



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

# **Indicateurs de qualité du dossier du patient généralisés en SSR**

## **Campagne 2010**

**Analyse descriptive des résultats  
agrégés 2010 et analyse des facteurs  
associés à la variabilité des résultats**

Novembre 2011

### **Pourquoi ce document ?**

Ce document présente les résultats issus des recueils des indicateurs généralisés par la HAS depuis 2009 dans le secteur SSR sur le thème « dossier du patient », et portant sur la qualité du dossier patient, l'envoi du courrier de fin d'hospitalisation et l'évaluation de la douleur, des troubles nutritionnels et du risque d'escarre.

Ces indicateurs donnent une image du niveau de qualité de chacun des établissements concernés. Ils sont aussi, au niveau national et sous forme agrégée, un observatoire de la qualité des soins dans les établissements de santé français.

### **Pour en savoir plus**

Les résultats individuels des établissements sont disponibles sur :

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

La comparaison nominative des établissements de santé est disponible sur le site de la HAS à l'adresse suivante :

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1097781/  
comparaison-des-etablissements-de-sante](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1097781/comparaison-des-etablissements-de-sante)

La synthèse du rapport « Résultats agrégés 2010 et évolution sur 2 ans » se trouve sur le site internet de la HAS au lien suivant :

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1098019/ipaqss-les-rapports-2010](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1098019/ipaqss-les-rapports-2010)

### **Pour nous contacter**

Pour toutes questions relatives aux indicateurs, le service IPAQSS (Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins) vous répondra par mail : [ipaqss@has-sante.fr](mailto:ipaqss@has-sante.fr)

# SOMMAIRE

<b>Introduction</b> .....	<b>5</b>
<b>Méthodes d'analyses</b>	
Recueil des données .....	6
Méthodes de comparaison .....	7
Méthodes de présentation .....	7
Méthode d'analyse des facteurs associés .....	9
<b>Thème « Dossier du patient » (DPA)</b> .....	<b>10</b>
Indicateur « Tenue du dossier patient » .....	14
Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » .....	26
Indicateur « Évaluation de la douleur » .....	34
Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » .....	42
Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » - niveau 1 .....	42
Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » - niveau 3 .....	49
Indicateur « Évaluation du risque d'escarre » .....	53
<b>Conclusion</b> .....	<b>59</b>



# INTRODUCTION

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

Dans ce contexte, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et la Haute Autorité de Santé (HAS) ont décidé dès 2006 de mettre en œuvre un recueil généralisé d'indicateurs afin de disposer pour l'ensemble des établissements de santé (ES) de tableaux de bord de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins.

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

À la fin de l'année 2010, la HAS a coordonné la deuxième campagne de généralisation des cinq indicateurs du dossier patient<sup>1</sup> impliquant les établissements ayant une activité de soins de suite et de réadaptation (SSR).

Conformément à l'arrêté du 28 décembre 2010, les résultats des indicateurs du dossier patient de chacun des établissements de santé ont été diffusés publiquement sur le site PLATINES du Ministère de la santé en septembre 2011.

Tous les établissements participant au recueil ont reçu, par le biais de la plate-forme QUALHAS, une information structurée et comparative qui leur permet de se positionner par rapport aux politiques qualité conduites ou à engager. 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. Cette plate-forme permet également aux établissements de se comparer et d'apprécier ainsi les domaines où des progrès sont possibles pour améliorer la qualité de leurs activités.

Ce rapport présente les principaux constats et faits marquants issus de l'analyse des résultats de la campagne 2010. Il permet de porter une première appréciation sur l'évolution des résultats enregistrés entre 2009 et 2010 pour les établissements de santé SSR, et apporte un premier éclairage sur les facteurs associés permettant d'expliquer le résultat des indicateurs.

---

1. Les indicateurs : qualité de la tenue du dossier patient, délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, évaluation de la douleur, dépistage des troubles nutritionnels, évaluation du risque d'escarre.

# MÉTHODES D'ANALYSES

## Recueil des données

### ► Outils de recueil

Les outils informatiques développés par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) qui permettent à la fois le recueil des données et la restitution en temps réel de résultats pour chaque indicateur recueilli par l'établissement se composent :

- d'un logiciel de tirage au sort des séjours (Lotus) qui sont analysés et qui servent au calcul des indicateurs ;
- d'une plate-forme Internet sécurisée (QUALHAS) à laquelle chaque établissement se connecte à l'aide d'un identifiant et d'un mot de passe afin de saisir les informations. Ce système permet de restituer aux ES des résultats individuels et des résultats comparatifs standardisés.

Toutes les données agrégées, présentées dans ce document, sont issues de la plate-forme de recueil QUALHAS. Elles concernent l'ensemble des ES impliqués dans la campagne de généralisation des indicateurs du dossier patient sur le champ SSR.

### ► Conditions de recueil

	Thème	Séjours analysés	Recueil facultatif <sup>2</sup>	Cas d'exemption
<b>Champ SSR</b> 2 <sup>e</sup> campagne obligatoire	Dossier du patient (DPA)	80 séjours uniques <sup>3</sup> de plus de 7 jours tirés au sort sur le 1 <sup>er</sup> semestre 2010	ES réalisant moins de 80 séjours uniques de plus de 7 jours sur le 1 <sup>er</sup> semestre 2009	<ul style="list-style-type: none"><li>• Transformation ou abandon de l'activité SSR en 2010</li><li>• Fermeture en 2010</li><li>• Numéro de FINESS inconnu</li><li>• Fusion en 2010</li><li>• Moins de 10 séjours tirés au sort</li></ul>

2. La liste des ES avec recueil facultatif est arrêtée par l'ATIH.

3. Dans le cadre du recueil, un séjour est unique lorsqu'un seul séjour est retrouvé pour un patient sur la période analysée.

Le recueil des indicateurs SSR consiste en une enquête rétrospective portant sur un échantillon aléatoire de séjours réalisés au cours du premier semestre 2010. Au minimum, quatre-vingt séjours doivent être analysés dans chaque ES. Le nombre de dossiers analysés est identique quelles que soient la taille et la catégorie des ES participant au recueil. En effet, ce nombre de dossiers, relativement faible, est statistiquement suffisant pour permettre une estimation de la qualité des dossiers évalués et entraîne une charge de travail acceptable. Le résultat de chaque indicateur est rendu avec un intervalle de confiance (IC) à 95%. Cet intervalle est calculé sur l'échantillon et ne tient pas compte de l'activité de l'ES. Un seuil minimum de 30 dossiers évalués a été retenu pour que l'ES entre dans l'analyse comparative. De cette manière, il est possible d'assumer que la distribution soit normale et de calculer un IC.

## Méthodes de comparaison

Sur la plate-forme QUALHAS, chaque ES peut se comparer à trois groupes de références :

- une « référence nationale » ;
- une « référence régionale » - les ES ont accès aux résultats de leur région respective ;
- une « référence par catégorie d'ES » - les catégories retenues étant les catégories « e-PMSI » : centres hospitaliers (CH), centres hospitaliers universitaires (CHU), établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), établissements privés et la catégorie « autres publics » regroupant principalement les syndicats interhospitaliers.

De plus, le Ministère de la santé a fixé en 2009 un objectif de performance national de 80 % qui doit être atteint par les ES en 2011. Il est donc attendu pour le recueil 2011, dont les résultats seront produits au premier trimestre 2012, que 8 dossiers analysés sur 10, soient en accord avec les critères qualité définis pour les indicateurs SSR. QUALHAS restitue le positionnement de l'ES par rapport à cet objectif pour les 4 indicateurs qualité suivants :

- Tenue du dossier patient ;
- Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation ;
- Évaluation de la douleur ;
- Dépistage des troubles nutritionnels (niveau 1).

## Méthodes de présentation

Dans ce rapport, les ES sont comparés selon :

- une première méthode déclinée en pictogrammes de couleur vert, jaune et orange pour la comparaison par rapport à la moyenne nationale ;
- une seconde méthode déclinée en classes « A », « B », « C » et « D » pour la comparaison par rapport à l'objectif de performance de 80% ; la classe « D » correspond aux ES « Non répondants ».

## ► Positionnement par rapport à la moyenne nationale

Trois classes ont été définies en observant la position de l'IC à 95 % de la moyenne de l'ES à la moyenne nationale.



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



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



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

## ► Positionnement par rapport à l'objectif de performance de 80 %

Trois classes ont été définies en observant la position de l'IC à 95 % de la moyenne de l'ES à l'objectif de performance de 80 %. Une quatrième classe a été créée pour les ES « Non répondants ».

### Classe A

ES dont la borne basse de l'IC à 95 % est supérieure à 80 % : la position de l'ES est dite « **significativement supérieure à l'objectif de performance** ».

### Classe B

ES dont l'IC à 95 % coupe le seuil des 80 % : la position de l'ES est dite « **non significativement différente de l'objectif de performance** ».

### Classe C

ES dont la borne haute de l'IC à 95 % est inférieure à 80 % : la position de l'ES est dite « **significativement inférieure à l'objectif de performance** ».

### Classe D

ES n'ayant pas rempli leur obligation de recueil.



## Méthode d'analyse des facteurs associés

La conformité des indicateurs a été analysée en regard d'un certain nombre de facteurs associés :

- sexe des patients ;
- âge des patients ;
- durée du séjour des patients ;
- mode d'entrée des patients (2010) ;
- mode de sortie des patients (2010) ;
- informatisation des dossiers ;
- caractéristique de l'établissement : structure SSR ou service SSR au sein d'un ES plurisectoriel.

Les analyses ont été effectuées de façon univariée (chaque variable est considérée indépendamment des autres), comprenant lorsque c'était possible l'évolution des résultats entre 2009 et 2010.

# THÈME « DOSSIER DU PATIENT » (DPA)

## Contexte

La deuxième itération du recueil des indicateurs SSR s'est déroulée de novembre 2010 à mars 2011. Elle a concerné 1340 ES. L'analyse consolidée des résultats présente les données descriptives agrégées au niveau national, régional, et par catégorie d'établissements ainsi que les facteurs associés à la variabilité des résultats.

Cette nouvelle campagne portant sur les mêmes indicateurs que l'année précédente, permet de restituer des données d'évolution de la qualité des dossiers patients entre 2009 et 2010.

Par ailleurs, l'instruction DGOS du 9 juin 2010 relative aux modalités pratiques de mise à disposition du public par l'ES des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins définit un objectif de performance à atteindre pour les résultats 2011 (publiés en 2012) pour les quatre indicateurs de qualité issus du dossier du patient hospitalisés en SSR.

La généralisation des indicateurs obéit à une démarche technique rigoureuse avec une phase de développement menée dans le cadre d'un projet de recherche<sup>4</sup>, et la construction d'un système d'information cohérent. De plus, les résultats de la campagne 2010 ont été présentés pour validation au groupe de travail SSR formé par les représentants des professionnels de santé (président de CME, directeur, ingénieur qualité, médecin) et de la fédération de l'hospitalisation privée.

Quatre indicateurs obligatoires et un indicateur optionnel sont évalués à partir du même tirage au sort de dossiers portant sur le premier semestre 2010. Ces indicateurs répondent à des enjeux prioritaires :

### ► Tenue du dossier patient (TDP)

La tenue du dossier patient est un préalable à une prise en charge de qualité en contribuant au partage et au suivi de l'information entre les différents professionnels de santé prenant en charge le patient.

### ► Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC)

La continuité de la prise en charge du patient repose sur une bonne coordination « hôpital/ville » ou « hôpital/structure de transfert ».

---

4. Projet de recherche COMPAQ-HPST.

### ► Évaluation de la douleur (TRD)

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

### ► Dépistage des troubles nutritionnels (DTN)

Le suivi du poids, la recherche d'une variation du poids avant le séjour et le calcul de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) sont les éléments de dépistage des troubles nutritionnels préconisés par les experts afin de permettre une prise en charge adaptée et efficace.

### ► Évaluation du risque d'escarre (TRE) - indicateur optionnel

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

## Description et mode d'évaluation

Les indicateurs du thème DPA sont calculés sur la base d'un échantillon aléatoire de quatre-vingt dossiers tirés au sort parmi des patients ayant fait, au cours du premier semestre 2010, un séjour unique d'au moins 8 jours, dans un service ou un ES ayant une activité SSR.

Cette année, la population totale étudiée compte 1 340 ES parmi lesquels 1 167 devaient réaliser le recueil. Parmi eux, 37 ne l'ont pas réalisé et constituent la classe des ES « non répondants ».

Le taux d'ES non répondants<sup>5</sup> est de 3 % en 2010 contre 5 % en 2009. Parmi les 480 ES ayant un statut facultatif - parce que réalisant moins de 80 séjours uniques d'au moins 8 jours - 173 ont choisi de réaliser le recueil.

Pour chaque indicateur du thème, quelques ES n'ont pas un nombre de dossiers inclus suffisant ( $N \leq 30$ ) pour que leurs données soient prises en compte dans les résultats comparatifs.

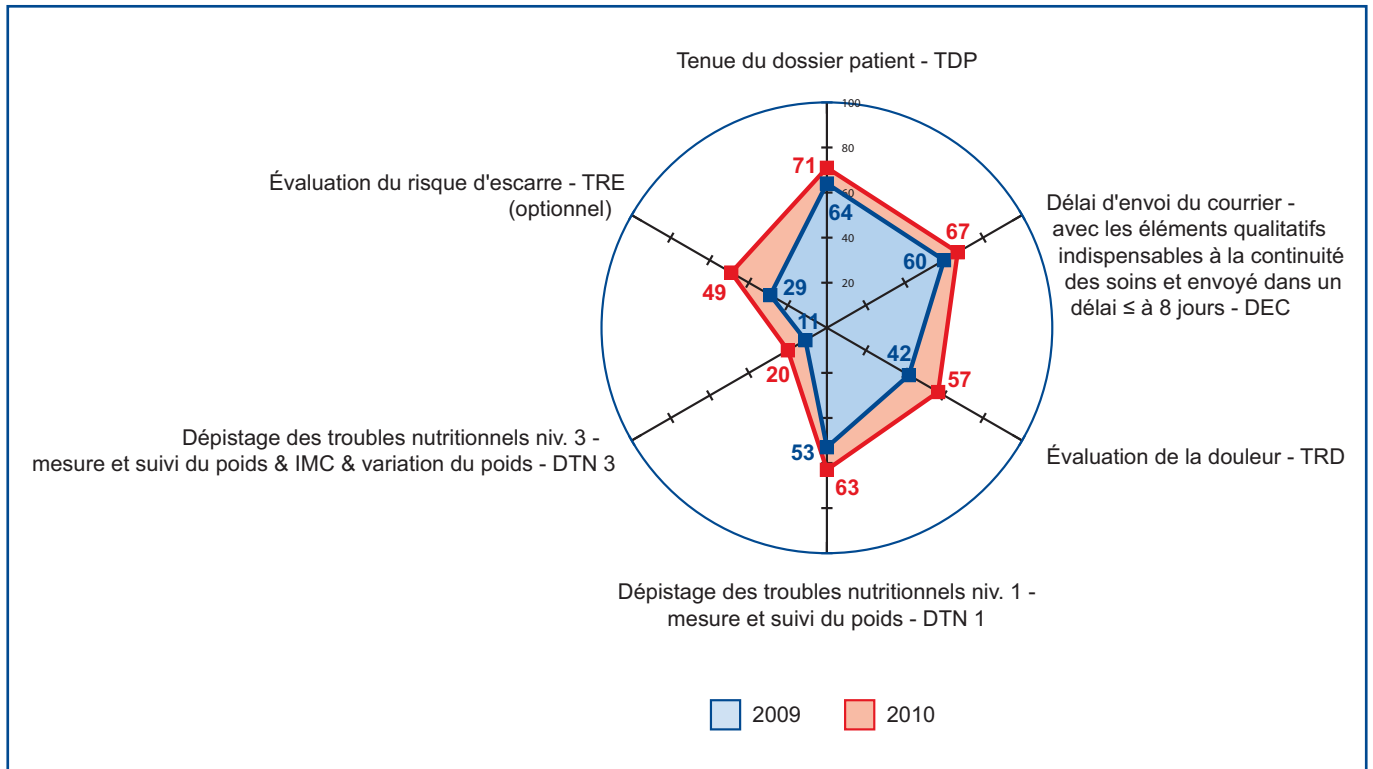
Au niveau national, 105 432 dossiers du premier semestre 2010 ont été tirés au sort pour le thème DPA. Parmi ces dossiers, 0.7 % n'a pas été retrouvé, 0.2 % n'était pas mobilisable<sup>6</sup> et 0.4 % comportait une incohérence PMSI. Au total, l'analyse a porté sur 104 114 dossiers pour l'ensemble du thème DPA SSR.

