



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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

Qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques (DIA)

Fiches descriptives des indicateurs retenus pour la campagne 2017

Contact: ipaqss@has-sante.fr

Site Web: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1219705/fr/ipaqss-2017-dia-mco-tout-pour-le-recueil-de-la-campagne-2017

Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

Service Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS)

Qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques (DIA)

Fiches descriptives des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

Importance du thème

L'insuffisance rénale chronique terminale est un problème majeur de santé publique dans de nombreux pays dont la France^{1,2}. L'insuffisance rénale est définie comme l'altération de la fonction excrétrice des reins, appelée usuellement « fonction rénale ». L'insuffisance rénale chronique³ est souvent évolutive et s'aggrave progressivement. Elle peut aboutir à l'insuffisance rénale chronique majeure ou terminale qui est irréversible, nécessitant des mesures « palliatives ». La prolongation de vie n'est possible que grâce aux traitements de suppléance que sont l'épuration extra-rénale (par hémodialyse ou dialyse péritonéale) ou la transplantation rénale⁴.

L'indication du traitement de suppléance dépend du débit de filtration glomérulaire et du contexte clinique. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) précisent que « le traitement par dialyse doit être débuté lorsque apparaissent les premières manifestations cliniques du syndrome d'insuffisance rénale chronique terminale, soit habituellement lorsque la clairance de la créatinine devient inférieure à 10 ml/min.

Dans tous les cas où la clairance de la créatinine atteint 5 ml/min, le traitement doit être débuté ». Chaque fois que possible, la transplantation reste le traitement substitutif de choix⁴.

Les techniques utilisées en France sont l'hémodialyse conventionnelle, l'hémofiltration, l'hémodiafiltration, la dialyse péritonéale continue ambulatoire et la dialyse péritonéale automatisée². L'hémodialyse demeure le principal mode de prise en charge des dialysés (93,3 % des patients en France)⁵.

Depuis 2009 les professionnels de néphrologie et de la dialyse se sont engagés dans le développement d'indicateurs pour améliorer la qualité et la sécurité des soins en partenariat avec l'INSERM et la HAS. En 2013, 13 indicateurs ont été généralisés.

Les indicateurs recueillis en 2017

Le thème DIA comporte 6 indicateurs pour la campagne nationale 2017 :

- Maîtrise de l'anémie (ANE) ;
- Surveillance du statut martial du patient traité par ASE (ASE) ;
- Appréciation de l'épuration – Prescription de 3 séances et 12 heures hebdomadaires (PSH) ;
- Surveillance nutritionnelle – Statut nutritionnel (NUT) ;
- Surveillance nutritionnelle – Consultation diététicienne (CDT) ;
- Evaluation annuelle de l'accès à la transplantation rénale (AAT) ;

Parmi ces 6 indicateurs 4 seront diffusés publiquement sur le site Scope Santé :

- Surveillance du statut martial du patient traité par ASE (ASE) ;
- Surveillance nutritionnelle – Statut nutritionnel (NUT) ;
- Appréciation de l'épuration – Prescription de 3 séances et 12 heures hebdomadaires (PSH) ;
- Evaluation annuelle de l'Accès à la transplantation rénale (AAT).

Echantillon

Le recueil des 6 indicateurs porte sur un même échantillon aléatoire de 60 séjours.

Le tirage au sort permet de repérer des patients adultes hémodialysés qui, en décembre (M12), sont dans le même centre depuis au moins 6 mois. Sont retenus les patients qui ont eu au moins une séance au cours du premier semestre 2016, et qui ont eu au moins 14 séances au total dans l'année 2016.

Critères d'inclusion PMSI

Pour chaque patient, 2 séances d'hémodialyse réalisées à 6 mois d'intervalle sont sélectionnées à partir :

- **des Résumés de Sorties Standardisés** pour les structures qui ont une activité d'hospitalisation non limitée à la dialyse (multi activité) et qui, de ce fait, ont l'obligation de produire des données dans le cadre du PMSI : GHM 28Z04Z
- **des Résumés Standardisés de Facturation** pour les structures ayant une activité exclusive de dialyse (mono activité) :
 - D09 (hémodialyse en centre) ;
 - D11 (hémodialyse en unité de dialyse médicalisée) ;
 - D12 (autodialyse simple) ;
 - D13 (autodialyse assistée) ;
 - D14 (hémodialyse à domicile).

Critères d'exclusion PMSI

- Patients âgés de moins de 18 ans ;
- Patients décédés.

