyenne	88 %
ES avec plus de 10 dossiers	Nombre d'ES	301
	Nombre de dossiers	14 927

La moyenne nationale pondérée est de 88 % en 2015.

Tableau 31. Indicateur « Évaluation de l'accès à la transplantation »

	Proportion de patients ayant une évaluation annuelle de l'accès à la transplantation
Pour les patients âgés de moins de 70 ans	91 %
Pour les patients âgés de plus de 70 ans	86 %

Résultats complémentaires

La moyenne de l'ensemble des dossiers a progressé de 18 points par rapport au précédent recueil en 2013 (70 %).

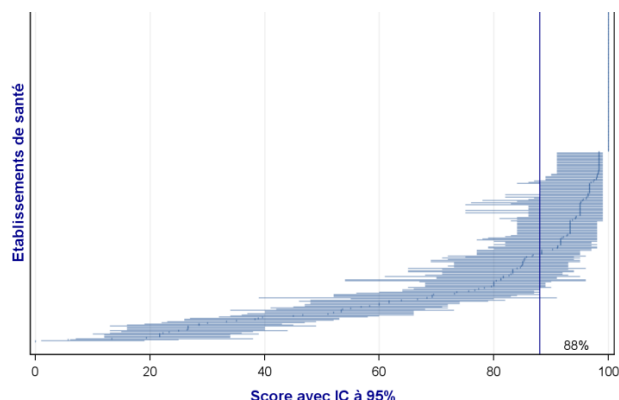
Au niveau régional, 7 régions présentent un taux supérieur de 5 points et plus à la moyenne nationale, la Bretagne (93 %), la Haute Normandie, Poitou Charente et Rhône Alpes (96 %), le Limousin (97 %), Midi Pyrénées (98 %), PACA (99 %), ainsi que le service des armées ; a contrario d'autres régions présentent un taux de 10 points et plus en dessous de la moyenne nationale, la Guadeloupe (24 %), la Guyane (74 %) et la Bourgogne (78 %).

Distribution des établissements en fonction de leur résultat

La moyenne pondérée nationale à 88 % prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des patients hémodialysés en France. D'autres résultats sont à prendre en compte. La médiane à 97 % indique que, dans la moitié des établissements, la presque totalité des dossiers comporte une trace de l'évaluation du patient en vue d'une transplantation rénale ou d'une contre-indication définitive à la transplantation. Le graphique montre qu'il subsiste une dispersion du résultat de cet indicateur en fonction des établissements qui varie de 0 à 100 %.

Tableau 32 et Graphique 11. Indicateur « Évaluation de l'accès à la transplantation » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 – Données 2015 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015

ES avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre ES	301
Nombre de dossiers	14 927
Min ES	0 %
Max ES	100 %
1 ^{er} quartile	88 %
Médiane	97 %
3 ^e quartile	100 %



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

Classement des établissements

Classement des établissements en fonction de l'objectif de performance

Le nombre d'établissement ayant atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % est de 264 en 2015 (87 %).

Tableau 33. Indicateur « Évaluation de l'accès à la transplantation » - Positionnement par rapport à l'objectif national de performance - 80 % (Cf annexe I)

Année données	Indicateur « Évaluation de l'accès à la transplantation »					
	Classe A (+)		Classe B (=)		Classe C (-)	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2015	206	68	58	19	37	12

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

- Le taux moyen national de patients pour lesquels le dossier comporte la trace d'une évaluation du patient en vue d'une transplantation rénale depuis le début de sa prise en charge dans l'établissement ou d'une contre-indication définitive est de 88 %.

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

Description

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.	
Définition	<p>La transplantation rénale 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> <p>L'indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la proportion de patients ayant une évaluation de l'accès à la transplantation datant de moins d'un an.</p>
Références professionnelles (12) (13)	<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><i>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)</i></p> <p><i>Assessment may be performed every 6-12 months depending on the age and condition of the recipient (Evidence level C) »</i></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>
Diffusion publique	Non - Première année de recueil
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Numérateur	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.
Dénominateur	Nombre de patients dialysés inclus

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 34. Indicateur « Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2015

Campagne 2015 - Données 2015		
Moyenne nationale pondérée La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des patients hémodialysés.	74 %	
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	305
	Nombre de dossiers	14 951
	Moyenne	75 %
ES avec plus de 10 dossiers	Nombre d'ES	301
	Nombre de dossiers	14 927

La moyenne nationale pondérée est de 74 % en 2015.

Tableau 35. Indicateur « Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation »

	Proportion de patients ayant une évaluation annuelle de l'accès à la transplantation ou présentant une contre-indication définitive à la transplantation
Pour les patients âgés de moins de 70 ans	70 %
Pour les patients âgés de plus de 70 ans	80 %

Résultats complémentaires

Chez les patients âgés de moins de 50 ans, l'évaluation annuelle de l'accès à la transplantation est présente dans 69 % des dossiers, elle est présente dans 80 % des dossiers des plus de 70 ans.

Cette évaluation est présente dans plus de 71 % des dossiers de patients dialysés en unité de dialyse médicalisée et en autodialyse, elle l'est dans 77 % de ceux dialysés en centre.

Pour les dossiers des patients considérés comme atypiques, le taux moyen est de 77 %.

Parmi les 14951 dossiers évalués :

- 2657 (18 %) ne présentent pas de contre-indication,
- 2255 (15 %) présentent des contre-indications à réévaluer,
- 7829 (52 %) présentent des contre-indications définitives,
- 2210 (15 %) n'ont pas de statut défini.

Parmi les 14951 dossiers analysés

- 10268 (69 %) concernent des patients hémodialysés depuis plus de 2 ans sans discontinuer,
- 4317 (29 %) le sont depuis moins de 2 ans,
- cette information n'est pas retrouvée dans 366 dossiers (2 %).
- 9667 (65 %) sont des dossiers de patients hémodialysés depuis plus de 2 ans dans la structure qui a réalisé l'évaluation,
- 4991 (33 %) le sont depuis moins de 2 ans, dans la structure qui a réalisé l'évaluation,
- cette information n'est pas retrouvée dans 293 dossiers (2 %).

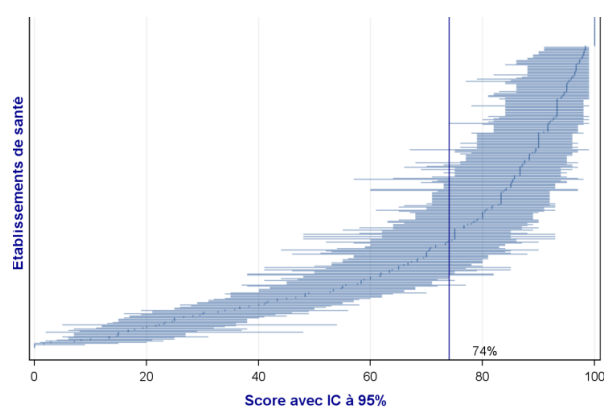
Au niveau régional, 6 régions présentent un taux supérieur de plus de 10 points à la moyenne nationale, la Bretagne (85 %), PACA et Poitou Charente (87 %), Midi Pyrénées (89 %), la Haute Normandie (91 %), le Limousin (93 %), a contrario d'autres régions présentent un taux de plus de 10 points en dessous de la moyenne nationale, la Guadeloupe (9 %), la Guyane (24 %), la Réunion (51 %) et l'Auvergne (61 %).

Distribution des établissements en fonction de leur résultat

La moyenne pondérée nationale à 74 % prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des patients hémodialysés en France. D'autres résultats sont à prendre en compte. La médiane à 83 % indique que dans la moitié des établissements plus de 8 dossiers sur 10 comportent une trace de l'évaluation du patient en vue d'une transplantation rénale datant de moins d'un an ou d'une contre-indication définitive à la transplantation. Le graphique montre qu'il subsiste une dispersion du résultat de cet indicateur en fonction des établissements qui varie de 0 à 100 %.

Tableau 36 et Graphique 12. Indicateur « Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 – Données 2015 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015

ES avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre ES	301
Nombre de dossiers	14 927
Min ES	0 %
Max ES	100 %
1 ^{er} quartile	66 %
Médiane	83 %
3 ^e quartile	93 %



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,

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 74 %.