---

5. Nombre d'ES non répondants / Nombre d'ES obligatoires.

6. Le dossier est non mobilisable lorsque le patient ne souhaite pas que les données le concernant soient exploitées à des fins autres que sa prise en charge .

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



La comparaison des moyennes nationales, entre les campagnes 2009 et 2010, indique une amélioration pour tous les indicateurs du thème « Dossier du patient ». Les résultats sont variables d'un indicateur à l'autre et montrent qu'il existe une marge d'amélioration importante pour tous les indicateurs.

## Analyse descriptive des facteurs associés à la variabilité des résultats

Les facteurs associés sont présentés ici de manière descriptive, avec une comparaison entre 2009 et 2010 lorsque les données étaient disponibles.

- L'échantillon global de patients étudié comporte 61 % de femmes et 39 % d'hommes (ce rapport est le même en 2009).
- La répartition des patients dans trois classes d'âge est présentée dans le Tableau 1.

**Tableau 1 – Âge des patients (2009-2010)**

	% de dossiers 2009	% de dossiers 2010
<b>Mineurs (&lt; 18 ans)</b>	0,5	0,6
<b>Adultes (18 - 74 ans)</b>	43	39
<b>75 - 84 ans</b>	34	35
<b>Personnes âgées ≥ 85 ans</b>	23	26

Seuls 596 dossiers analysés concernent des patients mineurs, ce qui représente un échantillon trop petit pour être comparé aux autres catégories. Cependant, il faut noter que ce taux est une sous-évaluation du pourcentage de patients mineurs dans les établissements de santé SSR, notamment à cause du tirage au sort des dossiers qui porte sur des séjours uniques : les mineurs effectuent souvent des séjours itératifs de plusieurs mois, du fait des vacances scolaires.

- Près d'un ES sur deux est une structure SSR (46 %) ; 54 % des ES sont des services SSR au sein d'un ES pluri-sectoriel.
- Les structures mono-activité accueil pour moitié des patients de plus de 75 ans contre 70% pour les structures pluri-activités.
- En 2010, 26 % des patients entrent en SSR après une mutation, 15 % viennent du domicile et 59 % sont transférés d'un autre ES.
- En 2010, 85 % des patients de l'échantillon rejoignent leur domicile après la prise en charge SSR, 8 % sont transférés, 3 % sont mutés, enfin, 4 % décèdent au cours de l'hospitalisation.
- L'informatisation des dossiers est présentée dans le Tableau 2.

**Tableau 2 – Informatisation des dossiers (2009-2010)**

	% de dossiers 2009	% de dossiers 2010
<b>Informatisation totale</b>	10	14
<b>Aucune informatisation</b>	30	27
<b>Informatisation partielle</b>	60	59

Le pourcentage de dossiers totalement informatisés progresse entre 2009 et 2010 (+ 4 % des dossiers). Au total, en 2010, 14 % des dossiers sont totalement informatisés, ce qui représente un pourcentage élevé par rapport à ce qui peut être observé pour d'autres secteurs d'activité.

L'analyse de la durée de séjour a été faite en répartissant les patients en 4 classes de taille égale (25 % de l'échantillon dans chaque classe) : séjour inférieur à 20 jours ; séjour compris entre 20 et 29 jours ; séjour compris entre 29 et 46 jours ; séjour supérieur à 46 jours. Cependant, au vu des résultats, les variables Durée de séjour, Sexe des patients et Mode d'entrée ne sont pas des variables explicatives de la variabilité des résultats des indicateurs et n'ont été décrites dans cette partie qu'à titre indicatif, afin de présenter la population étudiée.

# INDICATEUR « TENUE DU DOSSIER PATIENT »

## Description et mode d'évaluation

Cet indicateur évalue la tenue du dossier des patients hospitalisés, et est présenté sous la forme d'un score de qualité, calculé à partir de 13 critères au maximum. La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score est proche de 100.

Les 13 critères évalués sont :

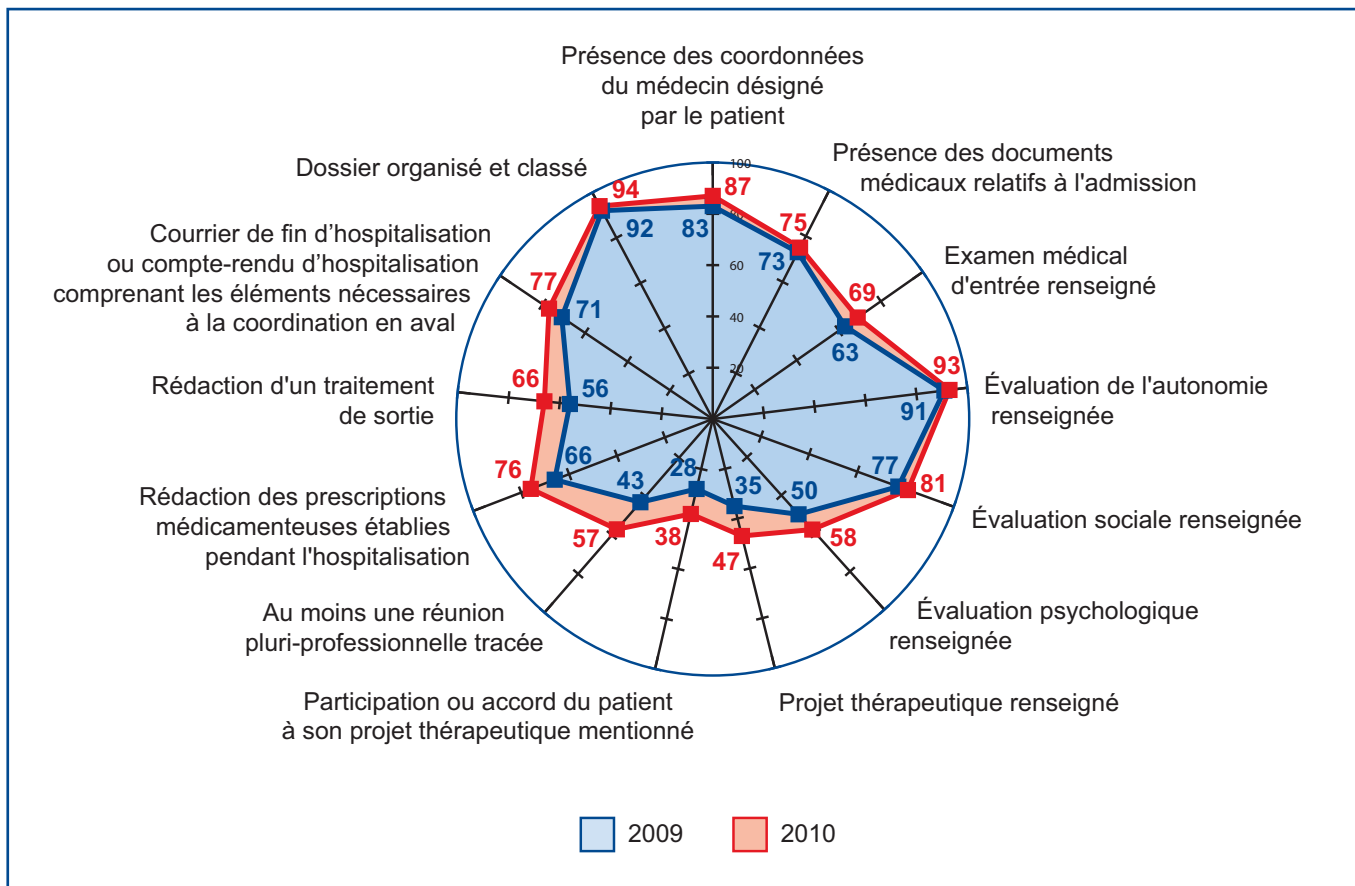
1. présence des coordonnées du médecin désigné par le patient (si applicable) ;
2. présence des documents médicaux relatifs à l'admission ;
3. examen médical d'entrée renseigné ;
4. évaluation de l'autonomie renseignée ;
5. évaluation sociale renseignée ;
6. évaluation psychologique renseignée ;
7. projet thérapeutique renseigné ;
8. participation ou accord du patient à son projet thérapeutique mentionné (si applicable) ;
9. au moins une réunion pluri-professionnelle tracée ;
10. rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (si applicable) ;
11. rédaction d'un traitement de sortie (si applicable)
12. courrier de fin d'hospitalisation ou compte-rendu d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval ;
13. dossier organisé et classé.

Compte tenu des critères évalués, principalement centrés sur les bilans établis au cours de la première semaine et la préparation de la sortie, il a été décidé de n'évaluer que des dossiers de patients ayant réalisé un séjour unique dans la structure. En effet, les séjours itératifs pour certains patients peuvent ne pas nécessiter que les différentes évaluations soient systématiquement réalisées.

# Analyse nationale

## ► Résultats agrégés au niveau national

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



Au niveau national, une augmentation de 2 à 14 points est observée pour les critères de qualité composant l'indicateur « Tenue du dossier patient » entre les campagnes 2009 et 2010.

La plus forte progression concerne les critères « Projet thérapeutique renseigné » et « Participation ou accord du patient à son projet thérapeutique mentionné » bien que leurs résultats restent encore les plus faibles.

**Tableau 3 – Indicateur « Tenue du dossier patient »**  
**Historique des effectifs**

Campagne	Population totale <sup>7</sup>	ES n'entrant pas dans la base de référence nationale		Base de référence nationale	
		Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec effectif N ≤ 30	Nb d'ES avec effectif N > 30	Moyenne du score « Tenue du dossier patient »
<b>2009</b>	1 142	52	29	1 061	64
<b>2010</b>	1 340	37	21	1 282	71

La valeur moyenne nationale du score de la tenue du dossier patient est de 71, soit une augmentation de 7 points par rapport à l'année précédente. La population totale des ES ayant réalisé le recueil en 2010 inclut les ex-hôpitaux locaux, désormais intégrés à la catégorie des CH.

**Tableau 4 – Indicateur « Tenue du dossier patient »**  
**Statistiques descriptives nationales (score compris entre 0 et 100)**

	Nb d'ES	Nb de dossiers	Moyenne nationale	Médiane	Min.	Max.	Ecart type
<b>Base de référence nationale</b>	1 282	98 306	71	72	13	100	15

L'indicateur est calculé sur 98 306 dossiers pour 1 282 ES.

La médiane des scores moyens est à 72, c'est-à-dire que, pour un ES sur deux, quasiment trois-quarts des dossiers sont bien tenus.




Par ailleurs, la variabilité des résultats est significative puisque 10 % des ES ont un score moyen supérieur à 89 (P90) et 10 % des ES ont un score moyen inférieur à 50 (P10).

7. La population totale correspond aux ES ayant l'obligation de réaliser le recueil ainsi qu'aux établissements en statut facultatif qui ont choisi de réaliser le recueil. Cette population comprend les ES entrant dans la base de référence nationale, ceux dont l'effectif de dossiers était ≤ 30 ainsi que les établissements non répondants.



## ► Comparaison des ES

**Tableau 5 – Indicateur « Tenue du dossier patient »**  
**Distribution par rapport à la moyenne nationale**

Campagne	Moyenne nationale				
2009	64	Nombre d'ES	476	131	454
		% d'ES	45	12	43
2010	71	Nombre d'ES	594	163	525
		% d'ES	46	13	41

La répartition des ES par rapport à la moyenne nationale est comparable entre les deux années. Quatre ES sur dix sont en dessous de la moyenne nationale.

**Tableau 6 – Indicateur « Tenue du dossier patient »**  
**Distribution des ES en recueil obligatoire par rapport à l'objectif de performance (80 %)**

	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Total
<b>Nombre d'ES</b>	290	134	704	37	<b>1 165</b>
<b>% d'ES</b>	25	12	60	3	<b>100</b>

Le recueil de l'indicateur était obligatoire pour 1 167 ES (parmi lesquels 2 ES n'avaient pas inclus un nombre suffisant de dossiers pour entrer dans le comparatif). Parmi ces ES, 37 sont non répondants (classe D).

Il est attendu que le dossier patient soit bien tenu pour au moins huit patients sur dix. Un ES sur quatre a d'ores et déjà atteint cet objectif (classe A). Parallèlement, la grande majorité des ES se situe en dessous de l'objectif de performance.

Parmi les 1 165 ES obligatoires en 2010, 930 avaient réalisé un recueil en 2009. Une dynamique de changement de classe a été mesurée pour ces ES. L'évolution n'a pu être calculée pour 235 ES<sup>8</sup>.

8. Établissements ayant moins de 30 dossiers inclus ou sans données l'année précédente.