Critères d'exclusion secondaires du thème

- Patients décédés entre le tirage au sort du dossier et sa saisie.

1 USRDS, Annual Data Report 2004, U.S.R.D. System, Editor. 2004, National Institutes of Health, National Institutes of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases: Bethesda, MD.

2 Macron-Noguès, F. and M. Vernay, La prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale traitée par dialyse en France en 2003 : l'enquête nationale Sros-IRCT. Pratiques et Organisation des Soins, 2007. 38(2): p. 103-109.

3 Schwarzbach, M., et al., Effects of a clinical pathway on quality of care in kidney transplantation: a non-randomized clinical trial. Langenbecks Arch Surg. 395(1): p.11-7.

4 ANAES, Indications de l'épuration extra rénale dans l'insuffisance rénale chronique terminale, A.n.d.a.e.d.e. santé, Editor. 1996, ANDEM: Paris.

5 Agence de Biomédecine Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie (REIN) rapport Annuel 2011.

	Fiche descriptive de l'indicateur 1 : « Maitrise de l'anémie » (ANE)
Définition	<p>Proportion de patients pour lesquels, dans les 2 derniers mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 agent stimulant de l'érythropoïèse (ASE) (ASE+) ou >10g/dl pour les patients sans ASE (ASE-).
Justification ^{6,7,8,9}	<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>Analyse des recommandations :</p> <p>Les patients hémodialysés doivent avoir une mesure de l'hémoglobine au minimum tous les 2 mois.</p> <p>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+.</p> <p>La mise en œuvre d'un traitement ASE pour les patients se situant entre les cibles recommandées et les cibles acceptables se fait en appréciant l'état clinique du patient. ND : non dialysis.</p>
Diffusion publique	Indicateur non diffusé publiquement.
Type d'indicateur	Indicateur de résultat.
Ajustement	Pas d'ajustement Ou liste des variables d'ajustement
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 secondaires de l'indicateur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patients atypiques <p>Les patients atypiques sont exclus du calcul du résultat de l'indicateur, les résultats de cette population sont rendus à l'établissement à titre individuel.</p>
Mode d'évaluation de l'indicateur	Recueil rétrospectif sur dossiers. Pour chaque dossier est recherché l'ensemble des éléments demandés dans le dossier. L'indicateur est la moyenne des dossiers.

6 ERA, *Revised European Best Practice Guidelines for the Management of Anaemia in Patients with Chronic Renal Failure*, T.E.R.A.-E.D.a.T. Association, Editor. 2005, Nephrol Dial Transplant 19(suppl 2): 2-5.

7 NKF, *K/DOQI Clinical Practice Guideline and Clinical Practice Recommendations for Anemia in Chronic Kidney Disease: update 2000*, N.K. Foundation, Editor. 2001, Am J Kidney Dis. 37(Suppl 1): S182-238.

8 HAS, Guide affection de longue durée : Néphropathie chronique grave, H.A.d. Santé, Editor. 2007, HAS: Paris.

9 Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Anemia Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for Anemia in Chronic Kidney Disease. Kidney int., Suppl. 2012; 2: 279-335.

Algorithmes de calcul de l'indicateur 1 « Maitrise de l'anémie » (ANE)

<p>Pourcentage de dossiers = $\Sigma=60i 1[\text{num IND ANE } 1]/\Sigma=60i 1[\text{den IND ANE } 1]$</p>	<p>Dossier i : [num IND ANE 1]</p>	<p>Si [INF 5]= « Non » alors [num IND ANE 1] = 1</p> <p>Si [ANE 1]= « Non » Ou [ANE 2]= « Non » Ou [ANE 2]= « Ne sait pas » Ou ([ANE 1]= « Oui » et [ANE 4] = « non retrouvée ») alors [num IND ANE 1] = 0</p> <p>Si ([INF 1] – [ANE 4]) > 60 jours alors [num IND ANE 1] = 0</p> <p>Si [INF 7] = « Oui » ET ([ANE 3] >13 OU [ANE 3] < 9) Alors [num IND ANE 1] = 0</p> <p>Si ([INF 7] = « Non » OU [INF 7] = « Non retrouvée ») ET [ANE 3] <10 Alors [num IND ANE 1] = 0 FinSi</p>
	<p>Dossier i : [den IND ANE 1]</p>	<p>Si [INF 5]= « Non » alors [den IND ANE 1] = 1</p>