Indicateurs « Évaluation de l'abord vasculaire »

Description

Proportion de patients dialysés sur fistule artério-veineuse et Proportion de patients dialysés sur fistule artério-veineuse native	
Définition	<p>La fistule artério-veineuse native doit être la voie d'abord de choix pour l'hémodialyse lorsqu'elle est possible. La fistule prothétique est à préférer au cathéter, qui doit être évité autant que possible.</p> <p>Cette mesure comporte 2 indicateurs :</p> <p>Indicateur « Évaluation de l'abord vasculaire – Fistule artério-veineuse », présenté sous la forme d'un taux, évalue la proportion de patients hémodialysés sur fistule artério-veineuse.</p> <p>Indicateur « Évaluation de l'abord vasculaire – Fistule artério-veineuse native », présenté sous la forme d'un taux, évalue parmi les patients hémodialysés sur fistule artério-veineuse ceux pour lesquels il s'agit d'une fistule artério-veineuse native.</p>
Références professionnelles (11) (14)	<p>« <i>Autogenous arteriovenous fistulae should be preferred over AV (Arterio-Venous) grafts and AV grafts should be preferred over catheters (Evidence level III)</i> ».</p> <p>« <i>The order of preference for placement of fistulae in patients with kidney failure who choose HD as their initial mode of KRT should be (in descending order of preference)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Preferred: <i>Fistulae. (B)</i> - Acceptable: <i>AVG (Arterio-Venous Graft) of synthetic or biological material, such as: (B)</i> - Avoid if possible: <i>Long-term catheters. (B)</i> »
Diffusion publique	non
Type d'indicateur	Indicateurs de processus. Ajustement sur le risque : non.
Évaluation de l'abord vasculaire – Fistule artério-veineuse	
Numérateur	Nombre de patients dialysés sur fistule artério-veineuse.
Dénominateur	Nombre de patients inclus.
Évaluation de l'abord vasculaire – Fistule artério-veineuse native	
Numérateur	Nombre de patients dialysés sur fistule artério-veineuse native.
Dénominateur	Nombre de patients dialysés sur fistule artério-veineuse.

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 37. Indicateur « Évaluation de l'abord vasculaire » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2015

Campagne 2015 - Données 2015			
Moyenne nationale pondérée La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des patients hémodialysés.		Fistule artério veineuse	Fistule artério veineuse native
		88 %	94 %
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	304	304
	Nombre de dossiers	13 279	11 453
	Moyenne	86 %	94 %
ES avec plus de 10 dossiers	Nombre d'ES	294	293
	Nombre de dossiers	13 235	11 409

La moyenne nationale pondérée de dossiers présentant la fistule artério veineuse comme voie d'abord vasculaire pour la dialyse est de 88 % en 2015, elle a augmenté d'un point entre les 2 recueils, 87 % en 2013. Il s'agit d'une fistule native dans 94 % des dossiers, augmentation de 2 points entre les 2 recueils, 92 % en 2013.

Résultats complémentaires

15,8 % des patients (2103 dossiers) sont dialysés sur cathéters.

Pour les dossiers des patients considérés comme atypiques, le taux moyen de patients dialysés sur fistule artério-veineuse est de 78 %, parmi eux 91 % le sont sur fistule artério-veineuse native.

Au niveau régional, 3 régions présentent un taux supérieur de 5 points et plus à la moyenne nationale de fistule artério veineuse comme voie d'abord vasculaire pour la dialyse, l'Île de France (93 %), l'Alsace (95 %) et la Corse (100 %), a contrario la région Midi Pyrénées présente un taux de plus de 10 points en dessous de la moyenne nationale à 76 %.

Distribution des établissements en fonction de leur résultat

La moyenne nationale pondérée prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des patients hémodialysés en France. D'autres résultats sont à prendre en compte. Pour la fistule artério veineuse cette moyenne est à 88 % la médiane à 83 % indique que dans la moitié des établissements plus de 8 dossiers sur 10 précisent que les patients sont dialysés sur fistule artério veineuse.

Parmi les patients dialysés sur fistule artério veineuse la moyenne pondérée de fistule artério veineuse native est de 94 %, la médiane est à 97 %.

Les schémas montrent une dispersion des établissements ce qui est confirmé par les résultats présentés dans les tableaux suivants.

Tableau 38 et Graphiques 13 et 14. Indicateur « Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 – Données 2015 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015

Campagne 2015 - Données 2015		
ES avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	518	
	Fistule artério veineuse	Fistule artério veineuse native
Nombre ES	294	293
Nombre de dossiers	13 235	11 409
Min ES	33 %	69 %
Max ES	100 %	100 %
1 ^{er} quartile	83 %	91 %
Médiane	91 %	97 %
3 ^e quartile	96 %	100 %

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

Indicateur agrégé « Suivi des patients hémodialysés »

Description

Cet indicateur agrège 4 indicateurs :

- Surveillance du statut martial du patient traité par ASE,
- Surveillance du bilan phosphocalcique,
- Surveillance sérologique des hépatites,
- Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel.

L'indicateur est présenté sous la forme d'un score, le calcul du score est fait en 2 étapes :

- 1^e étape : un score individuel est calculé pour chaque dossier. Il correspond à la somme des critères conformes divisée par la somme des critères applicables. Si la somme des dénominateurs est égale à zéro, le dossier est exclu.
- 2^e étape : un score global est ensuite calculé pour l'échantillon. Il correspond à la moyenne arithmétique de scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon.

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 39. Indicateur « Suivi des patients hémodialysés » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2015

Campagne 2015 - Données 2015		
Moyenne nationale pondérée La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des patients hémodialysés.	88 %	
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	305
	Nombre de dossiers	14 951
	Moyenne	88 %
ES avec plus de 30 dossiers	Nombre d'ES	267
	Nombre de dossiers	14 200

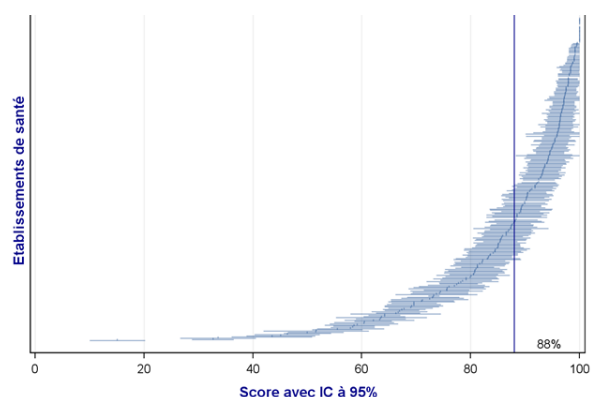
Tableau 40. Indicateur agrégé « Suivi des patients hémodialysés » - Causes de non-conformité à l'indicateur

	Nombre de dossiers	%
Surveillance du statut martial du patient traité par ASE	2 661	21%
Surveillance du bilan phosphocalcique	1 232	8 %
Surveillance sérologique des hépatites	1 043	7 %
Surveillance nutritionnelle – Statut nutritionnel	2 174	15 %

Distribution des établissements en fonction de leur résultat

Tableau 41 et Graphique 15. Indicateur « Suivi des patients hémodialysés » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 – Données 2015 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015

ES avec plus de 30 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre ES	267
Nombre de dossiers	14 200
Min ES	15 %
Max ES	100 %
1 ^{er} quartile	85 %
Médiane	93 %
3 ^e quartile	97 %



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,

Classement des établissements

Classement des établissements en fonction de l'objectif de performance

Le nombre d'établissement ayant atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % est de 223 en 2015 (85,7 %).

Tableau 42. Indicateur « Suivi des patients hémodialysés » - Positionnement par rapport à l'objectif national de performance - 80 % (Cf [annexe I](#))

Année données	Indicateur « Suivi des patients hémodialysés »					
	Classe A (+)		Classe B (=)		Classe C (-)	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2015	180	69,2	43	16,5	37	14,2

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Suivi des patients hémodialysés »

- Le score moyen pondéré de l'indicateur suivi des patients hémodialysés est de 88 %.
- La médiane des taux moyens par établissement est de 93 %, c'est-à-dire que, pour un établissement sur deux, plus de 9 dossiers sur 10 comportent les informations permettant d'assurer le suivi des patients hémodialysés.

Indicateur agrégé « Appréciation de la qualité de la dialyse »

Description

Cet indicateur agrège 2 indicateurs :

- Appréciation de l'épuration – Prescription de 3 séances et 12 heures hebdomadaires,
- Appréciation de l'épuration – Mesure de la dose de dialyse.

L'indicateur est présenté sous la forme d'un score, le calcul du score est fait en 2 étapes :

- 1^{er} étape : un score individuel est calculé pour chaque dossier. Il correspond à la somme des critères conformes divisée par la somme des critères applicables. Si la somme des dénominateurs est égale à zéro, le dossier est exclu.
- 2^e étape : un score global est ensuite calculé pour l'échantillon. Il correspond à la moyenne arithmétique de scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon.

