



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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

---

## « Parcours du patient en chirurgie ambulatoire »

### Indicateurs de processus 2018

---

## Fiches descriptives

Secteur Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO)

Contact: [ipaqss@has-sante.fr](mailto:ipaqss@has-sante.fr)

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)

## Parcours du patient en chirurgie ambulatoire

Fiches descriptives des indicateurs de qualité et de sécurité des soins de processus

### Importance du thème

En décembre 2010, la chirurgie ambulatoire, hospitalisation de moins de 12 heures sans hébergement de nuit, est devenue une priorité nationale et constitue un levier majeur d'optimisation de l'offre de soins. Les pouvoirs publics ont souhaité soutenir le développement de la prise en charge sans nuitée afin d'aboutir fin 2016 à une pratique ambulatoire majoritaire.

Le développement quantitatif, souhaité, de la prise en charge de patients en chirurgie ambulatoire doit nécessairement s'accompagner d'un volet qualitatif. Afin d'accompagner le déploiement sécurisé de la chirurgie ambulatoire, la HAS a développé des indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS) fondés sur l'analyse du parcours du patient – avant-pendant-après – l'hospitalisation, dans une approche intégrée (processus et résultats).

Ont été expérimentés :

- 5 indicateurs de processus : génériques, agrégés (50aine de questions), applicables à toute intervention en ambulatoire réalisée dans la population cible. Ils évaluent des points clés du processus de prise en charge des patients en chirurgie ambulatoire.
- 2 indicateurs de résultats mesurant à partir du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) les conversions en hospitalisation complète et les réhospitalisations entre 1 et 3 jours après la sortie vers le domicile.

Ont été retenus pour l'évaluation nationale en 2018 :

- 6 indicateurs de processus, recueillis à partir des dossiers des patients : génériques (30<sup>aine</sup> de questions), dont 1 seul est composite,
- 2 mesures recueillies en informations complémentaires, car évaluant une pratique réalisée avant l'admission, dans ou en dehors des établissements, non utilisable en l'état pour la comparaison inter-établissements.
- 1 mesure du résultat, restituée automatiquement aux établissements à partir du PMSI évaluant les réhospitalisations entre 1 et 3 jours par racine de GHM.

Le taux de conversions, bien que validé lors de l'expérimentation avec une valeur prédictive positive de plus de 90%, ne pourra être restitué aux ES, car il ne permet pas d'identifier les conversions dans tous les établissements. Ceci est dû au fait que les séjours de patients admis pour une chirurgie ambulatoire qui ont été convertis en hospitalisation complète ne sont pas codés par tous les établissements en multi-RUM dans leur PMSI.

**Ce document présente les fiches descriptives des indicateurs de processus et informations complémentaires retenus pour la 1<sup>ère</sup> campagne nationale de recueil.**

## indicateurs de processus retenus pour la 1<sup>ère</sup> campagne nationale en 2018, sans diffusion publique

- 1 Évaluation de l'éligibilité à l'admission (CA-ELIG)\* ;
- 2 Consentement du patient (CA-CONS) ;
- 3 Anticipation de la prise en charge de la douleur (CA-DLR)\* ;
  - Évaluation du risque de nausées et vomissements post-opératoires (CA-NVPO)\*\*;
  - Évaluation du risque de maladie thrombo-embolique veineuse (CA-MTEV)\*\*;
- 4 Évaluation du patient pour la sortie (CA-EPSS)\* ;
- 5 Qualité de la lettre de liaison à la sortie (CA-QLS) ;
- 6 Contact avec le patient entre J+1 et J+3 (CA-CSP).

\* Indicateurs intégrés dans le programme d'incitation financière à l'amélioration de la qualité en 2018 (Cf. [Arrêté du Ministère](#) du 05 mars 2018).

\*\* Information complémentaire portant sur une pratique réalisée avant l'admission, dans ou en dehors des établissements, non utilisable en l'état pour la comparaison inter-établissements.

### Échantillon – Population cible

Le recueil porte sur un même échantillon aléatoire d'au plus 80 séjours : les établissements ayant moins de 80 séjours cibles font le recueil sur tous leurs séjours, ceux qui ont plus de 80 séjours cibles, font le recueil sur 80 séjours tirés au sort.