**Tableau 7 – Indicateur « Tenue du dossier patient »**  
**Évolution de classe pour les ES en recueil obligatoire entre 2009 et 2010**

	<b>ES ayant gagné au moins 1 classe</b>	<b>ES n'ayant pas changé de classe</b>	<b>ES ayant perdu au moins 1 classe</b>	<b>Total</b>
<b>Nombre d'ES</b>	267	626	37	<b>930</b>
<b>% d'ES</b>	29	67	4	<b>100</b>

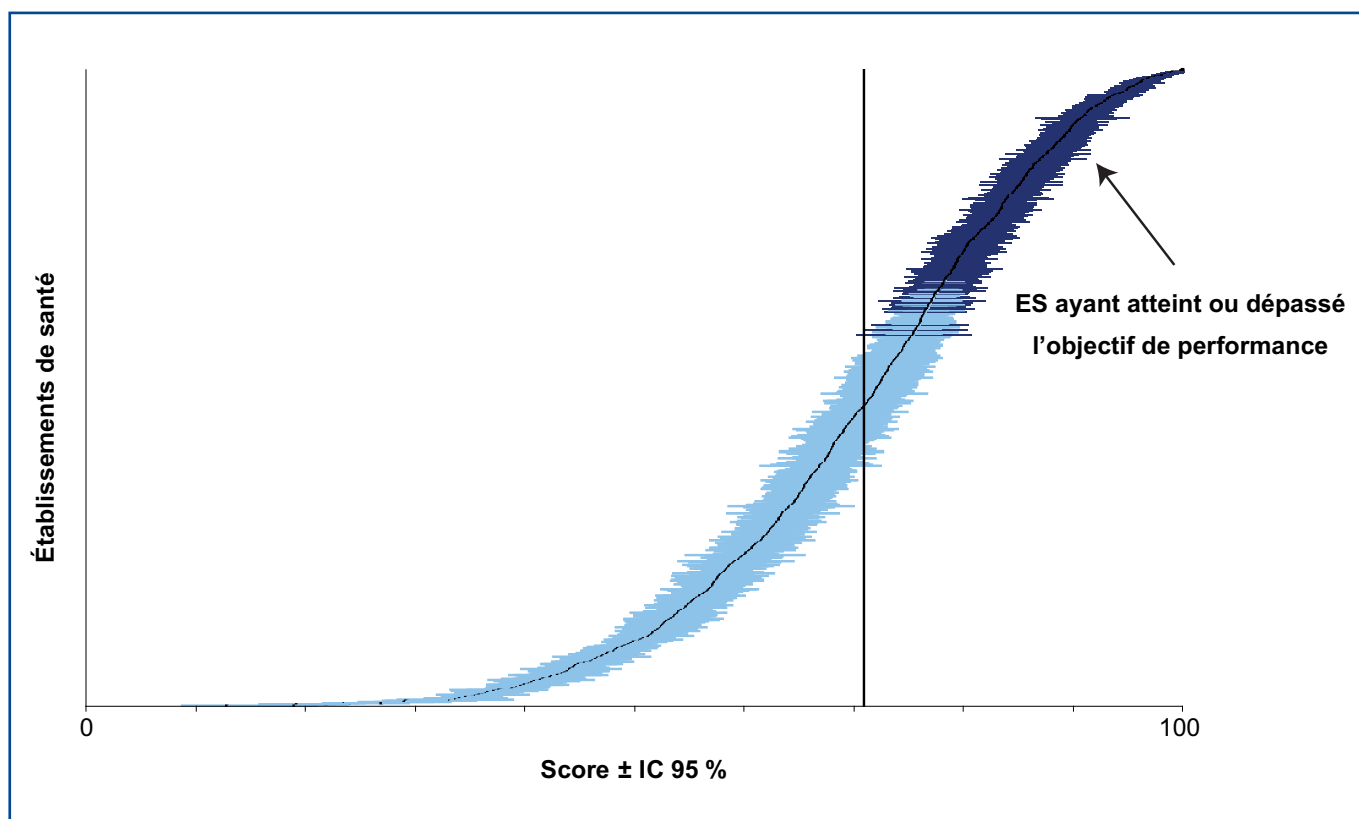
Les changements de classe entre 2009 et 2010 sont calculés pour tous les ES ayant participé aux deux recueils SSR.

Parmi les 267 ES ayant gagné au moins une classe en 2010, un peu moins de la moitié (130 ES) ont observé une forte progression en passant de la classe C à la classe A.

La majorité des ES comparés (626) n'a pas changé de classe en 2010. Parmi ces ES, 98 (16 %) avaient déjà atteint ou dépassé l'objectif de performance en 2009. Plus précisément, 81 ES étaient déjà en classe A. Enfin, parmi les 528 ES qui restent en classe C en 2009 et 2010, 333 (63 %) se sont significativement améliorés.

Parmi les 37 ES ayant perdu au moins une classe, 8 ES positionnés en classe A en 2009 passent en classe C en 2010.

**Graphique 3 – Indicateur « Tenue du dossier patient »**  
**Distribution des ES par rapport à la moyenne nationale<sup>9</sup>**



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

## Variabilité régionale

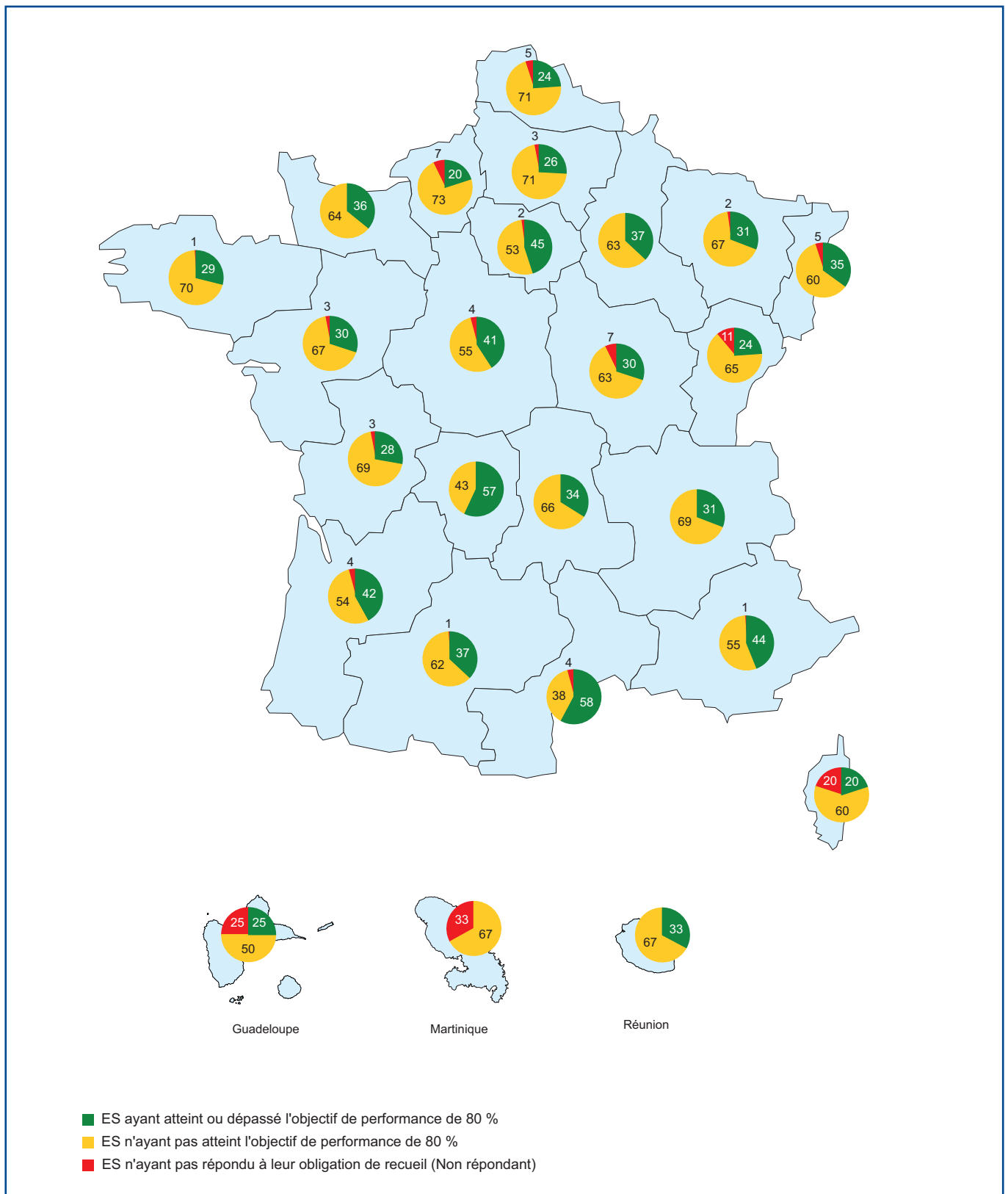
**Tableau 8 – Indicateur « Tenue du dossier patient »**  
**Statistiques descriptives régionales (score compris entre 0 et 100)**

	ES composant la base de référence nationale		Moyenne nationale = 71	ES n'entrant pas dans la base de référence nationale	
	Nb d'ES avec effectif N > 30	Nb de dossiers	Moyenne par région	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec effectif N ≤ 30
ALSACE	41	3 161	74	2	0
AQUITAINE	76	5 717	72	3	1
AUVERGNE	35	2 648	68	0	0
BASSE-NORMANDIE	33	2 478	67	0	0
BOURGOGNE	40	3 112	69	3	0
BRETAGNE	64	4 921	67	1	1
CENTRE	54	4 173	74	2	0
CHAMPAGNE-ARDENNE	22	1 638	66	0	1
CORSE	7	437	67	1	1
FRANCHE-COMTÉ	18	1 348	65	2	1
GUADELOUPE	7	443	70	1	1
HAUTE-NORMANDIE	31	2 258	67	2	0
ILE-DE-FRANCE	162	12 683	75	3	5
LANGUEDOC-ROUSSILLON	70	5 482	<b>76</b>	3	0
LIMOUSIN	18	1 412	71	0	0
LORRAINE	53	3 978	69	1	1
MARTINIQUE	7	455	<b>60</b>	1	0
MIDI-PYRÉNÉES	74	5 699	70	1	3
NORD-PAS-DE-CALAIS	66	5 059	67	3	0
PAYS DE LA LOIRE	72	5 582	70	2	0
PICARDIE	40	3 083	69	1	1
POITOU-CHARENTES	37	2 878	66	1	0
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	122	9 642	74	1	0
RÉUNION	9	620	63	0	0
RHÔNE-ALPES	121	9 268	71	0	2
Service de santé des armées	3	131	87	3	3

La variabilité régionale est confirmée au regard des écarts des moyennes régionales, allant de 60 % pour la Martinique à 76 % pour le Languedoc Roussillon.

### Cartographie 1 – Indicateur « Tenue du dossier patient »

Distribution des ES en recueil obligatoire par rapport à l'objectif de performance (en %)



La variation du pourcentage d'ES par région ayant atteint ou dépassé l'objectif de performance témoigne également de cette variabilité régionale : la proportion d'ES dans cette situation varie ainsi de 20 % pour la Corse à 58 % pour le Languedoc Roussillon.

## Analyse par catégorie d'ES

**Tableau 9 – Indicateur « Tenue du dossier patient »**  
**Statistiques descriptives par catégorie d'ES (score compris entre 0 et 100)**

	ES composant la base de référence nationale		Moyenne nationale = 71	ES n'entrant pas dans la base de référence nationale	
	Nb d'ES avec effectif N > 30	Nb de dossiers	Moyenne par catégorie	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec effectif N ≤ 30
<b>CHU</b>	50	3 953	78	0	0
<b>CH</b>	537	40 259	66	14	7
<b>Privé</b>	400	31 400	74	11	3
<b>ESPIC</b>	289	22 295	73	12	10
<b>Autres publics</b>	6	399	75	0	1

Seul le score moyen des CH (66) est inférieur au score moyen national (71).

## Analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats

Seules les variables qui ont un effet explicatif sur le score « Tenue du dossier patient » sont présentées dans cette partie. Il s'agit de l'informatisation (et plus particulièrement de l'informatisation des prescriptions), du mode d'entrée du patient et du type de caractéristique de l'ES.

### ► Informatisation des dossiers

**Tableau 10 – « Tenue du dossier patient » et informatisation**

	Moyenne 2009	Moyenne 2010
<b>Informatisation totale</b>	70	77
<b>Aucune informatisation</b>	58	65

L'indicateur « Tenue du dossier patient » progresse entre 2009 et 2010, que l'informatisation des dossiers soit totale ou nulle. Cependant, la moyenne du score est meilleure lorsqu'il y a une informatisation totale des dossiers que lorsqu'elle est inexistante (12 points d'écart).

**Tableau 11 – Critère 10 « Rédaction des prescriptions médicamenteuses en fonction de l’informatisation (si applicable) » et informatisation de la prescription**

<b>Informatisation de la prescription<sup>10</sup></b>	<b>Nombre (%) de dossiers</b>	<b>Moyenne du critère 10</b>
<b>Oui</b>	57 062 (58)	94
<b>Non</b>	41 218 (42)	51

Plus de la moitié des prescriptions sont informatisées (58 %). Cette informatisation améliore la qualité de leur rédaction. Cependant, même avec une prescription informatisée, certains critères sont manquants et notamment dans 23 % (N = 715) de ces dossiers, la prescription n’est pas retrouvée. Les autres éléments majoritairement manquants sont listés dans le tableau ci-dessous :

**Tableau 12 – Éléments manquants de la prescription retrouvée et informatisée**

	<b>Nombre (%) de dossiers avec élément manquant</b>
<b>Signature du prescripteur</b>	862 (35)
<b>Nom du prescripteur</b>	720 (29)
<b>Voie d’administration</b>	1 301 (53)

Les critères qui restent à améliorer sont la signature du prescripteur, le nom du prescripteur et la voie d’administration. Ceci justifie l’engagement des cliniciens dans la validation des modules de prescriptions.

► **Mode d’entrée du patient**

**Tableau 13 – « Tenue du dossier patient » et mode d’entrée**

	<b>Moyenne 2010</b>
<b>Mutation</b>	68
<b>Domicile</b>	74

Les résultats sont moins bons pour les patients mutés que pour les patients provenant du domicile.

Ces résultats pourraient s’expliquer par le fait que les informations concernant le patient muté du MCO (par ex.) vers le SSR ne sont pas (mais devraient l’être) forcément réévaluées pendant le séjour en SSR ; alors qu’un patient qui vient directement de son domicile est inconnu pour l’établissement qui est alors amené à effectuer plus de recherches sur les éléments relatifs à l’admission.

10. Informatisation de la prescription : si informatisation du dossier ou informatisation partielle et case « prescription médicale » cochée.

Cependant, les critères dont le résultat est le plus différent selon le mode d'entrée ne sont pas ceux relatifs à l'admission mais les critères présentés dans le Tableau 14.

**Tableau 14 – Critères pour lesquels la différence est la plus grande entre l'entrée du patient par mutation ou par domicile**

	Mutation	Domicile	Différence
<b>Évaluation psychologique renseignée</b>	54	65	11
<b>Participation ou accord du patient à son projet thérapeutique mentionné</b>	38	47	9
<b>Au moins une réunion pluri-professionnelle tracée</b>	52	63	10
<b>Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation</b>	67	76	9

L'absence d'explication de ce résultat étonnant nous amène à en poser le simple constat sans pousser l'interprétation.

#### ► Caractéristique de l'ES

**Tableau 15 – « Tenue du dossier patient » et caractéristique de l'ES**

	% d'ES	Moyenne 2010
<b>Structure SSR</b>	46	74
<b>Service SSR au sein d'un ES plurisectoriel</b>	54	67

Les établissements de santé qui assurent le seul type de prise en charge SSR obtiennent de meilleurs résultats pour l'indicateur « Tenue du dossier patient ».



## Conclusion

- La pertinence de la mesure est confirmée par la variabilité des résultats.
- La tenue du dossier patient s'est améliorée au niveau national (+ 7 points). Cette amélioration porte sur chacun des critères de qualité évalués.
- 25 % des ES ont plus de huit dossiers sur dix bien tenus.
- La moyenne du score de l'indicateur « Tenue du dossier patient » est meilleure lorsque les dossiers sont informatisés. De plus, la rédaction des prescriptions médicamenteuses est meilleure lorsqu'elles sont informatisées.
- Cette moyenne est également meilleure pour les ES mono-activité.

# INDICATEUR « DÉLAI D'ENVOI DU COURRIER DE FIN D'HOSPITALISATION »

## Description et mode d'évaluation

Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la proportion de séjours pour lesquels le courrier de fin d'hospitalisation, qui comprend les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins, est envoyé dans un délai inférieur ou égal à huit jours. Les éléments qualitatifs recherchés rendent compte notamment du suivi médical réalisé pendant le séjour, et du traitement de sortie.