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 43. Indicateur « Appréciation de la qualité de la dialyse » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2015

Campagne 2015 - Données 2015		
Moyenne nationale pondérée La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des patients hémodialysés.	85 %	
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	305
	Nombre de dossiers	14 951
	Moyenne	85 %
ES avec plus de 30 dossiers	Nombre d'ES	267
	Nombre de dossiers	14 200

Tableau 44. Indicateur agrégé « Appréciation de la qualité de la dialyse » - Causes de non-conformité à l'indicateur

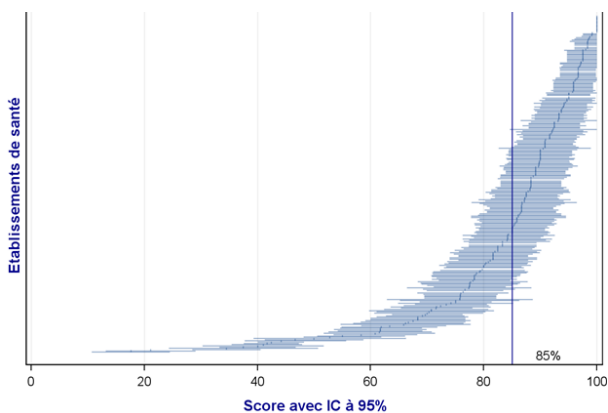
	Nombre de dossiers	%
Appréciation de l'épuration – Prescription de 3 séances et 12 heures hebdomadaires	2 744	21 %
Appréciation de l'épuration – Mesure de la dose de dialyse	1 612	11 %

Pour les patients atypiques, l'indicateur retenu pour le calcul du score est Appréciation de l'épuration – Mesure de la dose de dialyse.

Distribution des établissements en fonction de leur résultat

Tableau 45 et Graphique 16. Indicateur « Appréciation de la qualité de la dialyse » - Statistiques descriptives et variabilité nationale - Campagne 2015 - Données 2015 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015

ES avec plus de 30 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre ES	267
Nombre de dossiers	14 200
Min ES	18 %
Max ES	100 %
1 ^{er} quartile	82 %
Médiane	88 %
3 ^e quartile	94 %



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,

Classement des établissements

Classement des établissements en fonction de l'objectif de performance

Le nombre d'établissement ayant atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % est de 228 en 2015, soit 87,7 %.

Tableau 46. Indicateur « Appréciation de la qualité de la dialyse » - Positionnement par rapport à l'objectif national de performance - 80 % (Cf annexe I)

Année données	Indicateur « Appréciation de la qualité de la dialyse »					
	Classe A (+)		Classe B (=)		Classe C (-)	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2015	145	55,8	83	31,9	32	12,3




Principaux constats sur les résultats de l'indicateur agrégé « Appréciation de la qualité de la dialyse »

- Le score moyen pondéré de l'indicateur Appréciation de la qualité de la dialyse est de 85 %.
- La médiane des taux moyens par établissement est de 88 %, c'est-à-dire que, pour un établissement sur deux, près de 9 dossiers sur 10 comportent les informations permettant d'apprécier la qualité de la dialyse.

Distribution des ES par rapport à la moyenne nationale

Le tableau 47 présente pour chaque indicateur Dialyse, la distribution des établissements par rapport à la moyenne nationale.

Tableau 47. Distribution par rapport à la moyenne nationale - Campagne 2015

	Moyenne nationale pondérée (en %)				
Maîtrise de l'anémie	92 %	Nombre de structures	26	240	28
		% de structures	8,8 %	81,6 %	9,5 %
Surveillance du statut martial du patient traité par ASE	80 %	Nombre de structures	113	111	76
		% de structures	37,7 %	37 %	25,3 %
Surveillance du bilan phosphocalcique	92 %	Nombre de structures	101	170	30
		% de structures	33,6 %	56,5 %	10 %
Réalisation des dosages en milieu semaine	83 %	Nombre de structures	136	73	51
		% de structures	52,3 %	28,1 %	19,6 %
Surveillance sérologique des hépatites	93 %	Nombre de structures	122	143	33
		% de structures	40,9 %	48 %	11,1 %
Appréciation de l'épuration – Prescription 3 séances et 12 h hebdomadaires	81 %	Nombre de structures	55	183	56
		% de structures	18,7 %	62,2 %	19 %
Appréciation de l'épuration – Mesure dose dialyse	89 %	Nombre de structures	136	124	41
		% de structures	45,2 %	41,2 %	13,6 %
Respect des prescriptions médicales de dialyse	80 %	Nombre de structures	85	127	47
		% de structures	32,8 %	49 %	18,1 %
Surveillance nutritionnelle – Statut nutritionnel	87 %	Nombre de structures	158	87	56
		% de structures	52,5 %	28,9 %	18,6 %
Surveillance nutritionnelle – Consultation diététicienne	43 %	Nombre de structures	29	41	43
		% de structures	25,7 %	36,3 %	38,1 %
Évaluation de l'accès à la transplantation	88 %	Nombre de structures	158	100	43
		% de structures	52,5 %	33,2 %	14,3 %
Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation	75 %	Nombre de structures	137	103	61
		% de structures	45,5 %	34,2 %	20,3 %
Suivi des patients hémodialysés	88 %	Nombre de structures	132	61	67
		% de structures	50,8 %	23,5 %	25,8 %
Appréciation de la qualité de la dialyse	85 %	Nombre de structures	97	116	47
		% de structures	37,3 %	44,6 %	18,1 %

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 2015, pour la seconde année, 13 indicateurs ont été recueillis permettant d'analyser cette prise en charge; parmi eux 7 indicateurs sont diffusés publiquement, dont 6 sous la forme de 2 indicateurs agrégés. Un nouvel indicateur a été recueilli pour la première année.

En 2015, la participation des structures est très importante :

- seules 4 structures (1,3 %) devant réaliser le recueil n'ont pas participé à la campagne.
- 14 951 dossiers ont pu être analysés.

Les indicateurs généralisés sont pertinents :

- La variabilité inter-établissements des résultats reste importante pour la plupart des indicateurs, 10 à 40 % des établissements n'atteignent pas la moyenne nationale suivant les indicateurs.
- La variabilité entre les régions existe au niveau de la plupart des indicateurs.
- Les résultats objectivent une marge d'amélioration pour de nombreux établissements.

Les patients hémodialysés présentent souvent une anémie liée à une insuffisance de production de 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 taux⁹ de patients pour lesquels le dossier comporte une mesure de l'hémoglobine dans les 2 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 92 %.

En Corse la moyenne régionale est de 100 %, en PACA et Poitou Charentes elle est de 95 %; a contrario d'autres régions présentent des taux en dessous de la moyenne nationale la Guyane (59 %), la Martinique (80 %), la Guadeloupe (85 %), l'Auvergne (86 %), ainsi que le service de santé des armées (83 %).

La trace dans les dossiers de la surveillance biologique du **statut martial des patients** sous traitement par ASE réalisée à distance de la supplémentation intra veineuse en fer présente une moyenne pondérée de 80 %.

La Basse Normandie (91 %), la Corse et le Poitou Charentes (93 %) présentent un taux de 10 points supérieur à la moyenne nationale; a contrario d'autres régions présentent des taux de 19 points et plus en dessous de la moyenne nationale la Guadeloupe (34 %), la Martinique (56 %), la Guyane (57 %), ainsi que le service de santé des armées (61 %).

En cas d'insuffisance rénale, le phosphore est augmenté, le calcium est abaissé et la PTH est augmentée, ce qui nécessite une surveillance du bilan phosphocalcique, la calcémie et la phosphorémie mensuellement et la PTH trimestriellement.

Le taux⁸ de patients pour lesquels le dossier comporte le **bilan phosphocalcique** réalisé dans les délais recommandés est de 92 %.

La Corse (100 %), l'Alsace, l'Auvergne, le Limousin, le Nord Pas de Calais, la Picardie et le Poitou Charentes (97 %), présentent des taux supérieurs de 5 points et plus à la moyenne nationale; a contrario d'autres régions présentent des taux de plus de 10 points en dessous de la moyenne nationale: la Guyane (13 %) et la Martinique (80 %).

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

En milieu de semaine, on obtient les valeurs d'hémoglobine et d'albuminémie qui reflètent le mieux l'état moyen des patients hémodialysés, aussi les structures d'hémodialyse doivent s'organiser pour effectuer les examens biologiques lors de la séance de milieu de semaine.

Le taux⁸ de patients pour lesquels le dossier comporte les **bilans biologiques** (Mesure de l'hémoglobine, Mesure de la ferritinémie, Détermination du coefficient de saturation de la transferrine, Calcul du pourcentage d'hématies hypochromes, Mesure de la teneur en hémoglobine des réticulocytes, Mesure de la phosphorémie, Mesure de la calcémie, dosage de la PTH, Mesure de l'albuminémie) réalisés **en milieu de semaine** est de 83 %.