Le tirage au sort permet de sélectionner aléatoirement à partir du PMSI MCO complet 2017 des séjours correspondant à la population cible de l'évaluation des indicateurs de processus.

La population cible de l'évaluation de la qualité et sécurité du parcours du patient en chirurgie ambulatoire est constituée de séjours :

- codés dans des ES ayant une activité de chirurgie, avec ou sans unité de chirurgie ambulatoire (UCA),
- de patients âgés de 6 mois ou plus, admis pour une chirurgie en ambulatoire (hors urgences), provenant de leur lieu de résidence (domicile ou structure médico-sociale). Les séjours de patients hospitalisés suite à une mutation, un transfert ou une prestation inter-établissements ainsi que les patients décédés au cours du séjour, sont exclus de cette évaluation.

*L'exclusion de la population provenant d'un établissement de santé ou équivalent (provenance de transferts ou mutations, prestations inter-établissements) est motivée par le fait que*

- ces patients ne sont pas dans les mêmes conditions de prise en charge que ceux qui proviennent de leur lieu de résidence (domicile ou structures médico-sociales), notamment après la sortie,
- leur prise en compte induirait un biais qui nécessiterait un ajustement supplémentaire à valider.

*L'exclusion des patients décédés au cours du séjour fait suite au constat de l'absence de décès pour les 5381 dossiers analysés lors de l'expérimentation, et la très faible fréquence de survenue de décès pour les séjours de chirurgie à 0 jour dans la base de données du PMSI. Cependant, tout séjour de chirurgie ambulatoire avec mode de sortie décès doit faire l'objet d'une analyse des causes par l'ES concerné.*

La liste des actes de chirurgie ambulatoire a été confirmée avec l'ATIH (racines de GHM en C + 7 racines). Elle ne comprend pas les explorations ou interventions par endoscopie et fibroscopie réalisées en ambulatoire, qui relèvent d'une prise en charge médicale et ne sont pas considérées comme des actes de chirurgie.

Actes interventionnels : Les actes interventionnels réalisés en ambulatoire, ne sont pas inclus dans le périmètre actuel de la CA, car ils ne groupent pas dans les GHM en C et ne font pas partie de la liste des 7 racines de GHM en sus (liste qui sera actualisée chaque année, en accord avec le périmètre utilisé pour évaluer l'activité de la CA).

### Critères d'inclusion PMSI

- Séjour dans un GHM avec 3ème caractère en "C" (avec acte classant opératoire)  
OU séjour dans les 7 racines suivantes :
  - 03K02 Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires
  - 05K14 : Mise en place de certains accès vasculaires pour des affections de la CMD 05, séjours de moins de 2 jours
  - 11K07 : Séjours de la CMD 11 comprenant la mise en place de certains accès vasculaires, en ambulatoire
  - 12K06 : Séjours comprenant une biopsie prostatique, en ambulatoire
  - 09Z02 : Chirurgie esthétique
  - 23Z03 : Interventions de confort et autres interventions non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire
  - 14Z08 : Interruptions volontaires de grossesse : séjours de moins de 3 jours (hors IVG médicamenteuses dans la racine 14Z08 (JNJP001)).
- 1er type UM = HP OU Durée = 0 jour
- Mode d'entrée domicile (dont provenance de structure médico-sociale) en dehors des urgences (entrée = 8 différent de provenance = 5 OU 1er UM = unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) 07A UHCD générales OU 1er UM = 07B UHCD pédiatriques)
- Age ≥ 6 mois

### Critères d'exclusion PMSI

- CMD 14 (Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum, hors IVG non médicamenteuse) (hors 14Z08 sans acte JNJP001)
- CMD 15 (Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale)
- CMD 28 (Séances)
- Séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite : Z53.2.
- Séjours de patients décédés au cours du séjour (mode de sortie = 9).