## Analyse nationale

### ► Résultats agrégés au niveau national

**Tableau 16 – Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation »**  
*Historique des effectifs*

Campagne	Population totale	ES n'entrant pas dans la base de référence nationale		Base de référence nationale	
		Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec effectif N ≤ 30	Nb d'ES avec effectif N > 30	Taux moyen « Délai d'envoi du courrier »
2009	1 142	52	36	1 054	60 %
2010	1 340	37	29	1 274	67 %

Le taux moyen national d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, contenant les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins, dans un délai inférieur ou égal à huit jours est de 67 %. Ce taux a augmenté de 7 points par rapport à l'année précédente.

**Tableau 17 – Indicateur « Délai d’envoi du courrier de fin d’hospitalisation »**  
**Statistiques descriptives nationales (%)**

	Nb d’ES	Nb de dossiers	Moyenne nationale	Médiane	Min.	Max.	Ecart type
<b>Base de référence nationale</b>	1 274	95 859	67	76	0	100	29




L’indicateur est calculé sur 95 859 dossiers pour 1 274 ES.

La médiane des taux moyens est de 76 %, c’est-à-dire que, pour un ES sur deux, trois-quarts des courriers sont adressés sous huit jours au médecin traitant.

Par ailleurs, la variabilité des résultats est significative puisque 10% des ES ont un taux moyen supérieur à 97 % (P90) et 10 % des ES ont un taux moyen inférieur à 18 % (P10).

► **Comparaison des ES**

**Tableau 18 – Indicateur « Délai d’envoi du courrier de fin d’hospitalisation »**  
**Distribution par rapport à la moyenne nationale**

Campagne	Moyenne nationale				
<b>2009</b>	<b>60 %</b>	Nombre d’ES	481	227	346
		% d’ES	46	21	33
<b>2010</b>	<b>67 %</b>	Nombre d’ES	621	275	378
		% d’ES	49	21	30

En 2010, la moitié des ES a obtenu un taux moyen supérieur à la moyenne nationale et un ES sur trois se situe en dessous de la moyenne nationale.

**Tableau 19 – Indicateur « Délai d’envoi du courrier de fin d’hospitalisation »**  
**Distribution des ES en recueil obligatoire par rapport à l’objectif de performance (80 %)**

	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Total
<b>Nombre d’ES</b>	369	298	459	37	<b>1 163</b>
<b>% d’ES</b>	32	26	39	3	<b>100</b>

Le recueil de l’indicateur était obligatoire pour 1 163 ES avec plus de trente dossiers analysés. Parmi ces ES, 37 sont non répondants.

Il est attendu qu’un courrier de fin d’hospitalisation contenant les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins soit adressé au médecin traitant moins de 8 jours après la sortie pour au moins 8 patients sur 10. Plus de la moitié des ES concernés par le recueil obligatoire ont atteint ou dépassé cet objectif.

Parmi les 1 163 ES obligatoires en 2010, 928 avaient réalisé un recueil en 2009. Une dynamique de changement de classe a été mesurée pour ces ES. L’évolution n’a pu être calculée pour 235 ES<sup>11</sup>.

**Tableau 20 – Indicateur « Délai d’envoi du courrier de fin d’hospitalisation »**  
**Évolution de classe pour les ES en recueil obligatoire entre 2009 et 2010**

	ES ayant gagné au moins 1 classe	ES n’ayant pas changé de classe	ES ayant perdu au moins 1 classe	Total
<b>Nombre d’ES</b>	300	541	87	<b>928</b>
<b>% d’ES</b>	33	58	9	<b>100</b>

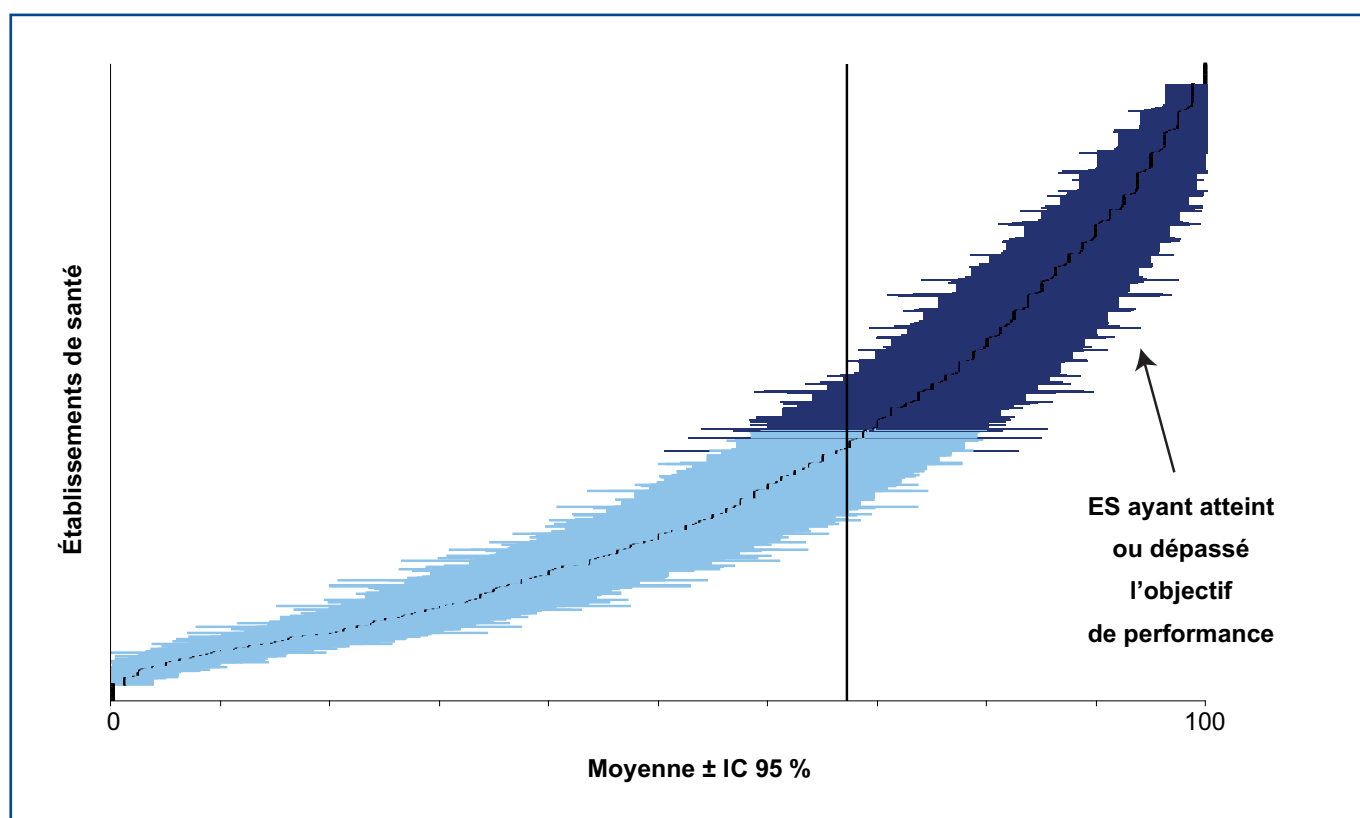
Parmi les 300 ES ayant gagné au moins une classe en 2010, un ES sur quatre est passé de la classe C à la classe A.

La majorité des ES comparés (541) n’a pas changé de classe en 2010. Parmi ces ES, 255 (47 %) avaient déjà atteint ou dépassé l’objectif de performance en 2009. Plus précisément, 169 ES étaient déjà en classe A. Enfin, parmi les 286 ES qui restent en classe C en 2009 et 2010, 95 (33 %) se sont significativement améliorés.

Parmi les 87 ES ayant perdu au moins une classe, 14 ES passent de la classe A à la classe C. Ces résultats seront intégrés à la cartographie des risques, devant colliger l’ensemble des données disponibles, qui permettront de cibler des actions d’amélioration dans le cadre d’une régulation externe.

11. Établissements ayant moins de 30 dossiers inclus ou sans données l’année précédente.

**Graphique 4 – Indicateur « Délai d’envoi du courrier de fin d’hospitalisation »**  
**Distribution des ES par rapport à la moyenne nationale<sup>12</sup>**



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

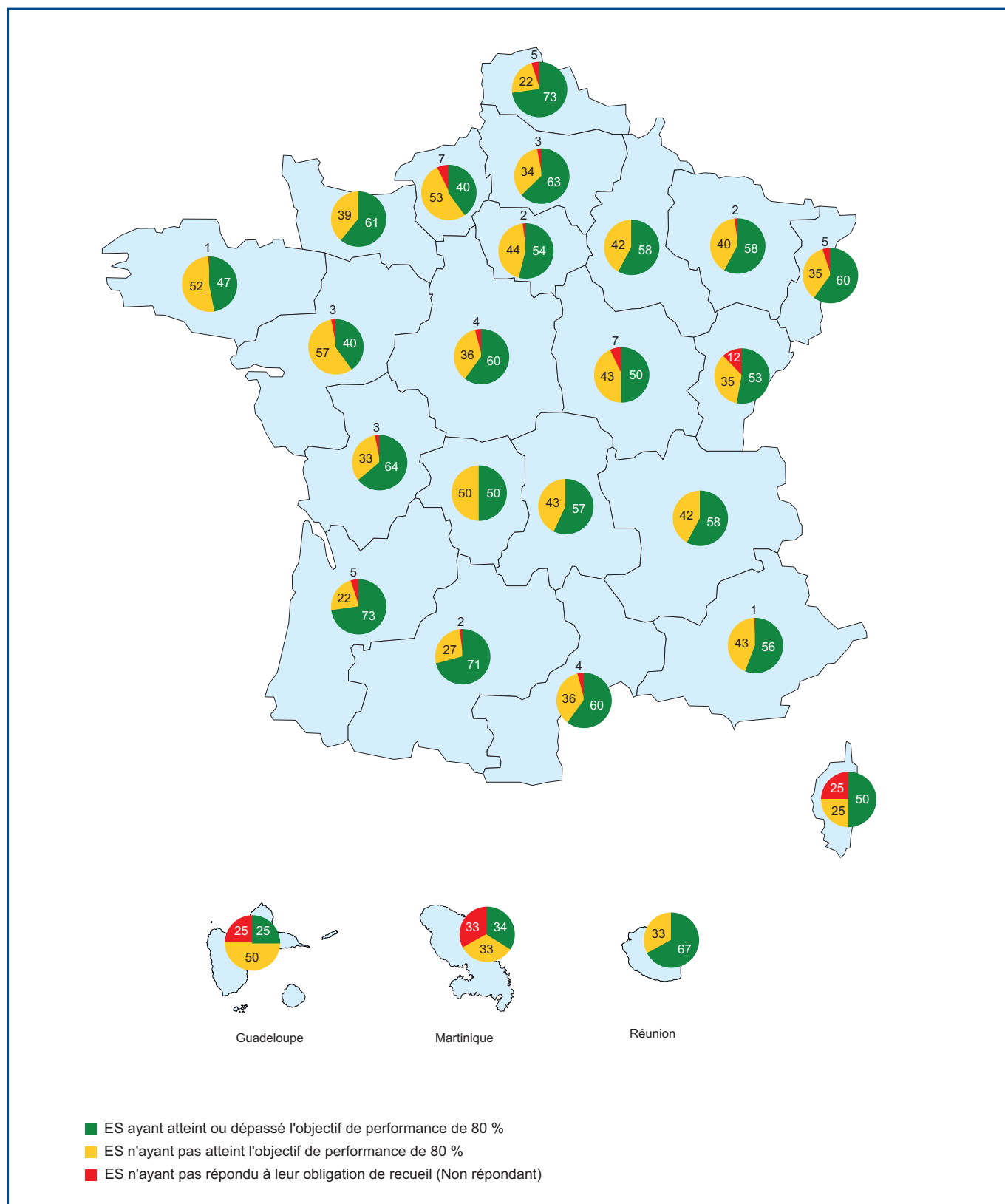
## Variabilité régionale

**Tableau 21 – Indicateur « Délai d’envoi du courrier de fin d’hospitalisation »**  
**Statistiques descriptives régionales (en %)**

	ES composant la base de référence nationale		Moyenne nationale = 67	ES n’entrant pas dans la base de référence nationale	
	Nb d’ES avec effectif N > 30	Nb de dossiers	Moyenne par région	Nb d’ES non répondant	Nb d’ES avec effectif N ≤ 30
ALSACE	41	3 117	73	2	0
AQUITAINE	75	5 558	<b>76</b>	3	2
AUVERGNE	34	2 555	63	0	1
BASSE-NORMANDIE	33	2 452	71	0	0
BOURGOGNE	40	3 052	65	3	0
BRETAGNE	64	4 831	57	1	1
CENTRE	52	4 009	70	2	2
CHAMPAGNE-ARDENNE	22	1 582	63	0	1
CORSE	6	382	59	1	2
FRANCHE-COMTÉ	18	1 320	65	2	1
GUADELOUPE	7	431	<b>49</b>	1	1
HAUTE-NORMANDIE	31	2 191	60	2	0
ILE-DE-FRANCE	161	12 335	69	3	6
LANGUEDOC-ROUSSILLON	70	5 423	67	3	0
LIMOUSIN	18	1 378	63	0	0
LORRAINE	52	3 801	63	1	2
MARTINIQUE	7	448	58	1	0
MIDI-PYRÉNÉES	74	5 627	70	1	3
NORD-PAS-DE-CALAIS	66	4 927	74	3	0
PAYS DE LA LOIRE	72	5 428	57	2	0
PICARDIE	40	2 967	70	1	1
POITOU-CHARENTES	37	2 818	74	1	0
PROVENCE-ALPES-CÔTE D’AZUR	122	9 485	69	1	0
RÉUNION	9	609	58	0	0
RHÔNE-ALPES	120	9 004	65	0	3
Service de santé des armées	3	129	92	3	3

La variabilité régionale est confirmée au regard des écarts des moyennes régionales, allant de 49 % pour la Guadeloupe à 76 % pour l’Aquitaine.

**Cartographie 2 – Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation »**  
**Distribution des ES en recueil obligatoire par rapport à l'objectif de performance (en %)**



La variation du pourcentage d'ES par région ayant atteint ou dépassé l'objectif de performance témoigne également de cette variabilité régionale : la proportion d'ES dans cette situation varie ainsi de 25 % pour la Guadeloupe à 73 % pour l'Aquitaine.

Plus de la moitié des ES de Bretagne, de Guadeloupe, de Haute Normandie, du Limousin et des Pays de la Loire n'a pas atteint l'objectif de performance.

## Analyse par catégorie d'ES

**Tableau 22 – Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation »**  
Statistiques descriptives par catégorie d'ES (en %)

	ES composant la base de référence nationale		Moyenne nationale = 67	ES n'entrant pas dans la base de référence nationale	
	Nb d'ES avec effectif N > 30	Nb de dossiers	Moyenne par catégorie	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec effectif N ≤ 30
<b>CHU</b>	50	3 802	71	0	0
<b>CH</b>	531	38 437	65	14	13
<b>Privé</b>	400	31 241	69	11	3
<b>ESPIC</b>	287	21 980	66	12	12
<b>Autres publics</b>	6	399	62	0	1

La variabilité des résultats entre les différentes catégories d'ES est faible. Le taux moyen pour chaque catégorie d'ES est proche du taux moyen national d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation complet dans un délai de huit jours.

## Analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats

Deux des facteurs associés étudiés sont explicatifs de la variabilité des résultats de l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation ». Il s'agit du mode de sortie du patient et de l'informatisation des dossiers.

### ► Mode de sortie

**Tableau 23 – « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » et mode de sortie**

	% de dossiers	Moyenne 2010
<b>Transfert normal</b>	9	56
<b>Domicile</b>	91	68

Du fait des critères d'exclusion de cet indicateur, les deux seuls modes de sortie sont le transfert vers un autre établissement et le retour à domicile, ce dernier étant le mode de sortie majoritaire.

La moyenne de l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » est meilleure lorsque le patient rentre à domicile que lorsqu'il est transféré (12 points).



## ► Informatisation

Tableau 24 – « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » et informatisation des dossiers

	Moyenne 2009	Moyenne 2010
<b>Informatisation totale</b>	62	71
<b>Aucune informatisation</b>	56	64

La moyenne de l'indicateur augmente entre 2009 et 2010 que l'informatisation des dossiers soit totale ou nulle. Cependant, l'écart entre la moyenne des dossiers totalement informatisés et celle des dossiers sans informatisation reste similaire en 2009 et en 2010 : il y a un plus fort taux de courriers complets envoyés sous huit jours lorsqu'il y a une informatisation (7 points).

Contrairement à l'indicateur « Tenue du dossier patient », la caractéristique de l'ES (mono ou multi-activité) n'est pas un facteur associé permettant d'expliquer la variabilité observée de cet indicateur.

### Conclusion

- La pertinence de la mesure est confirmée par la variabilité des résultats.
- La moyenne nationale de l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » a progressé de 7 points par rapport à l'année précédente et est maintenant à 67 %.
- 32 % des ES envoient un courrier de fin d'hospitalisation complet dans un délai de huit jours pour plus de huit patients sur dix.
- Les disparités régionales restent fortes : 11 % des ES de Champagne Ardenne ont atteint l'objectif de performance de 80 % contre 48 % en Aquitaine.
- Les résultats de cet indicateur sont moins bons lorsque le patient est transféré que lorsqu'il retourne à domicile.
- L'informatisation des dossiers améliore les résultats de l'indicateur.

# INDICATEUR « ÉVALUATION DE LA DOULEUR »

## Description et mode d'évaluation

Cet indicateur mesure si la douleur est évaluée à l'aide d'une échelle dans le dossier patient. Il est présenté sous la forme d'un taux, et correspond à la proportion de séjours pour lesquels il existe au moins un résultat de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du patient non algique ou au moins deux résultats de mesure de la douleur dans le dossier du patient algique. En effet, dans le cas d'un patient algique, la première mesure réalisée avec une échelle diagnostique la présence de douleur ; la deuxième mesure correspond à une mesure de suivi, et doit également être réalisée avec une échelle.

## Analyse nationale

### ► Résultats agrégés au niveau national

*Tableau 25 – Indicateur « Évaluation de la douleur »  
Historique des effectifs*

Campagne	Population totale	ES n'entrant pas dans la base de référence nationale		Base de référence nationale	
		Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec effectif N ≤ 30	Nb d'ES avec effectif N > 30	Taux moyen « Évaluation de la douleur »
2009	1 142	52	29	1 061	42 %
2010	1 340	37	21	1 282	57 %

Le taux moyen national de l'évaluation de la douleur avec une échelle est de 57 %, soit une augmentation de 15 points par rapport à l'année précédente. Cependant, la marge d'amélioration potentielle reste importante.

**Tableau 26 – Indicateur « Évaluation de la douleur »**  
**Statistiques descriptives nationales (%)**

	Nb d'ES	Nb de dossiers	Moyenne nationale	Médiane	Min.	Max.	Ecart type
<b>Base de référence nationale</b>	1 282	98 306	57	59	0	100	33




L'indicateur est calculé sur 98 306 dossiers pour 1 282 ES.

La médiane des taux moyens est de 59 %, c'est-à-dire que, pour un ES sur deux, l'évaluation de la douleur avec une échelle est tracée dans le dossier de trois patients sur cinq.

Par ailleurs, la variabilité des résultats est significative puisque 10 % des ES ont un taux moyen supérieur à 99 % (P90) et 10 % des ES ont un taux moyen inférieur à 9 % (P10).

### ► Comparaison des ES

**Tableau 27 – Indicateur « Évaluation de la douleur »**  
**Distribution par rapport à la moyenne nationale**

Campagne	Moyenne nationale				
<b>2009</b>	<b>42 %</b>	Nombre d'ES	383	168	510
		% d'ES	36	16	48
<b>2010</b>	<b>77 %</b>	Nombre d'ES	564	229	489
		% d'ES	44	18	38

En 2010, près de la moitié des ES se situent au-dessus de la moyenne nationale. Cette distribution est comparable à celle de 2009, avec malgré tout une amélioration de la proportion d'ES ayant un résultat supérieur à la moyenne nationale (+ 8 %) et une diminution de la proportion d'ES ayant un résultat inférieur à la moyenne nationale (- 10 %).

**Tableau 28 – Indicateur « Évaluation de la douleur »**  
**Distribution des ES en recueil obligatoire par rapport à l'objectif de performance (80 %)**

	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Total
<b>Nombre d'ES</b>	286	193	649	37	<b>1 165</b>
<b>% d'ES</b>	24	17	56	3	<b>100</b>

Le recueil de l'indicateur était obligatoire pour 1 165 ES avec plus de trente dossiers analysés. Parmi ces ES, 37 sont non répondants.

Il est attendu que la douleur soit évaluée avec une échelle pour au moins 8 patients sur 10. Plus de la moitié des ES concernés par le recueil obligatoire n'ont pas encore atteint cet objectif.

Parmi les 1 165 ES obligatoires en 2010, 930 avaient réalisé un recueil en 2009. Une dynamique de changement de classe a été mesurée pour ces ES. L'évolution n'a pu être calculée pour 235 ES<sup>13</sup>.

**Tableau 29 – Indicateur « Évaluation de la douleur »**  
**Évolution de classe pour les ES en recueil obligatoire entre 2009 et 2010**

	ES ayant gagné au moins 1 classe	ES n'ayant pas changé de classe	ES ayant perdu au moins 1 classe	Total
<b>Nombre d'ES</b>	247	655	28	<b>930</b>
<b>% d'ES</b>	27	70	3	<b>100</b>

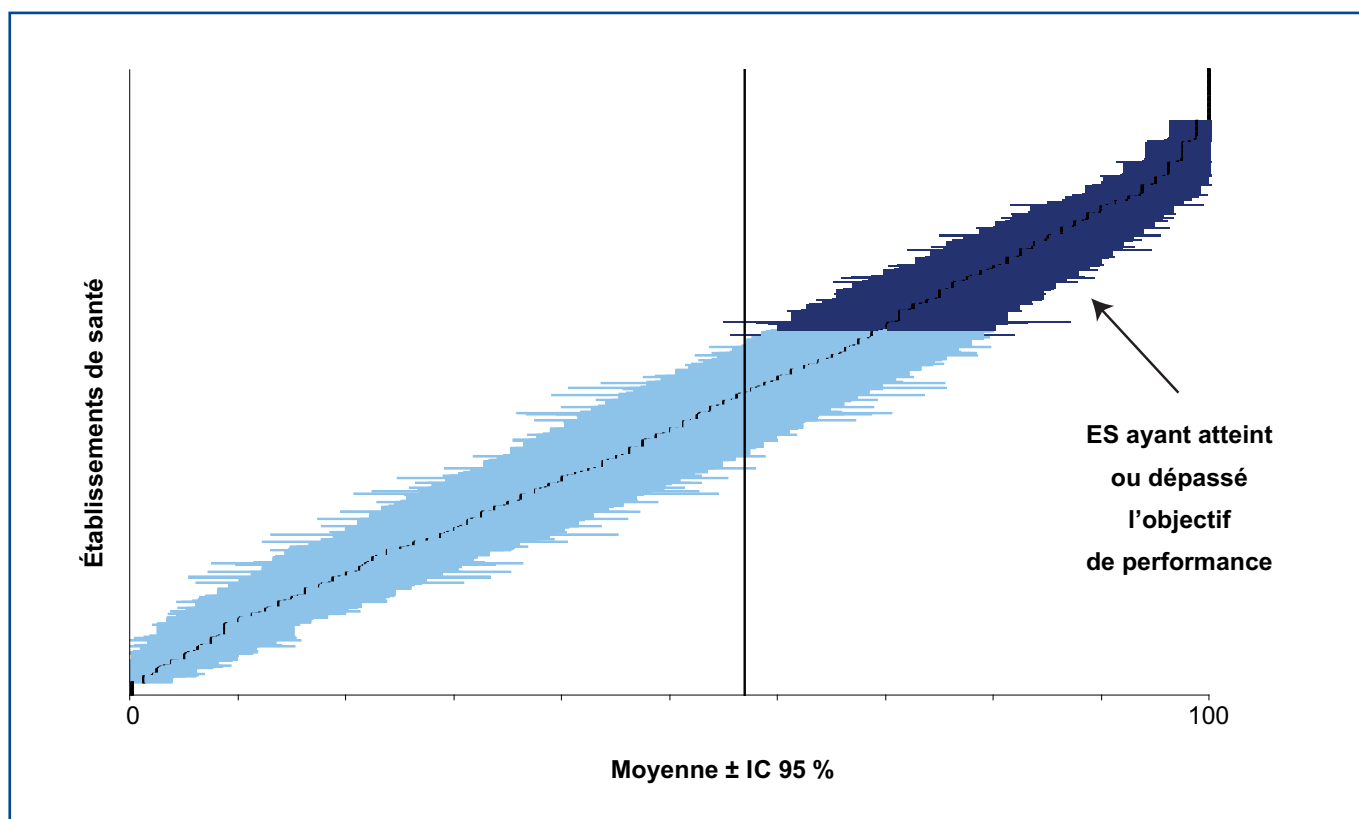
Parmi les 247 ES ayant gagné au moins une classe en 2010, un ES sur trois est passé de la classe C à la classe A (78 ES).

La majorité des ES comparés (655) n'a pas changé de classe en 2010. Parmi ces ES, 170 (26 %) avaient déjà atteint ou dépassé l'objectif de performance en 2009. Plus précisément, 137 ES étaient déjà en classe A. Enfin, parmi les 485 ES qui restent en classe C en 2009 et 2010, 221 (46 %) se sont significativement améliorés.

Parmi les 28 ES ayant perdu au moins une classe, 7 ES passent de la classe A à la classe C.

13. Établissements ayant moins de 30 dossiers inclus ou sans données l'année précédente.

**Graphique 5 – Indicateur « Évaluation de la douleur »**  
**Distribution des ES par rapport à la moyenne nationale<sup>14</sup>**



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

## Variabilité régionale

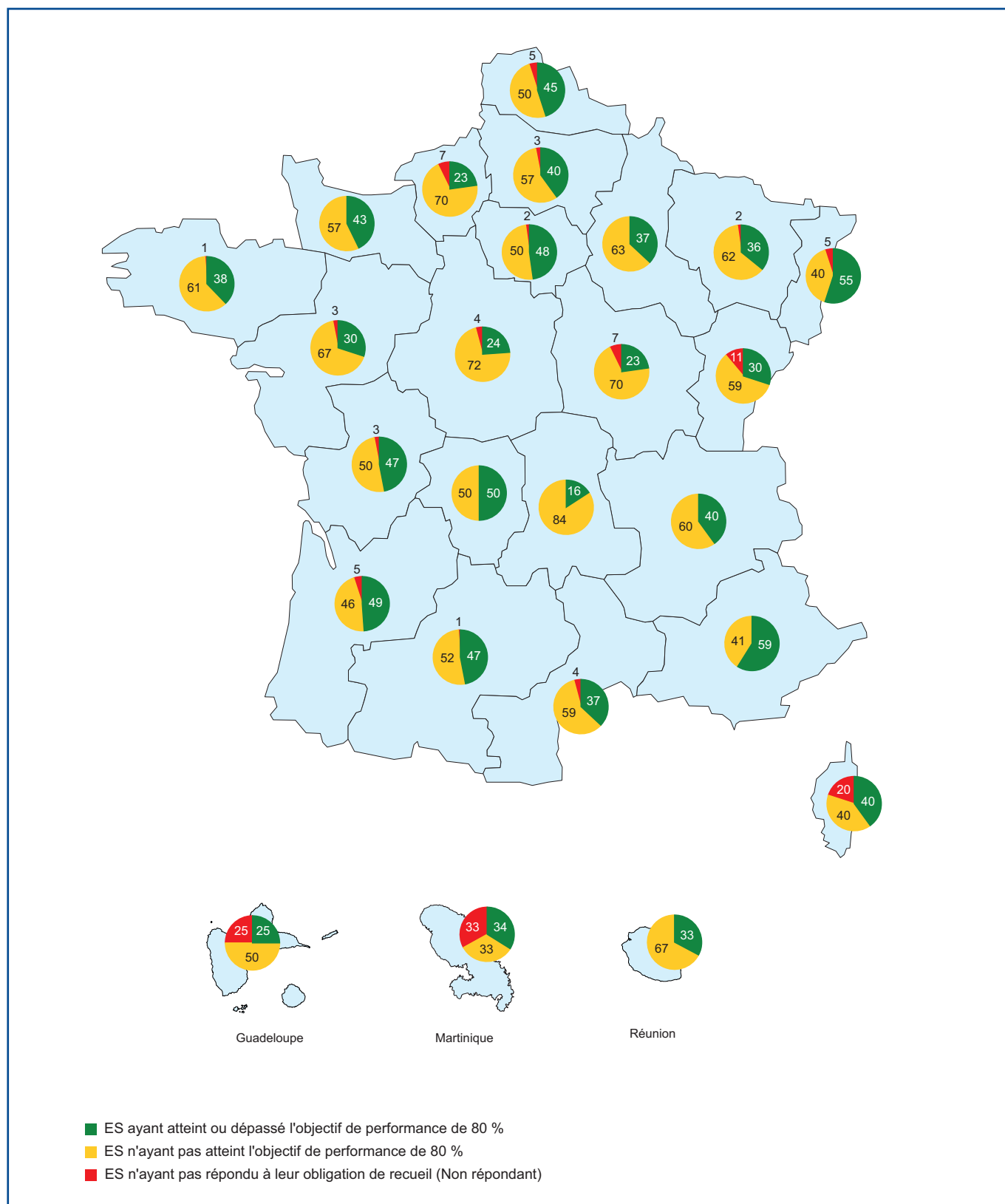
**Tableau 30 – Indicateur « Évaluation de la douleur »**  
**Statistiques descriptives régionales (en %)**

	ES composant la base de référence nationale		Moyenne nationale = 57	ES n'entrant pas dans la base de référence nationale	
	Nb d'ES avec effectif N > 30	Nb de dossiers	Moyenne par région	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec effectif N ≤ 30
ALSACE	41	3 161	67	2	0
AQUITAINE	76	5 717	65	3	1
AUVERGNE	35	2 648	47	0	0
BASSE-NORMANDIE	33	2 478	58	0	0
BOURGOGNE	40	3 112	42	3	0
BRETAGNE	64	4 921	56	1	1
CENTRE	54	4 173	46	2	0
CHAMPAGNE-ARDENNE	22	1 638	50	0	1
CORSE	7	437	37	1	1
FRANCHE-COMTÉ	18	1 348	48	2	1
GUADELOUPE	7	443	65	1	1
HAUTE-NORMANDIE	31	2 258	46	2	0
ILE-DE-FRANCE	162	12 683	63	3	5
LANGUEDOC-ROUSSILLON	70	5 482	53	3	0
LIMOUSIN	18	1 412	54	0	0
LORRAINE	53	3 978	55	1	1
MARTINIQUE	7	455	46	1	0
MIDI-PYRÉNÉES	74	5 699	59	1	3
NORD-PAS-DE-CALAIS	66	5 059	63	3	0
PAYS DE LA LOIRE	72	5 582	49	2	0
PICARDIE	40	3 083	51	1	1
POITOU-CHARENTES	37	2 878	58	1	0
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	122	9 642	<b>69</b>	1	0
RÉUNION	9	620	<b>35</b>	0	0
RHÔNE-ALPES	121	9 268	54	0	2
Service de santé des armées	3	131	86	3	3

La variabilité régionale est confirmée au regard des écarts des moyennes régionales, allant de 35 % pour la Réunion à 69 % pour la région PACA.