	Fiche descriptive de l'indicateur 2 : « Surveillance du statut martial du patient traité par agent stimulant de l'érythropoïèse » (ASE)
Définition	<p>Proportion 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 (à distance de la dernière supplémentation en fer i.v) ; <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.
Justification¹⁰	<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). La voie intraveineuse est la voie optimale pour l'administration du fer chez les patients en hémodialyse (Grade A). La dose d'ASE doit être ajustée suivant l'évolution de l'hémoglobinémie sous traitement.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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>Analyse de la recommandation :</p> <p>La réserve en fer des patients ASE+ en traitement d'entretien doit être régulièrement évaluée.</p>
Diffusion publique	Indicateur diffusé publiquement.
Type d'indicateur	Indicateur de processus.
Ajustement	Pas d'ajustement.
Numérateur	<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.
Dénominateur	Nombre de patients ASE+ inclus.
Mode d'évaluation de l'indicateur	Recueil rétrospectif sur dossiers. Pour chaque dossier est recherché l'ensemble des éléments demandés dans le dossier. L'indicateur est la moyenne des dossiers.

Algorithmes de calcul de l'indicateur 2 «Surveillance du statut martial du patient traité par ASE»

<p style="text-align: center;">Pourcentage de dossiers =</p> $\sum_{i=1}^{60} [\text{num IND ASE}] / \sum_{i=1}^{60} [\text{den IND ASE}]$	<p>Dossier i : [num IND ASE]</p>	<p>Si [INF 7]= « Oui » Alors [num IND ASE]=1</p> <p>Si [ASE 1] = « Non » Ou {[ASE 1] = « Oui » and [ASE 2] = « Non retrouvée »} Ou [ASE 3] = « Oui » Ou {([INF 1] – [ASE 2]) > 97 jours} Alors num IND ASE=0</p> <p>Si [INF 7]= « Oui » Alors SAT=1 Si [ASE 4] = « Non » Ou {[ASE 4] = « Oui » and [ASE 5] = « Non retrouvée »} Ou {([INF 1] – [ASE 5]) > 97 jours} Alors SAT=0</p> <p>Si [INF 7]= « Oui » Alors HYP=1 Si [ASE 6] = « Non » Ou {[ASE 6] = « Oui » and [ASE 7] = « Non retrouvée »} Ou {([INF 1] – [ASE 7]) > 97 jours} Alors HYP=0</p> <p>Si [INF 7]= « Oui » Alors HEM=1 Si [ASE 8] = « Non » Ou {[ASE 8] = « Oui » and [ASE 9] = « Non retrouvée »} Ou {([INF 1] – [ASE 9]) > 97 jours} Alors HEM=0</p> <p>Si SAT=0 Et HYP=0 Et HEM=0 Alors [num IND ASE]=0</p>
	<p>Dossier i : [den IND ASE]</p>	<p>Si [INF 7]= « Oui » Alors [den IND ASE]=1</p>

	Fiche descriptive de l'indicateur 3 : « Appréciation de l'épuration - prescription de 3 séances et 12 heures hebdomadaires » (PSH)
Définition	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.
Justification ^{11,12,13}	<p>« Dialysis should be delivered at least 3 times per week and the total duration should be at least 12 h per week, unless supported by significant renal function [...] (Evidence level III).</p> <p>« Guideline 1.1: Dialysis should be delivered at least 3 times per week and the total duration should be at least 12 h per week, unless supported by significant renal function. See also Guideline 4.1. (Evidence level III).</p> <p>Guideline 1.2 : An increase in treatment time and/or frequency should be considered in patients with haemodynamic or cardiovascular instability. (Evidence level II).</p> <p>Guideline 1.3 : Dialysis treatment time and/or frequency should be increased in patients who remain hypertensive despite maximum possible fluid removal. (Evidence level III).</p> <p>Guideline 1.4 : An increase of treatment time and/or frequency should be considered in patients with impaired phosphate control. (Evidence level III).</p> <p>Guideline 1.5 : An increase of dialysis time and/or frequency should be considered in malnourished patients. (Opinion) ».</p> <p>Analyse des recommandations :</p> <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.</p> <p>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 heures hebdomadaires en 3 séances ou plus.</p> <p>L'indicateur permettra de mesurer le nombre de patients ayant bénéficié de ces modalités.</p>
Diffusion publique	Oui.
Type d'indicateur	Indicateur de processus.
Ajustement	Pas d'ajustement.
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.
Critères d'exclusion secondaires de l'indicateur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patients atypiques ; <p>Les patients atypiques sont exclus du calcul du résultat de l'indicateur, les résultats de cette population sont rendus à l'établissement à titre individuel.</p>
Mode d'évaluation de l'indicateur	<p>Recueil rétrospectif sur dossiers.</p> <p>Pour chaque dossier est recherché l'ensemble des éléments demandés dans le dossier. L'indicateur est la moyenne des dossiers.</p>

11 ERA, EBP guideline on dialysis strategies, T.E.R.A.-E.D.a.T. Association, Editor. 2007, Nephrol Dial Transplant. 22 (suppl 2): 5-21.