### Critères d'exclusion secondaires

Les exclusions secondaires réalisées via la grille de recueil suite à l'analyse des informations du dossier patient, concernent :

- dossier médical non retrouvé
- patient ne souhaitant pas que ses données soient exploitées
- une chirurgie ambulatoire réalisée en urgence (non programmée)
- provenance d'un ES par transfert, mutation ou d'une HAD
- séjours sans acte de chirurgie (ou sans aucune des 7 racines supplémentaires)
- chirurgie reprogrammée le lendemain ou à une date ultérieure
- chirurgie initialement programmée en hospitalisation complète
- un séjour sans acte de chirurgie (soins externes, séance, coloscopie diagnostique....)
- sortie contre avis médical
- une incohérence PMSI

Ces exclusions secondaires correspondent aux préférences des patients et/ou à des erreurs de codage dans le PMSI.

## Indicateur 1 : Évaluation de l'éligibilité à l'admission (CA-ELIG)

<b>Définition</b>	<p>Cet indicateur mesure l'évaluation de l'éligibilité du patient à la chirurgie ambulatoire réalisée à l'admission.</p> <p>Cette évaluation est recherchée dans le dossier du patient sous la forme d'une check-list datée du jour de l'admission ou de toute autre modalité qui sera à préciser.</p> <p>Proportion de dossiers patients pour lesquels est retrouvée :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• une évaluation de l'éligibilité du patient réalisée à l'admission sous la forme d'une check-list ou de toute autre modalité</li></ul> <p>En l'absence de cette évaluation, l'indicateur est considéré non conforme.</p> <p>Lors de la 1<sup>ère</sup> campagne nationale, il sera demandé en information complémentaire si l'on retrouve dans le dossier une trace de l'évaluation de l'éligibilité du patient réalisée <u>avant l'admission</u> par un ou plusieurs des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• le CR de la consultation pré-opératoire avec le chirurgien ou avec un autre opérateur</li><li>• le CR de la consultation pré-opératoire avec l'anesthésiste</li><li>• la fiche de liaison du chirurgien</li><li>• la fiche d'anesthésie</li><li>• la check-list à J-1</li><li>• une mention dans le dossier type «OK chir ambu»</li><li>• la lettre de liaison à l'entrée</li></ul>
<b>Justification</b>	<p>À l'admission, il relève de la responsabilité de l'établissement de vérifier l'éligibilité du patient (exemple : respect des consignes de jeune<sup>1</sup>, accompagnant, absence d'infection....). Une fiche technique « Check-list pour l'accueil du patient à J0 » est proposée aux professionnels<sup>2</sup>.</p> <p>Avant l'admission : Une sélection appropriée des patients fondée sur le triptyque acte - patient - structure contribue à limiter le risque de conversion en hospitalisation complète (hospitalisation non programmée) ou de ré-hospitalisation en urgence. L'évaluation de l'éligibilité à la chirurgie ambulatoire repose sur l'analyse du bénéfice/risque pour le patient, la prévisibilité de sa prise en charge et l'organisation mise en place, en particulier la permanence et la continuité des soins. Elle est réalisée par un chirurgien et par un anesthésiste. La consultation pré-anesthésique après le choix de l'intervention et la consultation du praticien demandeur d'anesthésie, représente le 2<sup>ème</sup> filtre de sélection pour autoriser l'hospitalisation ambulatoire programmée. Cette consultation ne se substitue pas à la visite pré-anesthésique qui doit être effectuée dans les heures précédant l'intervention.</p> <p>Selon l'article R1112-1-1 du code de la santé publique, « le praticien qui adresse un patient à un établissement de santé accompagne sa demande d'une lettre de liaison synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge du patient dont il dispose sur son lieu d'intervention, dans le respect des conditions prévues à l'article L. 1110-4.</p>

<sup>1</sup> <http://sfar.org/jeune-pre-operatoire/>

<sup>2</sup> Recommandations organisationnelles, sécurité des patients en chirurgie ambulatoire. Guide méthodologique. HAS-ANAP  
Mai 2013