### Cartographie 3 – Indicateur « Évaluation de la douleur »

Distribution des ES en recueil obligatoire par rapport à l'objectif de performance (en %)



La variation du pourcentage d'ES par région ayant atteint ou dépassé l'objectif de performance témoigne également de cette variabilité régionale : la proportion d'ES dans cette situation varie ainsi de 16 % pour l'Auvergne à 59 % pour la région PACA.

Plus des deux-tiers des ES des régions Auvergne, Bourgogne, Centre, Haute Normandie, Pays de la Loire et Réunion n'ont pas atteint l'objectif de performance.

## Analyse par catégorie d'ES

**Tableau 31 – Indicateur « Évaluation de la douleur »**  
**Statistiques descriptives par catégorie d'ES (en %)**

	ES composant la base de référence nationale		Moyenne nationale = 57	ES n'entrant pas dans la base de référence nationale	
	Nb d'ES avec effectif N > 30	Nb de dossiers	Moyenne par catégorie	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec effectif N ≤ 30
<b>CHU</b>	50	3 953	51	0	0
<b>CH</b>	537	40 259	43	14	7
<b>Privé</b>	400	31 400	70	11	3
<b>ESPIC</b>	289	22 295	63	12	10
<b>Autres publics</b>	6	399	69	0	1

Le taux moyen des CHU (51 %) et des CH (43 %) est inférieur au taux moyen national (57 %).

## Analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats

Trois facteurs associés apportent un éclairage sur la variabilité des résultats de l'indicateur « Évaluation de la douleur » : l'âge des patients, l'informatisation des dossiers et la caractéristique de l'ES.

### ► Âge des patients

**Tableau 32 – Indicateur « Évaluation de la douleur » et âge des patients**

	% de dossiers 2009	Moyenne 2009	% de dossiers 2010	Moyenne 2010
<b>Adultes (18 - 74 ans)</b>	43	46	39	62
<b>75 - 84 ans</b>	34	41	35	56
<b>Personnes âgées ≥ 85 ans</b>	23	35	26	50

Les personnes âgées ont une moins bonne évaluation de la douleur avec une échelle que le reste de l'échantillon étudié : la différence entre le pourcentage de dossiers conformes pour les personnes âgées de plus de 85 ans et les patients âgés de 18 à 74 ans est de 12 points.



## ► Informatisation

**Tableau 33 – Indicateur « Évaluation de la douleur » et informatisation des dossiers**

	Moyenne 2009	Moyenne 2010
<b>Informatisation totale</b>	53	66
<b>Aucune informatisation</b>	41	55

Une progression dans l'évaluation de la douleur avec une échelle est observée quel que soit le niveau d'informatisation des dossiers. Cependant, en 2009 comme en 2010, l'informatisation des dossiers améliore l'évaluation de la douleur avec une échelle (11 points).

## ► Caractéristique de l'ES

**Tableau 34 – Indicateur « Évaluation de la douleur » et caractéristique de l'ES**

	% d'ES	Moyenne 2010
<b>Service SSR au sein d'un ES plurisectoriel</b>	54	50
<b>Structure SSR</b>	46	64

L'évaluation de la douleur est meilleure lorsque l'ES est une structure SSR que lorsque qu'il s'agit d'un service SSR au sein d'un ES plurisectoriel (14 points).

## Conclusion

- La pertinence de la mesure est confirmée par la variabilité des résultats.
- La moyenne nationale de l'indicateur « Évaluation de la douleur » est de 57 %.
- Cet indicateur est en forte amélioration (+ 15 points).
- Un quart des ES évaluent la douleur avec une échelle pour plus de huit patients sur dix.
- L'informatisation des dossiers améliore les résultats de l'indicateur.
- Les résultats sont également meilleurs pour les ES mono-activité.
- La marge de progression de l'évaluation de la douleur avec une échelle pour les personnes âgées reste importante.

# INDICATEUR « DÉPISTAGE DES TROUBLES NUTRITIONNELS »

## Description et mode d'évaluation

Le dépistage des troubles nutritionnels est recommandé pour tout patient hospitalisé. En SSR, ce dépistage justifie que le patient soit pesé dans la semaine qui suit son admission et que son poids soit surveillé au cours du séjour. L'évolution de son poids avant l'admission doit également être recherchée dans le cadre d'une interrogation du patient, et son Indice de Masse Corporelle (IMC) doit être calculé.

Cet indicateur évalue le dépistage des troubles nutritionnels chez le patient adulte. Il est composé de trois niveaux donnant lieu au calcul de trois mesures distinctes, présentées sous la forme d'un taux (gradation du niveau de qualité atteint) :

- le niveau 1 évalue si une mesure du poids au cours des sept premiers jours du séjour et dans les quinze jours suivant la première mesure a été effectuée et notée dans le dossier ;
- le niveau 2 évalue si le suivi du poids et un calcul de l'IMC ou le suivi du poids et la recherche d'une variation du poids avant le séjour ont été effectués et notés dans le dossier ;
- le niveau 3 évalue si le suivi du poids et un calcul de l'IMC et la recherche d'une variation du poids avant le séjour ont été effectués et notés dans le dossier.

L'objectif de performance national de 80% a été fixé pour le niveau 1 de l'indicateur. Cependant, les préconisations pour une qualité de dépistage des troubles nutritionnels sont objectivées par le niveau 3 de cet indicateur.

**Les analyses des niveaux 1 et 3 sont détaillées ci-après.**

## Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » - niveau 1

Le niveau 1 de l'indicateur évalue si une mesure du poids - au cours des sept premiers jours du séjour - ainsi que son suivi - dans les quinze jours suivant la première mesure - ont été effectués et notés dans le dossier. Ce niveau fait l'objet d'une diffusion publique des résultats.

## Analyse nationale

### ► Résultats agrégés au niveau national

**Tableau 35 – Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » - niveau 1**  
*Historique des effectifs*

Campagne	Population totale	ES n'entrant pas dans la base de référence nationale		Base de référence nationale	
		Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec effectif N ≤ 30	Nb d'ES avec effectif N > 30	Taux moyen « Dépistage des troubles nutritionnels » - niveau 1
2009	1 142	52	37	1 053	53 %
2010	1 340	37	28	1 275	63 %

En moyenne au niveau national, une mesure du poids au cours des sept premiers jours du séjour puis dans les quinze jours suivant la première mesure est retrouvée dans 63 % des dossiers. Cette augmentation de 10 points par rapport à la campagne 2009 permet d'apprécier la mise en œuvre effective des actions d'amélioration au sein des ES.

**Tableau 36 – Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » - niveau 1**  
*Statistiques descriptives nationales (%)*

	Nb d'ES	Nb de dossiers	Moyenne nationale	Médiane	Min.	Max.	Ecart type
<b>Base de référence nationale</b>	1 275	97 125	63	68	0	100	29




L'indicateur est calculé sur 97 125 dossiers pour 1 275 ES.

La médiane des taux moyens est de 68 %, c'est-à-dire que, pour un ES sur deux, le suivi du poids est tracé dans le dossier de deux patients sur trois.

Par ailleurs, la variabilité des résultats est significative puisque 10 % des ES ont un taux moyen supérieur à 97 % (P90) et 10 % des ES ont un taux moyen inférieur à 19 % (P10).

## ► Comparaison des ES

**Tableau 37 – Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » - niveau 1**  
**Distribution par rapport à la moyenne nationale**

Campagne	Moyenne nationale				
2009	53 %	Nombre d'ES	444	174	435
		% d'ES	42	17	41
2010	63 %	Nombre d'ES	570	255	450
		% d'ES	45	20	35

En 2010, près de la moitié des ES se situent au-dessus de la moyenne nationale. Cette distribution est comparable à celle de 2009, avec malgré tout une nette amélioration.

**Tableau 38 – Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » - niveau 1**  
**Distribution des ES en recueil obligatoire par rapport à l'objectif de performance (80 %)**

	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Total
Nombre d'ES	313	239	573	37	1 162
% d'ES	27	21	49	3	100

Le recueil de l'indicateur était obligatoire pour 1 162 ES avec plus de trente dossiers analysés. Parmi ces ES, 37 sont non répondants.

Il est attendu que le poids soit mesuré à l'admission et suivi pour au moins 8 patients sur 10. Il y a autant d'ES concernés par le recueil obligatoire qui ont atteint ou dépassé cet objectif que d'ES qui se situent en dessous de l'objectif de performance.

Parmi les 1 162 ES obligatoires en 2010, 925 avaient réalisé un recueil en 2009. Une dynamique de changement de classe a été mesurée pour ces ES. L'évolution n'a pu être calculée pour 237 ES<sup>15</sup>.

15. Établissements ayant moins de 30 dossiers inclus ou sans données l'année précédente.

**Tableau 39 – Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » - niveau 1**  
**Évolution de classe pour les ES en recueil obligatoire entre 2009 et 2010**

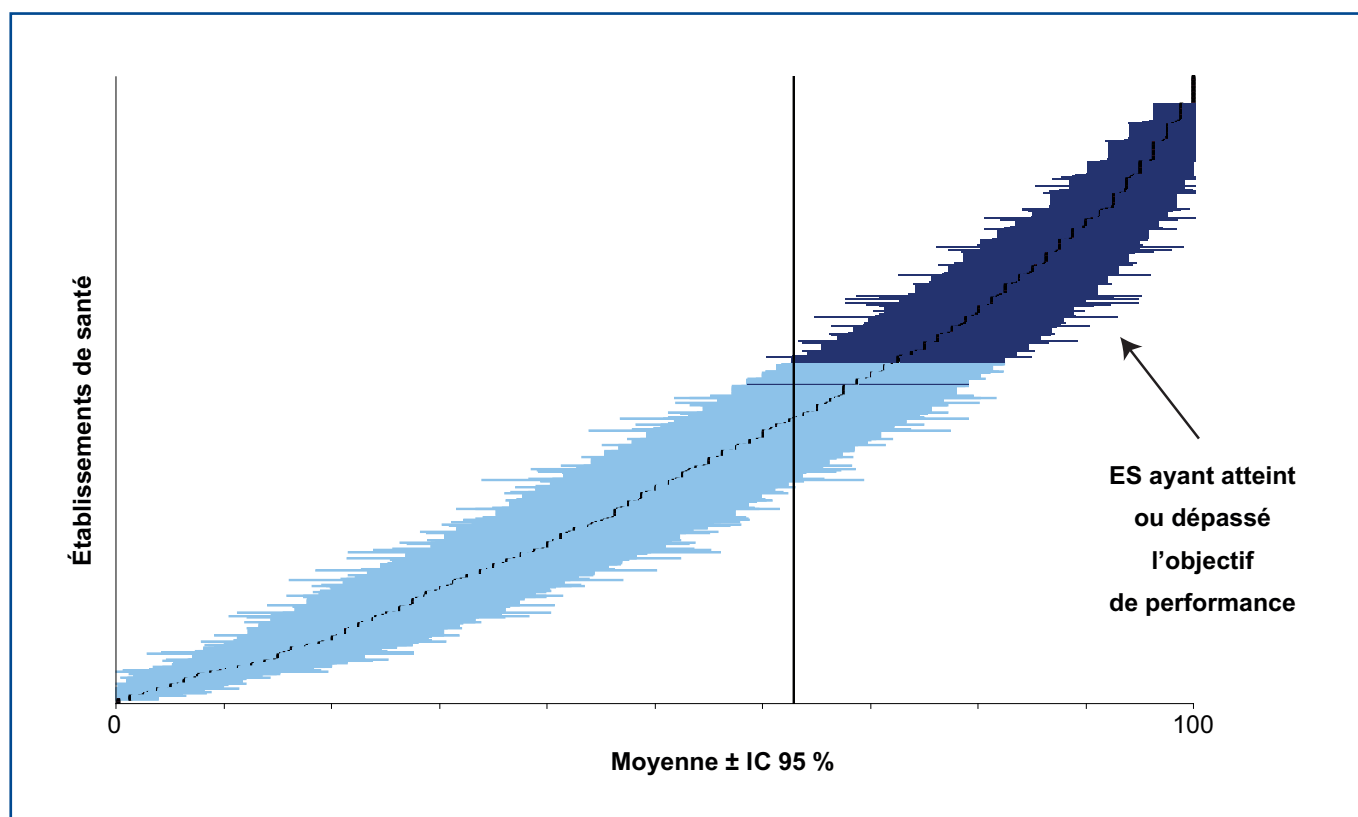
	ES ayant gagné au moins 1 classe	ES n'ayant pas changé de classe	ES ayant perdu au moins 1 classe	Total
<b>Nombre d'ES</b>	226	636	63	<b>925</b>
<b>% d'ES</b>	24	69	7	<b>100</b>

Parmi les 226 ES ayant gagné au moins une classe en 2010, 44 sont passés de la classe C à la classe A.

La majorité des ES comparés (636) n'a pas changé de classe en 2010. Parmi ces ES, 216 (34 %) avaient déjà atteint ou dépassé l'objectif de performance en 2009. Plus précisément, 145 ES étaient déjà en classe A. Enfin, parmi les 420 ES qui restent en classe C en 2009 et 2010, 148 (35 %) se sont significativement améliorés.

Parmi les 63 ES ayant perdu au moins une classe, 9 ES passent de la classe A à la classe C.