12 NKF, K/DOQI Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations for 2006 Updates: Hemodialysis Adequacy, N.K. Foundation, Editor. 2006, Am J Kidney Dis 48 (suppl 1): S1-S322.

13 Nephrol Dial Transplant (2007) 22 [Suppl 2]: ii5-ii21 doi:10.1093/ndt/gfm022

HAS/DAQSS/SIPAQSS/Thème DIA/Fiche descriptive - 12/07/2017

Algorithmes de calcul de l'indicateur 3 « Appréciation de l'épuration - prescription de 3 séances et 12 heures hebdomadaires » (PSH)

Variable	Algorithme
<p>Pourcentage de dossiers =</p> <p>Erreur ! Des objets ne peuvent pas être créés à partir des codes de champs de mise en forme.[num PSH]/</p> <p>Erreur ! Des objets ne peuvent pas être créés à partir des codes de champs de mise en forme.[den PSH]</p>	<p>Dossier i :</p> <p>[num PSH]</p> <p>Si [INF 5] = « Non » Alors [num IND PSH]=1</p> <p>Si [PMS 2]= « Non » Alors [Num IND PSH]=0</p> <p>Si [PMS 3]= « 1 » Ou [PMS 3]= « 2 » Alors [Num IND PSH]=0</p> <p>Si [PMS 3]= « 3 » alors Si [PMS 4] = « Non retrouvée » ou [PMS 9] = « Non retrouvée » ou [PMS 14] = « Non retrouvée » Alors [Num IND PSH]=0 Sinon si [PMS 4] + [PMS 9] + [PMS 14] < 12 alors [Num IND PSH]=0 Fin si Fin si</p> <p>Si [PMS 3]= « 4 » alors Si [PMS 4] = « Non retrouvée » ou [PMS 9] = « Non retrouvée » ou [PMS 14] = « Non retrouvée » ou [PMS 19] = « Non retrouvée » Alors [Num IND PSH]=0 Sinon si [PMS 4] + [PMS 9] + [PMS 14] + [PMS 19] < 12 alors [Num IND PSH]=0 Fin si Fin si</p> <p>Si [PMS 3]= « 5 » alors Si [PMS 4] = « Non retrouvée » ou [PMS 9] = « Non retrouvée » ou [PMS 14] = « Non retrouvée » ou [PMS 19] = « Non retrouvée » ou [PMS 24] = « Non retrouvée » Alors [Num IND PSH]=0 Sinon si [PMS 4] + [PMS 9] + [PMS 14] + [PMS 19] + [PMS 24] < 12 alors [Num IND PSH]=0 Fin si Fin si</p>

		<p>Si [PMS 3]= « 6 » alors Si [PMS 4] = « Non retrouvée » ou [PMS 9] = « Non retrouvée » ou [PMS 14] = « Non retrouvée » ou [PMS 19] = « Non retrouvée » ou [PMS 24] = « Non retrouvée » ou [PMS 29] = « Non retrouvée » Alors [Num IND PSH]=0 Sinon si [PMS 4] + [PMS 9] + [PMS 14] + [PMS 19] + [PMS 24] + [PMS 29] < 12 alors [Num IND PSH]=0 Fin si Fin si</p> <p>Si [PMS 3]= « 7 » alors Si [PMS 4] = « Non retrouvée » ou [PMS 9] = « Non retrouvée » ou [PMS 14] = « Non retrouvée » ou [PMS 19] = « Non retrouvée » ou [PMS 24] = « Non retrouvée » ou [PMS 29] = « Non retrouvée » ou [PMS 34] = « Non retrouvée » Alors [Num IND PSH]=0 Sinon si [PMS 4] + [PMS 9] + [PMS 14] + [PMS 19] + [PMS 24] + [PMS 29] + [PMS 34] < 12 alors [Num IND PSH]=0 Fin si Fin si</p>
	Dossier i : [den PSH]	Si [INF 5] = « Non » Alors [den IND PSH]=1