	<p>Cette lettre comprend notamment les motifs de la demande d'hospitalisation, les traitements en cours et les allergies connus. Elle est adressée par messagerie sécurisée répondant aux conditions prévues à l'article L. 1110-4-1, ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations. Elle est versée dans le dossier médical partagé du patient si ce dossier a été créé, ou lui est remise. »</p> <p>Le contact systématique à J-1 permet de rappeler les consignes et de vérifier qu'elles ont bien été comprises et suivies, de communiquer l'heure de convocation et l'heure à laquelle l'accompagnant doit venir en vue de la sortie, de fluidifier le parcours du patient, et ainsi de limiter les annulations à J0 et les retards de prise en charge. Une fiche technique « Check-list à J-1 » est proposée aux<sup>3</sup>.</p> <p>Par ailleurs, la vérification de la conformité des dossiers permet de limiter les déprogrammations, d'éviter des annulations ou des retards inutiles dans le programme opératoire et de faciliter ainsi la bonne marche de l'unité de chirurgie ambulatoire<sup>4</sup>.</p>
<b>Diffusion publique</b>	1ère campagne nationale. Indicateur non diffusé publiquement.
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de processus (taux)
<b>Ajustement</b>	Pas d'ajustement
<b>Numérateur</b>	Nombre de dossiers de patients dont l'éligibilité a été évaluée à l'admission.
<b>Dénominateur</b>	Nombre de dossiers de patients de la population cible
<b>Mode d'évaluation de l'indicateur</b>	Recueil rétrospectif sur dossiers de patients. Pour chaque dossier l'ensemble des éléments demandés est recherché. Le résultat de l'indicateur est la moyenne des dossiers.

## Algorithme de calcul de l'indicateur 1

### Évaluation de l'éligibilité à l'admission (CA-ELIG)

Variable	Algorithme
Pourcentage de dossiers i $\frac{\sum_{i=1}^{80} [\text{num IND CA-ELIG}]}{\sum_{i=1}^{80} [\text{den IND CA-ELIG}]}$	Dossier i : [num IND CA-ELIG]  Dossier i : [den IND CA-ELIG]
	Si [CA_P_7] = 1 Ou [CA_P_7] = 2 Alors [num IND CA-ELIG] = 1 Sinon [num IND CA-ELIG] = 0 FinSi  Tous les dossiers inclus : [CA_P_1] = 1 Et [CA_P_2] = 1 Et [CA_P_2_2] = 4 Et (([CA_P_6_1] = 1 Ou ([CA_P_6_1] = 0 Et ([CA_P_6_2] = 1 Ou [CA_P_6_2] = 2 Ou [CA_P_6_2] = 3))

<sup>3</sup> Recommandations organisationnelles – Sécurité des patients en chirurgie ambulatoire – Guide méthodologique – HAS-ANAP - 2013 - p.35

<sup>4</sup> Socle de connaissance, 2012

## Indicateur 2 : Consentement du patient (CA-CONS)

<b>Définition</b>	Proportion de dossiers patients dans lesquels est retrouvée la trace de l'obtention du consentement du patient pour la prise en charge chirurgicale en ambulatoire : Il s'agit du consentement oral ou écrit, du patient adulte ou des représentants légaux s'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur protégé sous tutelle.
<b>Justification</b>	<p>L'indicateur mesure la traçabilité de l'obtention du consentement, par exemple par une mention dans le dossier type « Consentement obtenu le (date) suite à l'information délivrée lors de la consultation ..... ».</p> <p>Aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne (Article L. 1111-4 du Code de la santé publique). En l'absence de disposition spécifique pour la chirurgie ambulatoire notamment concernant le consentement, les règles de droit commun s'appliquent. Comme avant tout acte médical, le consentement du patient est exigé dans le cadre de la chirurgie ambulatoire.</p> <p>Le consentement éclairé du patient (et celui de ses représentants légaux s'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur protégé sous tutelle) doit être recueilli par les professionnels de santé et tracé dans le dossier, quelle que soit sa forme (expression écrite ou orale).</p> <p>Le consentement écrit est requis pour certaines situations, dont : prélèvement d'organe sur donneur vivant, interruption volontaire de grossesse, actes médicaux et chirurgicaux à visée esthétique, assistance médicale à la procréation, etc.</p> <p>L'information donnée permettant un consentement libre et éclairé est délivrée au patient et doit être tracée dans le dossier médical. Elle doit être adaptée à la spécificité de l'intervention et de l'anesthésie.</p>
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de processus (taux)
<b>Diffusion publique</b>	1 <sup>ère</sup> campagne nationale. Indicateur non diffusé publiquement.
<b>Ajustement</b>	Pas d'ajustement
<b>Numérateur</b>	Nombre de dossiers de patients dont l'obtention du consentement est tracé dans le dossier.
<b>Dénominateur</b>	Nombre de dossiers de patients de la population cible
<b>Mode d'évaluation de l'indicateur</b>	Recueil rétrospectif sur dossiers de patients. Pour chaque dossier l'ensemble des éléments demandés est recherché. Le résultat de l'indicateur est la moyenne des dossiers.