Les patients hémodialysés présentent un dysfonctionnement du système immunitaire, ils sont plus sensibles aux infections et ont une moins bonne réponse aux vaccins, baisse du taux de séro conversion et du taux d'anti corps et diminution plus rapide des taux d'anticorps. Aussi il est recommandé de réaliser une surveillance semestrielle de la sérologie des hépatites.

Le taux⁸ de patients pour lesquels le dossier comporte une **sérologie des hépatites B et C** datant de moins de 6 mois est de 93 %.

La Champagne Ardennes, la Guyane, la Haute Normandie (98 %), le Poitou Charentes (99 %) ainsi que le service des armées (100 %), présentent un taux supérieur de 5 points ou plus à la moyenne nationale; a contrario, d'autres régions présentent un taux de 5 points et plus en dessous de la moyenne nationale la Réunion (75 %), la Bourgogne et la Guadeloupe (87 %).

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 plus longue durée hebdomadaire de traitement. Il est recommandé de mesurer la dose de dialyse avec la cinétique de l'urée au moins mensuellement.

Le taux⁸ de patients pour lesquels le dossier comporte au minimum **3 séances et 12 heures hebdomadaires** sur la semaine étudiée est de 81 %.

Le Poitou Charentes (90 %) l'Auvergne (92 %) ainsi que le service des armées (94 %), présentent un taux supérieur ou égal à 90 %; a contrario d'autres régions présentent un taux de plus de 10 points en dessous de la moyenne nationale, la Guyane (50 %), la Corse (63 %) et la Bretagne (69 %).

Le taux⁸ de patients pour lesquels le dossier comporte une **mesure de la dose de dialyse le mois précédent** l'analyse du dossier est de 89 %.

L'Aquitaine (94 %), la Haute Normandie (96 %), le Poitou Charentes (97 %), la Corse (100 %), ainsi que le service des armées (95 %), présentent un taux supérieur ou égal de 5 points à la moyenne nationale; a contrario d'autres régions présentent un taux de plus de 10 points en dessous de la moyenne nationale, la Champagne Ardenne (76 %) et la Guyane (68 %).

Le néphrologue prescripteur définit pour chaque patient la durée des séances et le poids à atteindre en fin de séance, le respect de ces prescriptions est essentiel pour garantir la qualité de l'épuration.

Le taux⁸ de patients pour lesquels le dossier comporte des informations concordantes entre les **durées de séances prescrites et le poids de fin de séance prescrits et ceux réalisés ou atteints** sur la semaine analysée est de 80 %.

La Franche Comté, le Poitou Charentes (89 %) et l'Auvergne (91 %), présentent un taux supérieur de 9 points ou plus à la moyenne nationale; a contrario d'autres régions présentent un taux de plus de 10 points en dessous de la moyenne nationale, la Martinique (65 %) et l'Alsace (68 %).

Les patients hémodialysés suivent un régime alimentaire strict afin de maîtriser les apports en eau, potassium, calcium, phosphore, sels et protéines. Ce régime peut nécessiter des modes de cuisson des aliments spécifiques. Les patients hémodialysés sont à risque de dénutrition. Lorsqu'un patient est considéré à risque de dénutrition, il est recommandé qu'il bénéficie d'une consultation avec une diététicienne.

Le taux⁸ 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, un dosage de l'albumine, le calcul du nPCR, le suivi de la variation du poids sec dans le semestre) est de 87 %.

La région Midi Pyrénées (93 %), la Picardie (95 %), PACA, les Pays de Loire et le Poitou Charentes (96 %), l'Alsace et le Limousin (97 %), la Corse (100 %), ainsi que le service de santé des armées (100 %), présentent un taux supérieur de plus de 5 points à la moyenne nationale; a contrario d'autres

régions présentent un taux de plus de 10 points en dessous de la moyenne nationale, la Guyane (41 %), la Martinique (52 %), la Lorraine (68 %), la Franche Comté (71 %) et la Bourgogne (74 %).

Le taux⁸ de patients identifié à risque de dénutrition pour lesquels le dossier comporte la trace de la réalisation ou de la programmation d'une **consultation avec une diététicienne** est de 43 %.

Le Languedoc Roussillon (56 %), le Centre (58 %), le Limousin (63 %), Rhône Alpes (65 %), l'Aquitaine (71 %) et la Haute Normandie (100 %), présentent un taux supérieur de plus de 10 points à la moyenne nationale; a contrario d'autres régions présentent un taux de plus de 10 points en dessous de la moyenne nationale, Champagne Ardenne (0 %), la Picardie (11 %) la Bourgogne (26 %), l'Alsace (27 %), l'Auvergne (30 %), le Nord Pas de Calais (31 %), la Basse Normandie (32 %), la Bretagne (33 %).

La greffe 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. 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 taux⁸ de patients pour lesquels le dossier comporte une **évaluation de l'accès à la transplantation** depuis le début de sa prise en charge dans l'établissement ou les patients présentant une contre-indication définitive est de 88 %.

La Bretagne (93 %), la Haute Normandie, Poitou Charente et Rhône Alpes (96 %), le Limousin (97 %), Midi Pyrénées (98 %), PACA (99 %), ainsi que le service des armées (100 %) présentent un taux supérieur de 5 points et plus à la moyenne nationale; a contrario d'autres régions présentent un taux de plus de 10 points en dessous de la moyenne nationale, la Guadeloupe (24 %), la Guyane (74 %) et la Bourgogne (78 %).

Le taux⁸ de patients pour lesquels le dossier comporte une **évaluation de l'accès à la transplantation datant de moins d'un an** ou les patients présentant une contre-indication définitive est de 74 %.

La Bretagne (85 %), PACA et Poitou Charente (87 %), Midi Pyrénées (89 %), la Haute Normandie (91 %), le Limousin (93 %), présentent un taux supérieur de plus de 10 points à la moyenne nationale; a contrario d'autres régions présentent un taux de plus de 10 points en dessous de la moyenne nationale, la Guadeloupe (9 %), la Guyane (24 %), la Réunion (51 %) et l'Auvergne (61 %).

La dialyse nécessite un flux d'au moins 400 à 500 ml/mn dans l'abord vasculaire de dialyse afin d'obtenir un débit sanguin de 300 à 400 ml/mn dans le circuit extracorporel ce qui est nécessaire à une dialyse efficace. Les fistules artério-veineuses (FAV) natives ont montré leur supériorité, en terme de perméabilité, par rapport aux fistules prothétiques (pontages), les cathéters ne sont utilisés que de façon temporaire en attente d'une fistule artério veineuse.

Le taux⁸ de patients dialysés sur **fistule artério veineuse** est de 88 % et, parmi eux, 94 % le sont sur **fistule artério veineuse native**.

L'île de France (93 %), l'Alsace (95 %) et la Corse (100 %), présentent un taux supérieur de 5 points et plus à la moyenne nationale de patients dialysés sur fistule artério veineuse; a contrario la région Midi Pyrénées présente un taux de plus de 10 points en dessous de la moyenne nationale à 76 %.

Indicateurs agrégés diffusés publiquement

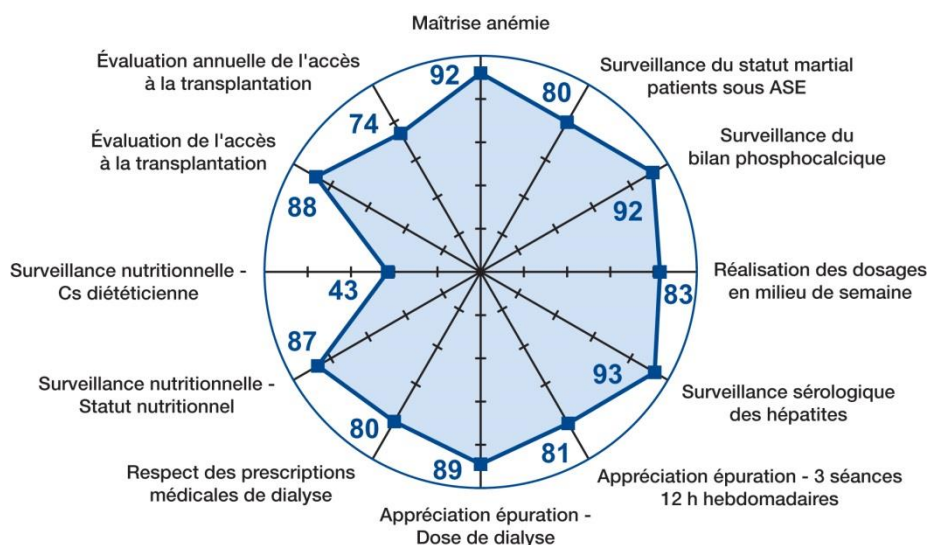
L'indicateur **suivi des patients hémodialysés** agrège 4 indicateurs : Surveillance du statut martial du patient traité par ASE, Surveillance du bilan phosphocalcique, Surveillance sérologique des hépatites et surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel. Cet indicateur présente un taux pondéré national de 88 %.