Fiche descriptive de l'indicateur 4 : « Surveillance nutritionnelle – Statut nutritionnel » (NUT)	
Définition	<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.
Justification¹⁴	<p>« 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). [...] Malnutrition should be diagnosed by a number of assessment tools including (Opinion) :</p> <p>- (A) Dietary assessment; - (B) Body mass index [...] ; - (E) Normalized protein nitrogen appearance (nPNA) ; - (F) Serum albumin [...]</p> <p>(B) Body mass index [...] Haemodialysis patients should maintain a BMI >23.0 (Evidence level III) [...]</p> <p>(E) Normalized protein nitrogen appearance (nPNA) Normalized PNA should be measured in clinically stable haemodialysis patients and be above 1.0 g/kg ideal BW/day (Evidence level III) (see Guideline 3).</p> <p>(F) Serum albumin and serum prealbumin [...]</p> <p>- Serum albumin should be above 40 g/l by bromocresol green method (Evidence level III).</p> <p>- For other albumin assessment methods the target values should be adapted to the above (Opinion).</p> <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'IMC, le dosage de l'albumine sérique, le nPCR et la variation du poids sec en 6 mois.</p> <p>Analyse des recommandations : 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. Lorsqu'un patient est considéré à risque de dénutrition, il devrait pouvoir bénéficier d'une consultation avec une diététicienne.</p>
Diffusion publique	Indicateur diffusé publiquement.
Type d'indicateur	Indicateur de processus.
Ajustement	Pas d'ajustement.
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.
Mode d'évaluation de l'indicateur	Recueil rétrospectif sur dossiers. Pour chaque dossier est recherché l'ensemble des éléments demandés dans le dossier. L'indicateur est la moyenne des dossiers.

14 ERA, *EBPG Guideline on Nutrition*, T.E.R.A.-E.D.a.T. Association, Editor. 2007, Nephrol Dial Transplant. 22 (suppl 2): 45-87.

**Algorithmes de calcul de l'indicateur 4
« Surveillance nutritionnelle – Statut nutritionnel » (NUT)**

Variable		Algorithme
<p align="center">Pourcentage de dossiers =</p> $\sum_{i=1}^{60} [\text{num CRIT 4}] / \sum_{i=1}^{60} [\text{den CRIT 4}]$	Dossier i : [num CRIT 4]	Si [num IND NUT]=1 Alors [num CRIT 1] = 1 Sinon [num CRIT 1] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT 4]	Si [den IND NUT] = 1 Alors [den CRIT 1] = 1 Sinon [den CRIT 1] = 0 FinSi

Fiche descriptive de l'indicateur 5 : « Surveillance nutritionnelle – Consultation diététicienne » (CDT)

Définition	<p>Proportion de patients à risque* pour lesquels la trace d'une consultation diététicienne réalisée ou programmée dans les 3 mois suivant les résultats de cette évaluation est retrouvée.</p> <p>*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%.</p>
Justification¹⁵	<p>« 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). [...] »</p> <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). » <p>Analyse des recommandations : 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. Lorsqu'un patient est considéré à risque de dénutrition, il devrait pouvoir bénéficier d'une consultation avec une diététicienne.</p>
Diffusion publique	Indicateur non diffusé publiquement.
Type d'indicateur	Indicateur de processus.
Ajustement	Pas d'ajustement.
Numérateur	Nombre de patients pour lesquels la trace d'une consultation 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 ; ET • dont les résultats de 2 des critères sont en dehors des cibles.
Critères d'exclusion secondaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patients atypiques ; <p>Les patients atypiques sont exclus du calcul du résultat de l'indicateur, les résultats de cette population sont rendus à l'établissement à titre individuel.</p>
Mode d'évaluation de l'indicateur	<p>Recueil rétrospectif sur dossiers.</p> <p>Pour chaque dossier est recherché l'ensemble des éléments demandés dans le dossier. L'indicateur est la moyenne des dossiers.</p>

Algorithmes de calcul de l'indicateur 5 « Surveillance nutritionnelle – Consultation diététicienne » (CDT)