## Algorithme de calcul de l'indicateur 2 Consentement du patient (CA-CONS)

Variable		Algorithme
Pourcentage de dossiers i $\frac{\sum_{i=1}^{80} [\text{num IND CA-CONS}]}{\sum_{i=1}^{80} [\text{den IND CA-CONS}]}$	Dossier i : [num IND CA-CONS]	Si [CA_P_8] = 1 Alors [num IND CA-CONS] = 1 Sinon [num IND CA-CONS] = 0 FinSi
	Dossier i : [den IND CA-CONS]	Tous les dossiers inclus : [CA_P_1] = 1 Et [CA_P_2] = 1 Et [CA_P_2_2] = 4 Et (([CA_P_6_1] = 1 Ou ([CA_P_6_1] = 0 Et ([CA_P_6_2] = 1 Ou [CA_P_6_2] = 2 Ou [CA_P_6_2] = 3))



<b>Information complémentaire : Évaluation du risque de nausées et vomissements post-opératoires (CA-NVPO)</b>	
<b>Définition</b>	Proportion de dossiers patients dans lesquels est retrouvée une évaluation, réalisée avant l'admission, du risque de nausées et vomissements post-opératoires, en dehors des actes réalisés sous anesthésie locale stricte.
<b>Justification</b>	<p>Il s'agit de l'évaluation combinée du risque individuel du patient et de l'intervention, réalisée avant l'admission. Ces éléments ne sont pas des critères de sélection des patients. Ils permettent d'identifier les patients à risque, et s'il y a lieu, de mettre en place une stratégie prophylactique. Ils sont à rechercher dans le dossier patient.</p> <p>L'évaluation du risque de NVPO fait partie des trois éléments particuliers qui sont à prendre en compte lors de l'évaluation préopératoire, avec le risque d'accidents thromboemboliques veineux et de douleur notamment post-opératoire. Il est important de les apprécier au moment de l'évaluation initiale afin de pouvoir anticiper la prise en charge la plus appropriée<sup>5</sup>. Il est recommandé d'adopter une stratégie antiémétique prophylactique multimodale chez les patients ambulatoires identifiés à haut risque de nausées et vomissements post-opératoires<sup>6</sup>.</p> <p>En accord avec le groupe de travail, les séjours avec actes réalisés sous anesthésie locale stricte sont exclus de la population cible.</p> <p>Il s'agit d'une information complémentaire portant sur une pratique réalisée avant l'admission, dans ou en dehors des établissements, non utilisable en l'état pour la comparaison inter-établissements. Le résultat est restitué aux établissements pour information à visée d'amélioration de la traçabilité dans le dossier du patient hospitalisé/dossier anesthésique de cette évaluation.</p>
<b>Type d'indicateur</b>	Information complémentaire (taux)
<b>Diffusion publique</b>	Information complémentaire. Non diffusée publiquement.
<b>Ajustement</b>	Pas d'ajustement
<b>Numérateur</b>	Nombre de dossiers de patients avec la trace d'une évaluation du risque de NVPO réalisée avant l'admission
<b>Dénominateur</b>	Nombre de dossiers de patients de la population cible Exclusion secondaire : séjours avec actes réalisés sous anesthésie locale stricte.
<b>Mode d'évaluation de l'indicateur</b>	Recueil rétrospectif sur dossiers de patients. Pour chaque dossier l'ensemble des éléments demandés est recherché. Le résultat de l'indicateur est la moyenne des dossiers.