L'indicateur **appréciation de la qualité de la dialyse** agrège 2 indicateurs permettant d'apprécier l'épuration : Prescription de 3 séances et 12 heures hebdomadaires et Mesure de la dose de dialyse. Cet indicateur présente un taux pondéré national de 85 %.

L'indicateur **évaluation de l'accès à la transplantation** est également diffusé publiquement (taux pondéré national de 88 %).

Le graphique suivant présente les moyennes pondérées nationales des indicateurs recueillis en 2015

Graphique 17. Résultats des indicateurs « Prise en charge des patients hémodialysés chroniques » - Moyenne pondérée nationale campagne 2015 – Données 2015



Axes d'amélioration

Au regard des résultats plusieurs axes d'amélioration sont déductibles de la campagne nationale de recueil de 2015 :

- Parmi les 14 indicateurs recueillis en 2015, 12 présentent un taux pondéré national égal ou supérieur à 80 % et 3 un taux supérieur à 90 %.
- Même si les moyennes nationales sont élevées pour chaque indicateur des établissements présentant un taux moyen de traçabilité des informations faible, il revient à ces établissements d'analyser leurs pratiques.
- Entre les 2 recueils, au niveau de l'ensemble des dossiers tous les indicateurs ont progressé et certains de façon très importante.
- La traçabilité de la consultation avec une diététicienne pour les patients à risque de dénutrition est encore insuffisante, même si le nombre de patients en bénéficiant a augmenté entre les 2 recueils. Entre 2013 et 2015 la surveillance du statut nutritionnel a augmenté de 11 points, pour atteindre 87 % en 2015. La population à risque est relativement stable entre les 2 recueils, 2 540 dossiers en 2013 et 2 642 en 2015, le taux de patients ayant bénéficié d'une consultation avec une diététicienne programmée ou réalisée est de 38 % en 2015 versus 27 % en 2013.
- Ce taux reste faible et une analyse doit être conduite au niveau des établissements afin de pouvoir proposer aux patients qui le nécessitent une consultation spécialisée.
- En 2015, 2 indicateurs concernant l'évaluation de l'accès à la transplantation sont recueillis.
- Le premier mesure la traçabilité de l'évaluation depuis le début de la prise en charge du patient en hémodialyse, sur l'ensemble des dossiers analysés la moyenne a augmenté de 18 points entre 2013 et 2015 et atteint 88 %. Cet indicateur ne sera plus recueilli en 2017 remplacé par le nouvel indicateur, plus exigeant.
- Le second indicateur mesure la traçabilité de l'évaluation annuelle, il est recueilli pour la première fois en 2015 et présente un taux pondéré national de 74 %. L'évaluation des patients en vue de la transplantation est fondamentale pour que les patients soient inscrits sur la liste de greffe. La réévaluation annuelle est indispensable pour actualiser la liste des patients en attente de greffe.

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 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 pa-

tients 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.

Perspectives

Les résultats de cette seconde 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. Les résultats des 7 indicateurs¹⁰ soumis à diffusion publique sont diffusés sur le site SCOPE SANTE pour tous les établissements soumis à l'obligation de recueil des indicateurs Dialyse.

Le prochain recueil des indicateurs sur la « Prise en charge des patients hémodialysés chroniques » sera mis en œuvre par la HAS en 2017. Celui-ci portera sur des dossiers de patients pris en charge en 2016.

¹⁰ Suivi des patients hémodialysés (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 (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

Résultats 2015 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

20 ARS sur les 26 ARS (77 %) ont participé à l'ONIC 2015.

Au total, 305 structures ont participé à la campagne nationale de recueil des indicateurs du thème « Prise en charge des patients hémodialysés chroniques » : parmi elles, 36 ont été contrôlées par une ARS (11,8 %).

Indicateurs du thème « Prise en charge des patients hémodialysés chroniques »	Nombre d'établissements de santé dont le recueil est non validé par le contrôle*
Évaluation de l'accès à la transplantation	3 structures (8,33 % total ES contrôlés)
Suivi des patients hémodialysés	5 structures (13,89 % total ES contrôlés)
Appréciation de la qualité de la dialyse	0 structure

**Conclusion : Pour 6 structures, le contrôle réalisé par l'ARS n'a pas validé le recueil réalisé par la structure pour les indicateurs « Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques ».*

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 20 février 2015). 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) 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

Table des illustrations

Tableau 1. Indicateur « Maîtrise de l'anémie » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2015.....	10
Tableau 2. Indicateur « Maîtrise de l'anémie » - Causes de non-conformité à l'indicateur	10
Tableau 3 et Graphique 1. Indicateur « Maîtrise de l'anémie » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 - Données 2015 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015.....	11
Tableau 4. Indicateur « Surveillance du statut martial du patient traité par ase » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2015.....	13
Tableau 5. Indicateur « Surveillance du statut martial du patient traité par ase » - Causes de non-conformité à l'indicateur	13
Tableau 6 et Graphique 2. Indicateur « Surveillance du statut martial du patient traité par ase » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 - données 2015 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015.....	14
Tableau 7. Indicateur « Surveillance du bilan phosphocalcique » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2015.....	16
Tableau 8. Indicateur « Surveillance du bilan phosphocalcique » - Causes de non-conformité à l'indicateur	16
Tableau 9 et Graphique 3. Indicateur « Surveillance du bilan phosphocalcique » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 - données 2015 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015.....	17
Tableau 10. Indicateur « Réalisation des dosages en milieu de semaine » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2015	19
Tableau 11 et Graphique 4. Indicateur « Réalisation des dosages en milieu de semaine » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 - Données 2015 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015	19
Tableau 12. Indicateur « Surveillance sérologique des hépatites »- Résultats de la campagne 2015 –Données 2015	21
Tableau 13. Indicateur « Surveillance sérologique des hépatites » - Causes de non-conformité à l'indicateur.....	22
Tableau 14 et Graphique 5. Indicateur « Surveillance sérologique des hépatites » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 - Données 2015 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015	22
Tableau 15. Indicateur « Appréciation de l'épuration – Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2015.....	25
Tableau 16. Indicateur « Appréciation de l'épuration – Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires » Causes de non-conformité à l'indicateur	25
Tableau 17 et Graphique 6. Indicateur « Appréciation de l'épuration – Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 - Données 2015 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015.....	26
Tableau 18. Indicateur « Appréciation de l'épuration - Mesure de la dose de dialyse » - Résultats de la campagne 2015 - Données 2015.....	28
Tableau 19. Indicateur « Appréciation de l'épuration - Mesure de la dose de dialyse » - Causes de non-conformité à l'indicateur	28
Tableau 20 et Graphique 7. Indicateur « Appréciation de l'épuration – Mesure de la dose de dialyse » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 - Données 2015 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015.....	29
Tableau 21. Indicateur « Respect des prescriptions médicales de dialyse » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2015.....	30
Tableau 22. Indicateur « Respect des prescriptions médicales de dialyse » - Causes de non-conformité à l'indicateur.....	31
Tableau 23 et Graphique 8. Indicateur « Respect des prescriptions médicales de dialyse » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 - Données 2015 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015	31
Tableau 24. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel »- Résultats de la campagne 2015 – Données 2015 ...	34
Tableau 25 : Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel » - Causes de non-conformité à l'indicateur (en %).....	34
Tableau 26 et Graphique 9. Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 – Données 2015 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015	35
Tableau 27 : Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Consultation diététicienne » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2015.....	37
Tableau 28 : Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Consultation diététicienne » - Causes de non-conformité à l'indicateur ..	37
Tableau 29 et Graphique 10.: Indicateur « Surveillance nutritionnelle - Statut nutritionnel » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 – Données 2015 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015.....	38
Tableau 30. Indicateur « Évaluation de l'accès à la transplantation » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2015.....	40
Tableau 31. Indicateur « Évaluation de l'accès à la transplantation »	40
Tableau 32 et Graphique 11. Indicateur « Évaluation de l'accès à la transplantation » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 – Données 2015 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015	41
Tableau 33. Indicateur « Évaluation de l'accès à la transplantation » - Positionnement par rapport à l'objectif national de performance – 80 % (Cf annexe I).....	41
Tableau 34. Indicateur « Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2015.....	43
Tableau 35. Indicateur « Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation ».....	43
Tableau 36 et Graphique 12. Indicateur « Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 – Données 2015 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015.....	44
Tableau 37. Indicateur « Évaluation de l'abord vasculaire » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2015.....	46
Tableau 38 et Graphiques 13 et 14. Indicateur « Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 – Données 2015 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015.....	47
Tableau 39. Indicateur « Suivi des patients hémodialysés » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2015.....	48
Tableau 40. Indicateur agrégé « Suivi des patients hémodialysés » - Causes de non-conformité à l'indicateur.....	48
Tableau 41 et Graphique 15. Indicateur « Suivi des patients hémodialysés » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 – Données 2015 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015.....	49
Tableau 42. Indicateur « Suivi des patients hémodialysés » - Positionnement par rapport à l'objectif national de performance - 80 % (Cf annexe I)	49
Tableau 43. Indicateur « Appréciation de la qualité de la dialyse » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2015.....	50
Tableau 44. Indicateur agrégé « Appréciation de la qualité de la dialyse » - Causes de non-conformité à l'indicateur	50
Tableau 45 et Graphique 16. Indicateur « Appréciation de la qualité de la dialyse » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 - Données 2015 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015	51
Tableau 46. Indicateur « Appréciation de la qualité de la dialyse » - Positionnement par rapport à l'objectif national de performance - 80 % (Cf annexe I)	51
Tableau 47. Distribution par rapport à la moyenne nationale - Campagne 2015.....	52