Variable	Algorithme	
<p>Pourcentage de dossiers =</p> $\sum_{i=1}^{60} [\text{num IND CDT}] / \sum_{i=1}^{60} [\text{den IND CDT}]$	<p>Dossier i :</p> <p>[num IND CDT]</p>	<p>[Num IND CDT] = 0</p> <p>Date=plus récente {[NUT 3] [NUT 7] [NUT 10] [NUT 13]}</p> <p>Si ([NUT 15] – Date) < 90 jours alors [num IND CDT]=1</p>
	<p>Dossier i :</p> <p>[den IND CDT]</p>	<p>Si [INF 5]= « Non » alors</p> <p>IMC=0 Si [NUT 2]<23 alors IMC=1</p> <p>ALB=0 Si [NUT 5]<38 et [NUT 6]= « vert/pourpre de bromocrésol » alors ALB=1</p> <p>Si [NUT 5]<35 et [NUT 6]= « néphéléométrie » alors ALB=1</p> <p>PCR=0 Si [NUT 9]<0.8 alors PCR=1</p> <p>POIDS=0 Si [NUT 12]>10 alors POIDS =1</p> <p>Fin Si</p> <p>Si IMC + ALB + PCR + POIDS >1 alors [den IND CDT]=1</p>

	Fiche descriptive de l'indicateur 6 : « Evaluation annuelle de l'accès à la transplantation rénale» (AAT)
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, 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>
Justification ^{16, 17, 18}	<p>« All patients with end-stage renal disease (ESRD) should be considered for renal transplantation unless they have absolute contra-indications, because renal transplantation offers a better life expectancy and quality of life than dialysis (Evidence level A) [...]</p> <p>Due to possible rapid change in the waiting recipient's medical condition, an update at regular intervals is recommended to avoid unexpected risks at the time of an offer of transplantation (Evidence level C) [...]</p> <p>Assessment may be performed every 6-12 months depending on the age and condition of the recipient (Evidence level C) »</p> <p>« All CKD 5 patients and CKD 4 patients with progressive disease should have their suitability for transplantation assessed annually and appropriate patients should be referred to a transplant centre. When transplantation is considered inappropriate the reason(s) should be documented. Patients should be placed on, or removed from the waiting list only after discussion and agreement with the nephrologist, transplant surgeon and the patient themselves according to local practice. »</p> <p>Analyse des recommandations : La transplantation rénale est le meilleur traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale, tout patient dialysé doit être évalué pour la transplantation rénale au moins annuellement à l'exception des patients présentant une contre-indication définitive.</p>
Diffusion publique	Indicateur diffusé publiquement.
Type d'indicateur	Indicateur de processus.
Ajustement	Pas d'ajustement.
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.
Dénominateur	Nombre de patients dialysés n'ayant pas de contre-indication définitive à la transplantation.
Mode d'évaluation de l'indicateur	Recueil rétrospectif sur dossiers. Pour chaque dossier est recherché l'ensemble des éléments demandés dans le dossier. L'indicateur est la moyenne des dossiers.

16 ERA, *EBPG Guidelines for Renal Transplantation (Part 1)*, T.E.R.A.-E.D.a.T. Association, Editor. 2000, Nephrol Dial Transplant. 15 (suppl 7): 1-85.

17 UK-RA, *Clinical Practice Guidelines: assessment for renal transplantation. 4th edition. Final version*, U.R. Association, Editor. 2008.

18 Recommandation de bonne pratique : Transplantation rénale - Accès à la liste d'attente nationale – octobre 2015.

Algorithmes de calcul de l'indicateur 6 « Evaluation annuelle de l'accès à la transplantation rénale» (AAT)

Variable	Algorithme	
<p style="text-align: center;">Pourcentage de dossiers =</p> $\sum_{i=1}^{60} [\text{num IND AAT}] / \sum_{i=1}^{60} [\text{den IND AAT}]$	Dossier i : [num IND AAT]	<p style="text-align: center;">[num IND AAT] = 1</p> <p>Si [INF 4] = « Non » ET [INF 4.2.1] <> « CI définitive » Alors [num IND AAT] = 0</p> <p>Si [INF 4] = « Oui » ET [INF 4.2.1] <> « CI définitive » ET [INF 4.2]= « Non retrouvé » Alors [num IND AAT] = 0</p> <p>Si [INF 4] = « Oui » ET [INF 4.2.1] <> « CI définitive » ET [INF1] - [INF 4.2] >365 Alors [num IND AAT] = 0 Alors [num IND AAT] = 0 FinSi</p>
	Dossier i : [den IND AAT]	Tous les dossiers inclus

Modifications réalisées depuis le premier déploiement national de DIA en 2013

Les indicateurs recueillis lors du premier recueil national en 2013

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

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

Les modifications apportées pour le second recueil national en 2015

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

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

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

Les modifications apportées pour le troisième recueil national en 2017

Actualisations apportées pour le troisième recueil national

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

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

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