<sup>5</sup> Chirurgie ambulatoire : éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient – Rapport d'évaluation technologique – Mai 2014 –p.193

<sup>6</sup> RFE « Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire » SFAR 2009 - p.6

## Algorithme de calcul

### Évaluation du risque de nausées et vomissements post-opératoires (CA-NVPO)

Variable		Algorithme
Pourcentage de dossiers i $\frac{\sum_{i=1}^{80} [\text{num IND CA-NVPO}]}{\sum_{i=1}^{80} [\text{den IND CA-NVPO}]}$	Dossier i : [num IND CA-NVPO]	Si [CA_P_9] = 1 Alors [num IND CA-NVPO] = 1 Sinon [num IND CA-NVPO] = 0 FinSi
	Dossier i : [den IND CA-NVPO]	[CA_P_1] = 1 Et [CA_P_2] = 1 Et [CA_P_2_2] = 2 Et ([CA_P_6_1] = 1 Ou ([CA_P_6_1] = 0 Et ([CA_P_6_2] = 1 Ou [CA_P_6_2] = 2 Ou [CA_P_6_2] = 3)) Et [CA_P_10] = 0

## Information complémentaire : Évaluation du risque de maladie thromboembolique veineuse (CA-MTEV)

<b>Libellé complet</b>	Proportion de dossiers patient dans lesquels est retrouvée une évaluation, réalisée avant l'admission, du risque de maladie thrombo-embolique veineuse (MTEV), en dehors des patients relevant de la pédiatrie.
<b>Justification</b>	<p>Il s'agit de l'évaluation combinée du risque individuel du patient et de l'intervention, réalisée avant l'admission. Ces éléments ne sont pas des critères de sélection des patients. Ils permettent d'identifier les patients à risque, et s'il y a lieu, de mettre en place une stratégie prophylactique. Ils sont à rechercher dans le dossier patient.</p> <p>L'évaluation du risque d'accidents thromboemboliques veineux, fait partie des trois éléments particuliers qui sont à prendre en compte lors de l'évaluation préopératoire, avec le risque de nausées et vomissements post-opératoires (NVPO) et le risque de douleur, notamment post-opératoire. Il est important de les apprécier au moment de l'évaluation initiale afin de pouvoir anticiper la prise en charge la plus appropriée<sup>7</sup>.</p> <p>En accord avec le groupe de travail, les séjours avec actes réalisés dans la population pédiatrique (âge &lt; 18 ans) sont exclus de la population cible.</p> <p>Il s'agit d'une information complémentaire portant sur une pratique réalisée avant l'admission, dans ou en dehors des établissements, non utilisable en l'état pour la comparaison inter-établissements. Le résultat est restitué aux établissements pour information à visée d'amélioration de la traçabilité dans le dossier du patient hospitalisé/dossier anesthésique de cette évaluation.</p>
<b>Type d'indicateur</b>	Information complémentaire (taux)
<b>Diffusion publique</b>	Information complémentaire. Non diffusée publiquement.
<b>Ajustement</b>	Pas d'ajustement
<b>Numérateur</b>	Nombre de dossiers de patients avec trace d'une évaluation avant l'admission du risque de maladie thrombo-embolique veineuse
<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre de dossiers de patients de la population cible</p> <p>Exclusion secondaire : séjours de patients relevant de la pédiatrie (&lt; 18 ans)</p>
<b>Mode d'évaluation de l'indicateur</b>	<p>Recueil rétrospectif sur dossiers de patients.</p> <p>Pour chaque dossier l'ensemble des éléments demandés est recherché. Le résultat de l'indicateur est la moyenne des dossiers.</p>

<sup>7</sup> Chirurgie ambulatoire : éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient – Rapport d'évaluation technologique – Mai 2014 –p.193

## Algorithme de calcul

### Évaluation du risque de maladie thromboembolique veineuse (CA-MTEV)

Variable	Algorithme	
Pourcentage de dossiers i $\frac{\sum_{i=1}^{80} [\text{num IND CA-MTEV}]_i}{\sum_{i=1}^{80} [\text{den IND CA-MTEV}]_i}$	Dossier i : [num IND CA-MTEV]	Si [CA_P_11] = 1 Alors [num IND CA-MTEV] = 1 Sinon [num IND CA-MTEV] = 0 FinSi
	Dossier i : [den IND CA-MTEV]	[CA_P_1] = 1 Et [CA_P_2] = 1 Et [CA_P_2_2] = 4 Et ([CA_P_6_1] = 1 Ou ([CA_P_6_1] = 0 Et ([CA_P_6_2] = 1 Ou [CA_P_6_2] = 2 Ou [CA_P_6_2] = 3)) Et [AGE] ≥ 18 ans