Graphique 17. Résultats des indicateurs « Prise en charge des patients hémodialysés chroniques » - Moyenne pondérée nationale Campagnes 2015 – Données 2015.....	56
Graphique 18. Sexe du patient - Campagne 2015.....	65
Graphique 19. Répartition de l'âge des patients - Campagne 2015.....	65
Tableau 48. Effectifs de la campagne 2015 et nombre de structures pris en compte pour le calcul de la moyenne - Campagne 2015.....	66
Tableau 49. Indicateur « Maîtrise de l'anémie » - Moyennes régionales en 2015.....	67
Tableau 50. Indicateur « Surveillance du statut martial du patient traité par ASE » - Moyennes régionales en 2015.....	68
Tableau 51. Indicateur « Surveillance du bilan phosphocalcique » - Moyennes régionales en 2015.....	69
Tableau 52. Indicateur « Réalisation des dosages en milieu de semaine » - Moyennes régionales en 2015.....	70
Tableau 53. Indicateur « Surveillance sérologique des hépatites » - Moyennes régionales en 2015.....	71
Tableau 54. Indicateur « Appréciation de l'épuration – Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires » - Moyennes régionales en 2015.....	72
Tableau 55 : Indicateur « Appréciation de l'épuration – Mesure dose dialyse » - Moyennes régionales en 2015.....	73
Tableau 56 : Indicateur « Respect des prescriptions médicales de dialyse » - Moyennes régionales en 2015.....	74
Tableau 57. Indicateur « Surveillance nutritionnelle – Statut nutritionnel » - Moyennes régionales en 2015.....	75
Tableau 58. Indicateur « Surveillance nutritionnelle – Consultation diététicienne » - Moyennes régionales en 2015.....	76
Tableau 59. Indicateur « Évaluation de l'accès à la transplantation » - Moyennes régionales en 2015.....	77
Tableau 60. Indicateur « Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation » - Moyennes régionales en 2015.....	78
Tableau 61. Indicateur « Évaluation de l'abord vasculaire - Fistule artério-veineuse » - Moyennes régionales en 2015.....	79
Tableau 62 : Indicateur « Évaluation de l'abord vasculaire – Fistule artério-veineuse native » - Moyennes régionales en 2015.....	80
Tableau 63 : Indicateur : « Suivi des patients hémodialysés » - Moyennes régionales en 2015.....	81
Tableau 64. Indicateur « Appréciation de la qualité de la dialyse » - Moyennes régionales en 2015.....	82

Annexes

Annexe I : Méthodes de recueil et d'analyse

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

► Recueil et restitution des données

Chaque année, la HAS organise une campagne nationale de recueil. Pour chaque campagne, plusieurs thèmes sont concernés, avec des thématiques transversales et de 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.
- une médiane corrigée pour les indicateurs de type délai. Les délais aberrants statistiquement (délais strictement supérieurs à une borne) sont supprimés du calcul de la référence pour l'ensemble des dossiers inclus dans l'analyse.
Pour les indicateurs de type délai, un seuil minimum de 10 dossiers à évaluer a été retenu pour que les résultats de l'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 trois 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 - campagnes 2015

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

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

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

Les règles de 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 « ↗ »

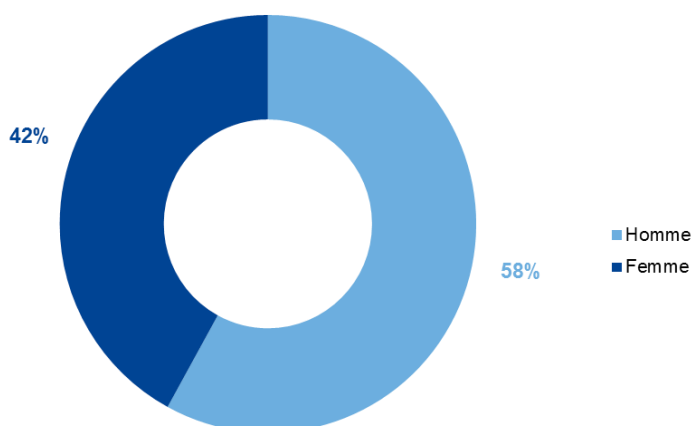
- si l'évolution est statistiquement non significative : l'évolution est stable. Ce résultat est visualisé par le pictogramme « → »

- 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 « ↘ »

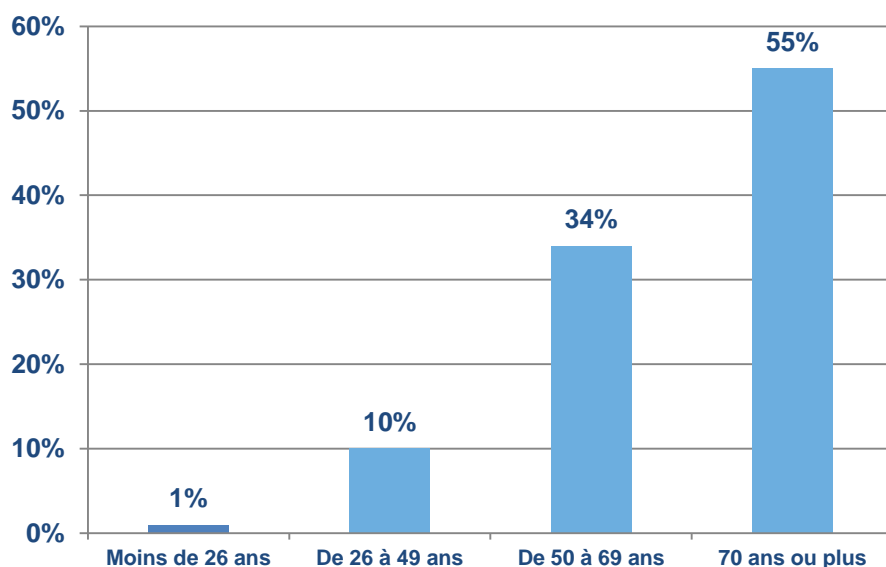
Annexe II : Résultats complémentaires

► Population de la base

Graphique 18. Sexe du patient - Campagne 2015



Graphique 19. Répartition de l'âge des patients - Campagne 2015



► Répartition par âge

	Moins de 26 ans	26 -49 ans	50 - 69 ans	Plus de 70 ans
Nombre de dossiers	71	1368	4508	7318
Pourcentage de dossiers	1 %	10 %	34 %	55 %

► Descriptif des effectifs des structures de santé

Tableau 48. Effectifs de la campagne 2015 et nombre de structures pris en compte pour le calcul de la moyenne - Campagne 2015

	Structures ayant à faire le recueil	Nombre de structures n'entrant pas dans la référence nationale		Référence nationale
		Nombre de structures non répondant	Nombre de structures avec effectif N < 10 (*<30)	Nombre de structures avec effectif N ≥ 10 (*≥30)
Maîtrise de l'anémie	308	4	14	294
Surveillance du statut martial du patient traité par ASE	308	4	4	300
Surveillance du bilan phosphocalcique	308	4	3	301
Réalisation des dosages en milieu de semaine	308	4	37*	267*
Surveillance sérologique des hépatites	308	4	6	298
Appréciation de l'épuration – Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires	308	4	10	294
Appréciation de l'épuration – Mesure de la dose de dialyse	308	4	3	301
Respect des prescriptions médicales de dialyse	308	4	38*	266*
Surveillance nutritionnelle – Statut nutritionnel	308	4	3	301
Surveillance nutritionnelle – Consultation diététicienne	308	4	191	113
Évaluation de l'accès à la transplantation	308	4	3	301
Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation	308	4	3	301
Évaluation de l'abord vasculaire – Fistule artérioveineuse	308	4	10	294
Suivi des patients hémodialysés**	308	4	37*	267*
Appréciation de la qualité de la dialyse**	308	4	37*	267*