**Graphique 6 – Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » - niveau 1**  
**Distribution des ES par rapport à la moyenne nationale<sup>16</sup>**



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

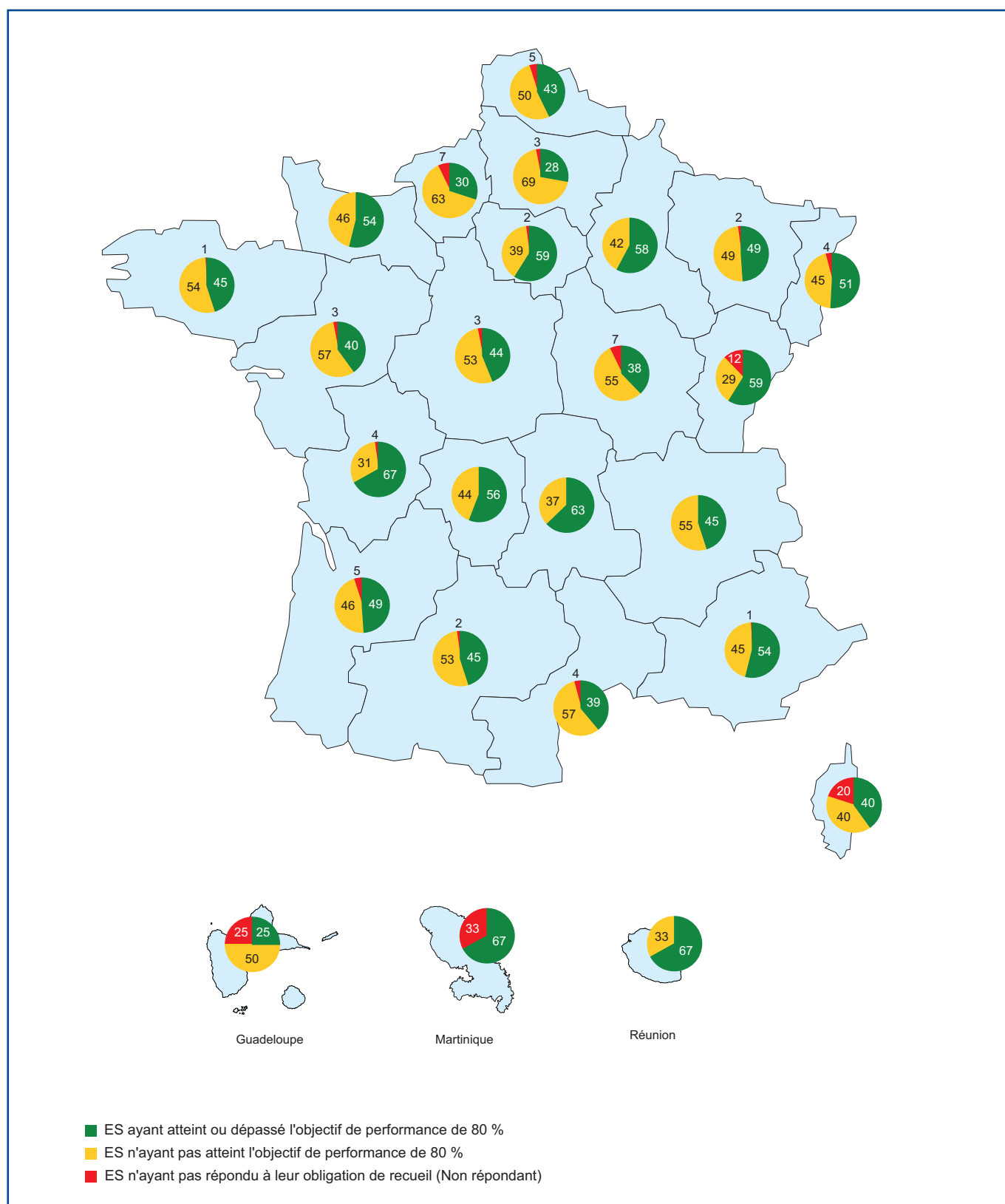
## Variabilité régionale

**Tableau 40 – Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » - niveau 1**  
**Statistiques descriptives régionales (en %)**

	ES composant la base de référence nationale		Moyenne nationale = 63	ES n'entrant pas dans la base de référence nationale	
	Nb d'ES avec effectif N > 30	Nb de dossiers	Moyenne par région	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec effectif N ≤ 30
ALSACE	41	3 132	65	2	0
AQUITAINE	75	5 584	58	3	2
AUVERGNE	34	2 599	61	0	1
BASSE-NORMANDIE	33	2 474	66	0	0
BOURGOGNE	40	3 102	61	3	0
BRETAGNE	64	4 889	59	1	1
CENTRE	53	4 127	61	2	1
CHAMPAGNE-ARDENNE	22	1 619	67	0	1
CORSE	7	428	47	1	1
FRANCHE-COMTÉ	18	1 334	74	2	1
GUADELOUPE	7	423	64	1	1
HAUTE-NORMANDIE	31	2 236	53	2	0
ILE-DE-FRANCE	162	12 543	71	3	5
LANGUEDOC-ROUSSILLON	68	5 360	59	3	2
LIMOUSIN	18	1 398	70	0	0
LORRAINE	53	3 930	67	1	1
MARTINIQUE	7	452	72	1	0
MIDI-PYRÉNÉES	74	5 671	60	1	3
NORD-PAS-DE-CALAIS	66	4 989	58	3	0
PAYS DE LA LOIRE	72	5 521	58	2	0
PICARDIE	40	3 044	58	1	1
POITOU-CHARENTES	37	2 850	72	1	0
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	121	9 491	65	1	1
RÉUNION	9	615	68	0	0
RHÔNE-ALPES	120	9 183	60	0	3
Service de santé des armées	3	131	72	3	3

La variabilité régionale est confirmée au regard des écarts des moyennes régionales, allant de 47 % pour la Corse à 74 % pour la Franche Comté.

**Cartographie 4 – Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » - niveau 1**  
**Distribution des ES en recueil obligatoire par rapport à l'objectif de performance (en %)**



La variation du pourcentage d'ES par région ayant atteint ou dépassé l'objectif de performance témoigne également de cette variabilité régionale : la proportion d'ES dans cette situation varie ainsi de 25 % pour la Corse à 67 % pour le Poitou-Charentes.

Moins d'un ES sur trois de Haute Normandie, de Picardie et de Guadeloupe atteint ou dépasse l'objectif de performance.

## Analyse par catégorie d'ES

Tableau 41 – Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » - niveau 1  
Statistiques descriptives par catégorie d'ES (en %)

	ES composant la base de référence nationale		Moyenne nationale = 63	ES n'entrant pas dans la base de référence nationale	
	Nb d'ES avec effectif N > 30	Nb de dossiers	Moyenne par catégorie	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec effectif N ≤ 30
<b>CHU</b>	50	3 945	63	0	0
<b>CH</b>	534	39 681	61	14	10
<b>Privé</b>	399	31 198	65	11	4
<b>ESPIC</b>	286	21 902	62	12	13
<b>Autres publics</b>	6	399	85	0	1

Chaque catégorie a un taux moyen de suivi du poids proche du taux moyen national.

## Analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats

Une analyse des facteurs associés a été conduite : l'absence de variabilité a été observée pour l'indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » en fonction des facteurs suivants : sexe ; âge ; durée de séjour ; mode d'entrée ; mode de sortie ; informatisation du dossier et caractéristique de l'ES.

La variabilité observée des résultats est due à d'autres variables, il serait notamment intéressant de pouvoir la lier à la taille de la structure SSR.

### Conclusion

- La pertinence de la mesure est confirmée par la variabilité des résultats.
- La moyenne nationale de l'indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » a progressé de 10 points par rapport à l'année précédente et est maintenant à 63 %.
- Aucune variabilité des résultats n'est observée par catégorie d'ES.
- 27 % des ES mesurent le poids à l'admission et le suivent pour plus de 8 patients sur 10.



## Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » - niveau 3

Le niveau 3 de l'indicateur évalue si le suivi du poids, la recherche d'une variation du poids avant le séjour et le calcul de l'IMC ont été effectués et notés dans le dossier. Ce niveau ne fait pas l'objet d'une diffusion publique des résultats.

### Analyse nationale

#### ► Résultats agrégés au niveau national

**Tableau 42 – Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » - niveau 3**  
*Historique des effectifs*

Campagne	Population totale	ES n'entrant pas dans la base de référence nationale		Base de référence nationale	
		Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec effectif N ≤ 30	Nb d'ES avec effectif N > 30	Taux moyen « Dépistage des troubles nutritionnels » - niveau 3
<b>2009</b>	1 142	52	37	1 053	11 %
<b>2010</b>	1 340	37	28	1 275	20 %

Le taux moyen national d'une notification dans le dossier du patient du suivi du poids ET du calcul de l'IMC ET de la recherche d'une variation du poids avant le séjour, est de 20 %. Ceci représente une augmentation de 9 points par rapport à l'année précédente.

**Tableau 43 – Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » - niveau 3**  
*Statistiques descriptives nationales (%)*

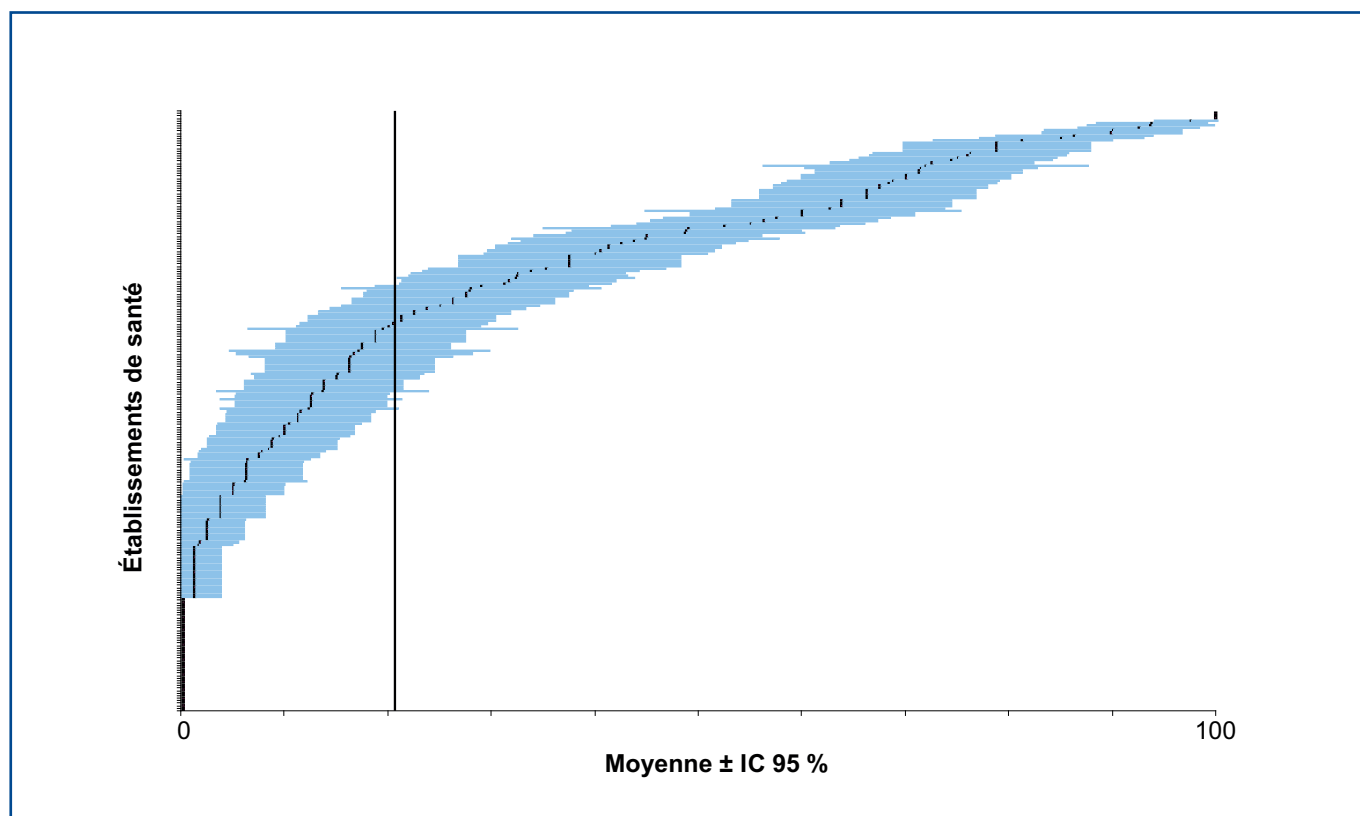
	Nb d'ES	Nb de dossiers	Moyenne nationale	Médiane	Min.	Max.	Ecart type
<b>Base de référence nationale</b>	1 275	97 125	20	8	0	100	26

L'indicateur est calculé sur 97 125 dossiers pour 1 275 ES.

La médiane des taux moyens est de 8 %, c'est-à-dire que, pour un ES sur deux, le suivi du poids ET le calcul de l'IMC ET la recherche d'une variation du poids avant le séjour sont tracés dans le dossier de moins d'un patient sur dix. De plus, 21 % des ES ont un résultat nul.

Par ailleurs, la variabilité des résultats est significative puisque 10 % des ES ont un taux moyen supérieur à 66 % (P90), ce qui est confirmé par le graphique 7. La marge d'amélioration reste cependant très importante puisque 10 % des ES ont un taux nul (P10).

**Graphique 7 – Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » - niveau 3**  
**Distribution des ES par rapport à la moyenne nationale<sup>17</sup>**



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

## Variabilité régionale

**Tableau 44 – Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » - niveau 3**  
**Statistiques descriptives régionales (en %)**

	ES composant la base de référence nationale		Moyenne nationale = 20
	Nb d'ES avec effectif N > 30	Nb de dossiers	Moyenne par région
ALSACE	41	3 132	21
AQUITAINE	75	5 584	17
AUVERGNE	34	2 599	19
BASSE-NORMANDIE	33	2 474	23
BOURGOGNE	40	3 102	16
BRETAGNE	64	4 889	18
CENTRE	53	4 127	26
CHAMPAGNE-ARDENNE	22	1 619	17
CORSE	7	428	31
FRANCHE-COMTÉ	18	1 334	12
GUADELOUPE	7	423	36
HAUTE-NORMANDIE	31	2 236	14
ILE-DE-FRANCE	162	12 543	25
LANGUEDOC-ROUSSILLON	68	5 360	22
LIMOUSIN	18	1 398	16
LORRAINE	53	3 930	19
MARTINIQUE	7	452	11
MIDI-PYRÉNÉES	74	5 671	21
NORD-PAS-DE-CALAIS	66	4 989	20
PAYS DE LA LOIRE	72	5 521	14
PICARDIE	40	3 044	12
POITOU-CHARENTES	37	2 850	19
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	121	9 491	28
RÉUNION	9	615	30
RHÔNE-ALPES	120	9 183	21
Service de santé des armées	3	131	21

## Analyse par catégorie d'ES

**Tableau 45 – Indicateur « Dépistage des troubles nutritionnels » - niveau 3**  
**Statistiques descriptives par catégorie d'ES (en %)**

	ES composant la base de référence nationale		<i>Moyenne nationale = 20</i>
	Nb d'ES avec effectif N > 30	Nb de dossiers	Moyenne par catégorie
<b>CHU</b>	50	3 945	18
<b>CH</b>	534	39 681	14
<b>Privé</b>	399	31 198	27
<b>ESPIC</b>	286	21 902	23
<b>Autres publics</b>	6	399	21

### Conclusion

- La pertinence de la mesure est confirmée par la variabilité des résultats.
- Le taux moyen de dépistage des troubles nutritionnels par une notification dans le dossier du patient du suivi du poids ET du calcul de l'IMC ET de la recherche d'une variation du poids avant le séjour reste faible (20 %) et de nombreux ES (21 %) ont un taux nul.

# INDICATEUR « ÉVALUATION DU RISQUE D'ESCARRE »

## Description et mode d'évaluation

Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, mesure si le risque d'escarre est évalué dans les sept jours suivant l'admission du patient adulte.