### Indicateur 3 : Anticipation de la prise en charge de la douleur (CA-DLR)

<b>Libellé complet</b>	Proportion de dossiers patients dans lesquels est retrouvée la trace de la remise au patient d'une prescription d'antalgiques avant l'admission.
<b>Justification</b>	La douleur post-opératoire reste une cause fréquente de ré-hospitalisations précoces. Son anticipation et sa gestion représentent un enjeu majeur en chirurgie ambulatoire. Après l'intervention, les patients peuvent sortir tard ou ne pas être en mesure d'aller acheter les antalgiques après leur sortie. Il est donc souhaitable que dès la consultation préopératoire de chirurgie ou d'anesthésie, les ordonnances d'antalgiques soient remises au patient et que les modalités de leur prise soient expliquées aux patients <sup>8</sup> . L'information du patient précisera notamment les douleurs (type et/ou localisation) qui nécessitent un recours aux soins en urgence.
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de processus (taux)
<b>Diffusion publique</b>	1 <sup>ère</sup> campagne nationale. Indicateur non diffusé publiquement.
<b>Ajustement</b>	Pas d'ajustement
<b>Numérateur</b>	Nombre de dossiers de patients avec trace d'une prescription d'antalgiques, remise au patient avant l'hospitalisation
<b>Dénominateur</b>	Nombre de dossiers de patients de la population cible
<b>Mode d'évaluation de l'indicateur</b>	Recueil rétrospectif sur dossiers de patients. Pour chaque dossier l'ensemble des éléments demandés est recherché. Le résultat de l'indicateur est la moyenne des dossiers.

#### Algorithme de calcul de l'indicateur 3 Anticipation de la prise en charge de la douleur (CA-DLR)

Variable		Algorithme
$\frac{\sum_{i=1}^{80} [\text{num IND CA-DLR}]}{\sum_{i=1}^{80} [\text{den IND CA-DLR}]}$	Dossier i : [num IND CA-DLR]	Si [CA_P_12] = 1 Alors [num IND CA-DLR] = 1 Sinon [num IND CA-DLR] = 0 FinSi
	Dossier i : [den IND CA-DLR]	Tous les dossiers inclus : [CA_P_1] = 1 Et [CA_P_2] = 1 Et [CA_P_2_2] = 4 Et ([CA_P_6_1] = 1 Ou ([CA_P_6_1] = 0 Et ([CA_P_6_2] = 1 Ou [CA_P_6_2] = 2 Ou [CA_P_6_2] = 3))

<sup>8</sup> RFE « Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire » SFAR 2009 – p.5 – Pt 32

## Indicateur 4 : Évaluation du patient pour la sortie de la structure (CA-EPSS)

<b>Libellé complet</b>	<p>Proportion de dossiers patients dans lesquels est retrouvée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• une évaluation du patient pour la sortie de la structure</li> </ul> <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• comportant notamment une évaluation de la douleur ET une évaluation des nausées et vomissements</li> </ul>
<b>Justification</b>	<p>La sortie du patient, quelques heures après son entrée et la réalisation de l'intervention programmée, définit une chirurgie ambulatoire. L'autorisation de sortie est une décision médicale authentifiée par la signature d'un des médecins de la structure. Il est souhaitable d'utiliser un score pour autoriser la sortie<sup>9</sup>. Le score de Chung<sup>10</sup> par exemple peut être utilisé.</p> <p>En particuliers, la trace de l'évaluation à la sortie de la douleur et des nausées et vomissements a été demandée par le groupe de travail. L'évaluation de ces 2 signes cliniques et l'information du patient (et de son entourage) concernant les modalités de prise des traitements pour gérer ces complications, contribuent à réduire les ré-hospitalisations précoces évitables.</p> <p>Un score d'aptitude au retour à domicile peut éventuellement être inclus dans le dossier de l'enfant<sup>11</sup>.</p>
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de processus.
<b>Diffusion publique</b>	1 <sup>ère</sup> campagne nationale. Indicateur non diffusé publiquement.
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de processus (taux)
<b>Ajustement</b>	Pas d'ajustement
<b>Numérateur</b>	Nombre de dossiers de patients avec une évaluation du patient pour la sortie, comprenant notamment une évaluation de la douleur et des nausées et vomissements.
<b>Dénominateur</b>	Nombre de dossiers de patients de la population cible
<b>Mode d'évaluation de l'indicateur</b>	Recueil rétrospectif sur dossiers de patients. Pour chaque dossier l'ensemble des éléments demandés est recherché. Le résultat de l'indicateur est la moyenne des dossiers.