** indicateurs agrégés

► Distribution des moyennes régionales par indicateur

Tableau 49. Indicateur « Maîtrise de l'anémie » - Moyennes régionales en 2015

Structures composant la référence nationale	Moyenne nationale
294	92 %

	Nombre de structures avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace	7	94
Aquitaine	14	91
Auvergne	6	86
Basse Normandie	7	92
Bourgogne	9	92
Bretagne	11	94
Centre	15	92
Champagne Ardenne	5	91
Corse	1	100
Franche Comté	6	91
Guadeloupe	3	85
Guyane	2	59
Haute Normandie	10	93
Ile de France	64	90
Languedoc Roussillon	9	92
Limousin	3	93
Lorraine	9	94
Martinique	4	80
Midi Pyrénées	10	89
Nord Pas de Calais	19	94
Océan Indien	6	89
PACA	29	95
Pays de la Loire	7	90
Picardie	10	91
Poitou Charentes	7	95
Rhône Alpes	20	90
Service de santé des armées	1	83

Tableau 50. Indicateur « Surveillance du statut marital du patient traité par ASE » - Moyennes régionales en 2015

Structures composant la référence nationale	Moyenne nationale
300	80 %

	Nombre de structures avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace	7	84
Aquitaine	14	81
Auvergne	6	84
Basse Normandie	7	91
Bourgogne	9	75
Bretagne	11	76
Centre	15	80
Champagne Ardenne	5	82
Corse	1	93
Franche Comté	6	72
Guadeloupe	3	34
Guyane	2	57
Haute Normandie	10	81
Ile de France	65	78
Languedoc Roussillon	9	82
Limousin	3	86
Lorraine	10	82
Martinique	4	56
Midi Pyrénées	11	78
Nord Pas de Calais	20	86
Océan Indien	6	79
PACA	29	82
Pays de la Loire	8	82
Picardie	10	89
Poitou Charentes	7	93
Rhône Alpes	21	81
Service de santé des armées	1	61

Tableau 51. Indicateur « Surveillance du bilan phosphocalcique » - Moyennes régionales en 2015

Structures composant la référence nationale	Moyenne nationale
301	92 %

	Nombre de structures avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace	7	97
Aquitaine	14	86
Auvergne	6	97
Basse Normandie	7	95
Bourgogne	9	91
Bretagne	11	92
Centre	15	88
Champagne Ardenne	5	91
Corse	1	100
Franche Comté	6	98
Guadeloupe	3	92
Guyane	2	13
Haute Normandie	10	93
Ile de France	65	89
Languedoc Roussillon	9	94
Limousin	3	97
Lorraine	10	92
Martinique	4	80
Midi Pyrénées	11	89
Nord Pas de Calais	20	97
Océan Indien	6	93
PACA	30	95
Pays de la Loire	8	89
Picardie	10	97
Poitou Charentes	7	97
Rhône Alpes	21	94
Service de santé des armées	1	95

Tableau 52. Indicateur « Réalisation des dosages en milieu de semaine » - Moyennes régionales en 2015

Structures composant la référence nationale	Moyenne nationale
267	81 %

	Nombre de structures avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace	6	90
Aquitaine	14	86
Auvergne	6	95
Basse Normandie	7	59
Bourgogne	7	90
Bretagne	9	69
Centre	15	91
Champagne Ardenne	5	73
Corse		
Franche Comté	4	92
Guadeloupe	3	63
Guyane	2	83
Haute Normandie	10	87
Ile de France	53	78
Languedoc Roussillon	9	81
Limousin	3	77
Lorraine	10	87
Martinique	4	83
Midi Pyrénées	10	72
Nord Pas de Calais	17	88
Océan Indien	6	94
PACA	26	86
Pays de la Loire	7	84
Picardie	9	83
Poitou Charentes	7	80
Rhône Alpes	18	83
Service de santé des armées		

Tableau 53. Indicateur « Surveillance sérologique des hépatites » - Moyennes régionales en 2015

Structures composant la référence nationale	Moyenne nationale
298	93 %

	Nombre de structures avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace	7	95
Aquitaine	14	89
Auvergne	6	96
Basse Normandie	7	88
Bourgogne	9	87
Bretagne	11	93
Centre	15	95
Champagne Ardenne	4	98
Corse	1	94
Franche Comté	6	91
Guadeloupe	3	87
Guyane	2	98
Haute Normandie	10	98
Ile de France	64	93
Languedoc Roussillon	9	91
Limousin	3	94
Lorraine	10	90
Martinique	4	89
Midi Pyrénées	11	96
Nord Pas de Calais	20	92
Océan Indien	5	75
PACA	30	94
Pays de la Loire	8	91
Picardie	10	93
Poitou Charentes	7	99
Rhône Alpes	21	97
Service de santé des armées	1	100

Tableau 54. Indicateur « Appréciation de l'épuration – Prescription 3 séances et 12 heures hebdomadaires » - Moyennes régionales en 2015

Structures composant la référence nationale	Moyenne nationale
294	79 %

	Nombre de structures avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace	7	86
Aquitaine	14	74
Auvergne	6	92
Basse Normandie	7	77
Bourgogne	9	73
Bretagne	11	69
Centre	15	79
Champagne Ardenne	5	81
Corse	1	63
Franche Comté	6	74
Guadeloupe	3	81
Guyane	2	50
Haute Normandie	10	85
Ile de France	64	77
Languedoc Roussillon	9	76
Limousin	3	81
Lorraine	9	84
Martinique	4	89
Midi Pyrénées	10	73
Nord Pas de Calais	19	91
Océan Indien	6	85
PACA	29	89
Pays de la Loire	7	87
Picardie	10	79
Poitou Charentes	7	90
Rhône Alpes	20	84
Service de santé des armées	1	94

Tableau 55. Indicateur « Appréciation de l'épuration – Mesure dose dialyse » - Moyennes régionales en 2015

Structures composant la référence nationale	Moyenne nationale
301	89 %

	Nombre de structures avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace	7	88
Aquitaine	14	94
Auvergne	6	90
Basse Normandie	7	87
Bourgogne	9	86
Bretagne	11	91
Centre	15	89
Champagne Ardenne	5	76
Corse	1	100
Franche Comté	6	90
Guadeloupe	3	91
Guyane	2	68
Haute Normandie	10	96
Ile de France	65	90
Languedoc Roussillon	9	86
Limousin	3	93
Lorraine	10	85
Martinique	4	93
Midi Pyrénées	11	88
Nord Pas de Calais	20	91
Océan Indien	6	93
PACA	30	84
Pays de la Loire	8	84
Picardie	10	93
Poitou Charentes	7	97
Rhône Alpes	21	86
Service de santé des armées	1	95

Tableau 56. Indicateur « Respect des prescriptions médicales de dialyse » - Moyennes régionales en 2015

Structures composant la référence nationale	Moyenne nationale
266	80 %

	Nombre de structures avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace	6	68
Aquitaine	14	83
Auvergne	6	91
Basse Normandie	7	78
Bourgogne	7	85
Bretagne	9	85
Centre	15	85
Champagne Ardenne	5	76
Corse		
Franche Comté	4	89
Guadeloupe	3	82
Guyane	2	72
Haute Normandie	10	85
Ile de France	53	75
Languedoc Roussillon	9	74
Limousin	3	73
Lorraine	10	77
Martinique	4	65
Midi Pyrénées	10	80
Nord Pas de Calais	17	80
Océan Indien	6	79
PACA	25	83
Pays de la Loire	7	85
Picardie	9	77
Poitou Charentes	7	89
Rhône Alpes	18	81
Service de santé des armées		

Tableau 57. Indicateur « Surveillance nutritionnelle – Statut nutritionnel » - Moyennes régionales en 2015

Structures composant la référence nationale	Moyenne nationale
301	85 %

	Nombre de structures avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace	7	97
Aquitaine	14	90
Auvergne	6	88
Basse Normandie	7	93
Bourgogne	9	74
Bretagne	11	90
Centre	15	88
Champagne Ardenne	5	78
Corse	1	100
Franche Comté	6	71
Guadeloupe	3	78
Guyane	2	41
Haute Normandie	10	84
Ile de France	65	84
Languedoc Roussillon	9	88
Limousin	3	97
Lorraine	10	68
Martinique	4	52
Midi Pyrénées	11	93
Nord Pas de Calais	20	82
Océan Indien	6	92
PACA	30	96
Pays de la Loire	8	96
Picardie	10	95
Poitou Charentes	7	96
Rhône Alpes	21	92
Service de santé des armées	1	100