Le recueil de l'indicateur « Évaluation du risque d'escarre » était optionnel ; 1 118 ES ont choisi d'y participer en 2010, parmi lesquels 1 101 ont évalué plus de trente dossiers.

## Analyse nationale

### ► Résultats agrégés au niveau national

**Tableau 46 – Indicateur « Évaluation du risque d'escarre »**  
*Statistiques descriptives nationales (en %)*

	Taux de participation	Nb d'ES	Nb de dossiers	Moyenne nationale	Médiane	Min	Max	Ecart-type
<b>2009</b>	82 %	871	66 180	29	15	0	100	32
<b>2010</b>	87 %	1 101	84 289	48	46	0	100	34

Le taux moyen national de l'évaluation du risque d'escarre est de 48 %. Ce taux a augmenté de 19 points par rapport à l'année précédente.

L'indicateur est calculé sur 84 289 dossiers pour 1 101 ES.

La médiane des taux moyens est de 46 %, c'est-à-dire que, pour un ES sur deux, l'évaluation du risque d'escarre est tracée dans le dossier de près de la moitié des patients.

Parmi les 1 101 ES, 805 avaient réalisé le recueil en 2009. 296 ES l'ont donc réalisé pour la première fois en 2010.

**Tableau 47 – Indicateur « Évaluation du risque d’escarre »  
Évolution des ES qui ont participé au recueil en 2009 et 2010**




	Nb d’ES	Taux moyen « Évaluation du risque d’escarre »
<b>2009</b>	805	30 %
<b>2010</b>		52 %

Le taux moyen des 805 ES ayant réalisé le recueil deux années de suite est passé de 30 % en 2009 à 52 % en 2010, soit une augmentation de 22 points. En comparaison, le taux moyen des 296 ES est inférieur à la moyenne nationale (48 %) de 9 points (39 %). Une nette amélioration des pratiques concernant l’évaluation du risque d’escarre est observée.

De plus, parmi ces ES, le taux moyen de 390 ES (48 %) a significativement augmenté (l’IC 2010 ne croise pas celui de 2009) ; autant sont restés stables (les IC se croisent) ; et seuls 25 ES (3 %) ont baissé.

► **Comparaison des ES**

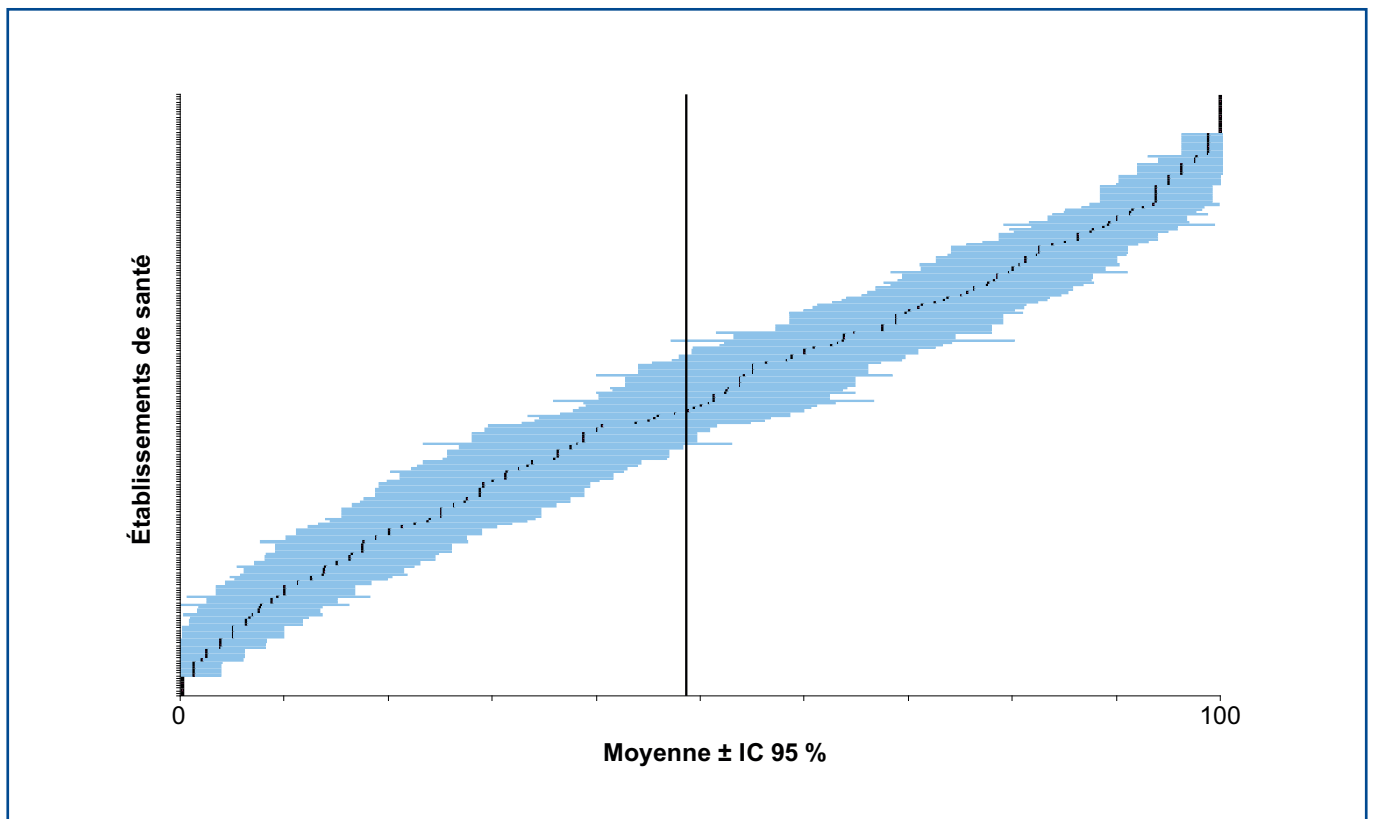
**Tableau 48 – Indicateur « Évaluation du risque d’escarre »  
Distribution par rapport à la moyenne nationale**

Campagne	Moyenne nationale				
<b>2009</b>	<b>29 %</b>	Nombre d’ES	253	116	502
		% d’ES	29	13	58
<b>2010</b>	<b>48 %</b>	Nombre d’ES	449	162	490
		% d’ES	41	15	44

La répartition des ES par rapport à la moyenne nationale s’est équilibrée par rapport à l’année précédente. Un peu plus de 40 % des ES se trouvent au dessus et en dessous de cette moyenne.

Par ailleurs, la variabilité inter-établissements est confirmée par le Graphique 8.

**Graphique 8 – Indicateur « Évaluation du risque d’escarre »**  
**Distribution des ES par rapport à la moyenne nationale<sup>18</sup>**



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

## Variabilité régionale

**Tableau 49 – Indicateur « Évaluation du risque d'escarre »**  
**Statistiques descriptives régionales (en %)**

	Nb d'ES avec effectif N > 30	Moyenne par région
ALSACE	39	58
AQUITAINE	63	47
AUVERGNE	32	47
BASSE-NORMANDIE	31	47
BOURGOGNE	33	42
BRETAGNE	54	45
CENTRE	47	48
CHAMPAGNE-ARDENNE	19	50
CORSE	6	55
FRANCHE-COMTÉ	17	41
GUADELOUPE	7	38
HAUTE-NORMANDIE	26	49
ILE-DE-FRANCE	138	53
LANGUEDOC-ROUSSILLON	58	45
LIMOUSIN	13	48
LORRAINE	52	43
MARTINIQUE	6	26
MIDI-PYRÉNÉES	63	47
NORD-PAS-DE-CALAIS	59	62
PAYS DE LA LOIRE	62	43
PICARDIE	36	53
POITOU-CHARENTES	31	42
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	95	58
RÉUNION	9	42
RHÔNE-ALPES	103	37
Service de santé des armées	2	48



## Analyse par catégorie d'ES

**Tableau 50 – Indicateur « Évaluation du risque d'escarre »**  
**Statistiques descriptives par catégorie d'ES (en %)**

	ES composant la référence		Moyenne nationale = 48
	Nb d'ES avec effectif N > 30	Nb de dossiers	Moyenne par catégorie
<b>CHU</b>	48	3 793	52
<b>CH</b>	472	35 318	44
<b>Privé</b>	325	25 549	55
<b>ESPIC</b>	250	19 230	46
<b>Autres publics</b>	6	399	69

Le taux moyen des CH (44 %) et des ESPIC (46 %) est inférieur au taux moyen national (48 %).

## Analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats

À la différence de ce qui a pu être mis en évidence dans le secteur MCO, aucun des facteurs associés étudiés pour la campagne 2010 n'a permis d'expliquer la variabilité des résultats de l'évaluation du risque d'escarre.

Alors que l'analyse 2009 montrait que les résultats de l'évaluation du risque d'escarre étaient nettement meilleurs pour les personnes âgées (> 85 ans) que pour les adultes (18-74 ans), cette différence est moins importante pour la campagne 2010. L'hypothèse d'une amélioration des pratiques quel que soit l'âge du patient devra être confirmée par l'analyse des résultats de la campagne 2011.

**Tableau 51 – Indicateur « Évaluation du risque d'escarre »**  
**Âge des patients**

	% de dossiers 2009	Moyenne 2009	% de dossiers 2010	Moyenne 2010
<b>Adultes (18 - 74 ans)</b>	43	26	39	47
<b>75 - 84 ans</b>	34	30	35	49
<b>Personnes âgées ≥ 85 ans</b>	23	34	26	50

## Conclusion

- Plus de 8 ES sur 10 ont participé au recueil de l'indicateur « Évaluation du risque d'escarre » qui leur était proposé comme « optionnel ». Ce choix majoritaire rend compte de l'intérêt des professionnels de santé pour l'évaluation du risque dans l'objectif d'une amélioration de la prise en charge de leurs patients.
- La majorité des ES qui a recueilli l'indicateur en 2009 a réitéré le recueil en 2010, avec une augmentation significative de la moyenne (+ 22 points) ; l'intérêt pour l'indicateur, bien qu'optionnel, est toujours présent : 296 nouveaux ES ont réalisé le recueil en 2010.
- Cet indicateur est en forte amélioration (+ 19 points), cependant une importante marge d'amélioration persiste.

# CONCLUSION

Les indicateurs généralisés ont vocation à être intégrés aux différents dispositifs applicables aux établissements de santé (procédure de certification, contractualisation, etc.) et sont accessibles au grand public à partir des sites web institutionnels (site QUALHAS et site PLATINES) et des canaux de communication des établissements.

Cette deuxième itération de la généralisation du recueil des indicateurs de qualité des établissements de santé SSR, piloté par la HAS, concernait le contenu du dossier patient. Ce recueil a permis aux établissements de santé participants d'analyser leurs résultats avec des données individuelles et comparatives et d'objectiver l'impact des actions d'amélioration mises en œuvre suite au recueil précédent.

Les résultats présentés dans ce rapport sont issus d'une analyse de dossiers de patients hospitalisés au premier semestre 2010. Cette analyse permet plusieurs constats :

## ■ Une amélioration pour tous les indicateurs du thème « Dossier du patient » entre les campagnes 2009 et 2010.

- La **tenue du dossier patient** s'est améliorée au niveau national entre les deux années de recueil (+ 7 points). La pertinence de la mesure est confirmée par la variabilité des résultats inter-établissements (13 % - 100 %). Les critères spécifiques à la prise en charge en SSR<sup>10</sup> augmentent de 2 à 14 points entre les deux années. Malgré la forte progression des critères liés à la traçabilité du projet thérapeutique (+ 12 points) et la participation ou l'accord du patient à son projet thérapeutique (+ 10 points), leurs résultats restent les plus faibles et témoignent d'un potentiel d'amélioration.
- La coordination d'aval, évaluée au travers de l'indicateur « **Délai d'envoi du courrier** », doit encore s'améliorer. Pour 67 % des séjours analysés, un courrier est envoyé dans un délai inférieur à 8 jours. La variabilité des résultats est significative (0 % - 100 %). Seul un tiers des établissements de santé a dépassé l'objectif de performance.
- L'**évaluation de la douleur** s'améliore sensiblement (+ 15 points). Cependant, plus de la moitié des établissements de santé concernés par le recueil obligatoire n'ont pas atteint l'objectif de performance. L'objectif attendu d'une évaluation de la douleur pour 8 patients sur 10 justifie la poursuite de la mesure de l'indicateur.
- Le **suivi du poids** est retrouvé pour près de 6 patients sur 10. Cependant le dépistage des troubles nutritionnels, qui nécessite que soient calculé l'IMC et mesuré la variation du poids, justifie la mise en œuvre d'action d'amélioration et le suivi de cet indicateur.
- L'**évaluation du risque d'escarre** connaît une forte amélioration (+ 19 points) et plus de 8 établissements de santé sur 10 ont participé au recueil de cet indicateur bien que celui-ci était « optionnel ». De plus, la majorité des établissements de santé qui a recueilli l'indicateur en 2009 a réitéré le recueil en 2010, avec une augmentation très significative de la moyenne (+ 22 points). Ceci témoigne de l'intérêt grandissant des professionnels de santé pour cet indicateur comme outil d'amélioration de la prise en charge de leurs patients.

19. Les critères spécifiques à la prise en charge en SSR portent sur l'évaluation de l'autonomie, l'évaluation sociale, l'évaluation psychologique, l'élaboration d'un projet thérapeutique, la participation ou l'accord du patient à son projet et le suivi pluri-professionnel de ce projet.

■ **L'informatisation des dossiers améliore le résultat des indicateurs « Tenue du dossier patient », « Délai d'envoi du courrier » et « Évaluation de la douleur ».**

- L'informatisation des dossiers améliore le score de l'indicateur « Tenue du dossier patient », constat confirmé par l'augmentation du pourcentage de dossiers informatisés entre 2009 et 2010 (14 % des dossiers sont totalement informatisés en 2010). En particulier, les prescriptions médicamenteuses sont meilleures lorsqu'elles sont informatisées (+ 30 points).
- Le taux de courriers de fin d'hospitalisation complets et envoyés sous huit jours est meilleur lorsqu'il y a une informatisation du dossier patient (+ 7 points).
- De même, l'évaluation de la douleur avec une échelle est meilleure pour les patients dont le dossier est informatisé (+ 11 points).

■ **Les personnes âgées ont une moins bonne évaluation de la douleur avec une échelle.**

- En 2010 comme en 2009, les personnes âgées ont une moins bonne évaluation de leur douleur avec une échelle.

■ **Une structure SSR mono-activité obtient de meilleurs scores pour la « Tenue du dossier patient » et l'« Évaluation de la douleur ».**

- Le score de l'indicateur « Tenue du dossier patient » est meilleur dans les structures SSR mono-activité que dans les établissements de santé plurisectoriels (+ 7 points).
- Le taux de l'indicateur « Évaluation de la douleur » est meilleur dans les établissements SSR mono-activité (+ 14 points).

L'évolution positive des résultats des indicateurs entre 2009 et 2010 permet d'apprécier l'implication des professionnels de santé. De plus, elle met en évidence l'efficacité des actions d'amélioration portant sur le dossier du patient.

Les résultats, très variables d'un établissement à l'autre, confirment la pertinence de la poursuite du recueil.





HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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

2 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis-La Plaine CEDEX

Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00