Tableau 58. Indicateur « Surveillance nutritionnelle – Consultation diététicienne » - Moyennes régionales en 2015

Structures composant la référence nationale	Moyenne nationale
113	43 %

	Nombre de structures avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace	3	27
Aquitaine	7	71
Auvergne	2	30
Basse Normandie	2	32
Bourgogne	3	26
Bretagne	2	33
Centre	4	58
Champagne Ardenne	1	0
Corse		
Franche Comté	3	40
Guadeloupe	1	50
Guyane		
Haute Normandie	1	100
Ile de France	19	25
Languedoc Roussillon	4	56
Limousin	1	63
Lorraine	2	10
Martinique		
Midi Pyrénées	7	38
Nord Pas de Calais	11	31
Océan Indien	5	48
PACA	16	48
Pays de la Loire	3	53
Picardie	3	11
Poitou Charentes	5	52
Rhône Alpes	8	65
Service de santé des armées		

Tableau 59. Indicateur « Évaluation de l'accès à la transplantation » - Moyennes régionales en 2015

Structures composant la référence nationale	Moyenne nationale
301	88 %

	Nombre de structures avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace	7	91
Aquitaine	14	85
Auvergne	6	83
Basse Normandie	7	91
Bourgogne	9	78
Bretagne	11	93
Centre	15	81
Champagne Ardenne	5	89
Corse	1	81
Franche Comté	6	89
Guadeloupe	3	24
Guyane	2	74
Haute Normandie	10	96
Ile de France	65	90
Languedoc Roussillon	9	86
Limousin	3	97
Lorraine	10	85
Martinique	4	82
Midi Pyrénées	11	98
Nord Pas de Calais	20	79
Océan Indien	6	83
PACA	30	99
Pays de la Loire	8	92
Picardie	10	90
Poitou Charentes	7	96
Rhône Alpes	21	96
Service de santé des armées	1	100

Tableau 60. Indicateur « Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation » - Moyennes régionales en 2015

Structures composant la référence nationale	Moyenne nationale
301	75 %

	Nombre de structures avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace	7	74
Aquitaine	14	74
Auvergne	6	61
Basse Normandie	7	81
Bourgogne	9	65
Bretagne	11	85
Centre	15	70
Champagne Ardenne	5	79
Corse	1	75
Franche Comté	6	72
Guadeloupe	3	9
Guyane	2	24
Haute Normandie	10	91
Ile de France	65	73
Languedoc Roussillon	9	73
Limousin	3	93
Lorraine	10	67
Martinique	4	69
Midi Pyrénées	11	89
Nord Pas de Calais	20	65
Océan Indien	6	51
PACA	30	87
Pays de la Loire	8	77
Picardie	10	73
Poitou Charentes	7	87
Rhône Alpes	21	80
Service de santé des armées	1	84

Tableau 61. Indicateur « Évaluation de l'abord vasculaire - Fistule artériovoineuse » - Moyennes régionales en 2015

Structures composant la référence nationale	Moyenne nationale
294	88 %

	Nombre de structures avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace	7	95
Aquitaine	14	79
Auvergne	6	86
Basse Normandie	7	83
Bourgogne	9	88
Bretagne	11	88
Centre	15	93
Champagne Ardenne	5	94
Corse	1	100
Franche Comté	6	88
Guadeloupe	3	92
Guyane	2	78
Haute Normandie	10	90
Ile de France	64	93
Languedoc Roussillon	9	87
Limousin	3	79
Lorraine	9	87
Martinique	4	92
Midi Pyrénées	10	76
Nord Pas de Calais	19	88
Océan Indien	6	92
PACA	29	89
Pays de la Loire	7	84
Picardie	10	82
Poitou Charentes	7	86
Rhône Alpes	20	89
Service de santé des armées	1	100

Tableau 62. Indicateur « Évaluation de l'abord vasculaire – Fistule artério-veineuse native » - Moyennes régionales en 2015

Structures composant la référence nationale	Moyenne nationale
293	94 %

	Nombre de structures avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace	7	96
Aquitaine	14	83
Auvergne	6	98
Basse Normandie	7	92
Bourgogne	9	94
Bretagne	11	99
Centre	15	99
Champagne Ardenne	5	89
Corse	1	81
Franche Comté	6	87
Guadeloupe	3	98
Guyane	2	77
Haute Normandie	10	94
Ile de France	63	97
Languedoc Roussillon	9	95
Limousin	3	97
Lorraine	9	84
Martinique	4	91
Midi Pyrénées	10	93
Nord Pas de Calais	19	100
Océan Indien	6	96
PACA	29	88
Pays de la Loire	7	95
Picardie	10	97
Poitou Charentes	7	92
Rhône Alpes	20	97
Service de santé des armées	1	94

Tableau 63. Indicateur : « Suivi des patients hémodialysés » - Moyennes régionales en 2015

Structures composant la référence nationale	Moyenne nationale
267	88 %

	Nombre de structures avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace	6	94
Aquitaine	14	87
Auvergne	6	92
Basse Normandie	7	92
Bourgogne	7	83
Bretagne	9	89
Centre	15	88
Champagne Ardenne	5	85
Corse		
Franche Comté	4	88
Guadeloupe	3	75
Guyane	2	51
Haute Normandie	10	89
Ile de France	53	86
Languedoc Roussillon	9	89
Limousin	3	94
Lorraine	10	83
Martinique	4	70
Midi Pyrénées	10	89
Nord Pas de Calais	17	90
Océan Indien	6	85
PACA	26	92
Pays de la Loire	7	90
Picardie	9	93
Poitou Charentes	7	97
Rhône Alpes	18	91
Service de santé des armées		

Tableau 64. Indicateur « Appréciation de la qualité de la dialyse » - Moyennes régionales en 2015

Structures composant la référence nationale	Moyenne nationale
267	85 %

	Nombre de structures avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace	6	87
Aquitaine	14	84
Auvergne	6	91
Basse Normandie	7	85
Bourgogne	7	78
Bretagne	9	80
Centre	15	84
Champagne Ardenne	5	82
Corse		
Franche Comté	4	88
Guadeloupe	3	87
Guyane	2	63
Haute Normandie	10	89
Ile de France	53	84
Languedoc Roussillon	9	81
Limousin	3	87
Lorraine	10	85
Martinique	4	90
Midi Pyrénées	10	81
Nord Pas de Calais	17	92
Océan Indien	6	89
PACA	26	86
Pays de la Loire	7	85
Picardie	9	86
Poitou Charentes	7	94
Rhône Alpes	18	85
Service de santé des armées		

Références bibliographiques

- (1) European Best Practice Guidelines Working Group, Locatelli F, Aljama P, Barany P, Canaud B, Carrera F, *et al.* Revised european best practice guidelines for the management of anaemia in patients with chronic renal failure. *Nephrol Dial Transplant* 2004;19(Suppl 2):ii1-47
- (2) 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
- (3) 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
- (4) 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
- (5) European Best Practice Guidelines Expert Group on Hemodialysis, European Renal Association. Section I. Measurement of renal function, when to refer and when to start dialysis. *Nephrol Dial Transplant* 2002;17(Suppl 7):7-15. http://ndt.oxfordjournals.org/content/17/suppl_7/7.full.pdf
- (6) Kidney Disease Outcomes Quality Initiative. K/DOQI clinical practice guidelines on hypertension and antihypertensive agents in chronic kidney disease. *Am J Kidney Dis* 2004;43(5 Suppl 1):S1-290.
- (7) UK Renal Association, Mactier R. Clinical practice guidelines. Module 2: Haemodialysis. Final version. 4th ed. London: UKRA; 2007. http://www.renal.org/docs/default-source/guidelines-resources/Module_3a_-_Haemodialysis_-_4th_Edition.pdf?sfvrsn=0
- (8) 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
- (9) Société française d'hygiène hospitalière. Bonnes pratiques d'hygiène en hémodialyse. Recommandations de la Société française d'hygiène hospitalière. *Hygiènes* 2005;13(2):79-156. http://www.sf2h.net/publications-SF2H/SF2H_bonnes-pratiques-hygiene-en-hemodialyse-2005.pdf
- (10) 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
- (11) 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.
- (12) 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
- (13) 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
- (14) European Best Practice Guidelines Working Group, Tordoir J, Canaud B, Haage P, Konner K, Basci A, *et al.* EBPG on vascular access. *Nephrol Dial Transplant* 2007;22(Suppl 2):ii88-117. http://ndt.oxfordjournals.org/content/22/suppl_2/ii88.full.pdf



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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