<sup>9</sup> RFE « Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire » SFAR 2009 – p.6- Pt 44

<sup>10</sup> F. Chung et al. A Post-Anesthetic Discharge Scoring System for home readiness after ambulatory surgery. J Clin Anesth 7 (6), 500-506. 9 1995

<sup>11</sup> Recommandation Chirurgie ambulatoire de l'enfant de moins de 18 ans. Conseil National de Chirurgie de l'Enfant et Association Des Anesthésistes Réanimateurs Pédiatriques d'Expression Française – 2008 – p.12

## Algorithme de calcul de l'indicateur 4 Évaluation du patient pour la sortie de la structure (CA-EPSS)

Variable		Algorithme
Pourcentage de dossiers i $\frac{\sum_{i=1}^{80} [\text{num IND CA-EPSS}]_i}{\sum_{i=1}^{80} [\text{den IND CA-EPSS}]_i}$	Dossier i : [num IND CA-EPSS]	Si [CA_P_13] = 1 Et [CA_P_13_2] = 1 Et [CA_P_13_3] = 1 Alors [num IND CA-EPSS] = 1 Sinon [num IND CA-EPSS] = 0 FinSi
	Dossier i : [den IND CA-EPSS]	Tous les dossiers inclus : [CA_P_1] = 1 Et [CA_P_2] = 1 Et [CA_P_2_2] = 4 Et ([CA_P_6_1] = 1 Ou ([CA_P_6_1] = 0 Et ([CA_P_6_2] = 1 Ou [CA_P_6_2] = 2 Ou [CA_P_6_2] = 3))

## Indicateur 5 : Qualité de la lettre de liaison à la sortie (CA-QLS)

<b>Libellé complet</b>	<p>Les items règlementaires de la lettre de liaison et du bulletin de sortie s'appliquent à la chirurgie ambulatoire.</p> <p>Les critères suivants ont été retenus pour évaluer la qualité de la lettre de liaison adaptée à la chirurgie ambulatoire. Ces critères sont à rechercher dans la lettre de liaison et/ou le bulletin de sortie, à l'exception de la remise au patient de cette lettre qui peut être tracée dans la lettre de liaison et/ou dans le dossier du patient.</p> <p>La conformité de l'indicateur est évaluée seulement si les 2 critères indispensables suivants sont conformes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. présence de la lettre de liaison dans le dossier</li> </ol> <p>ET</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. lettre de liaison datée du jour de la sortie.</li> </ol> <p>Dans le cas contraire, le score de l'indicateur sera égal à 0. Les autres informations retrouvées dans la lettre de liaison seront analysées et rendues à l'établissement pour information, et éventuelles pistes pour des actions d'amélioration ciblées.</p> <p>Le score est calculé, en cas de conformité des critères indispensables (1 et 2), à partir de la traçabilité des 11 critères ci-dessous :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Trace de la remise de la lettre de liaison au patient. <i>Si oui, le CRO (complet ou en attente de complétude) a-t-il été remis au patient ? Cet item est recueilli en information complémentaire : il n'entre pas dans le calcul du score de l'indicateur.</i></li> <li>4. Identification du patient (<i>Nom de naissance (ou nom de jeune fille), prénom, date de naissance et sexe</i>)</li> <li>5. Identification du médecin traitant (<i>nom et adresse -postale ou électronique-</i>)</li> <li>6. Identification du signataire de la lettre de liaison (<i>nom</i>)</li> <li>7. Date d'entrée et date de sortie</li> <li>8. Destination à la sortie</li> <li>9. Motif d'hospitalisation</li> <li>10. Synthèse médicale du séjour précisant le cas échéant, les événements indésirables survenus pendant l'hospitalisation.</li> <li>11. Traitements (ou ordonnances) de sortie de l'établissement. <i>Il s'agit de prescriptions d'antalgiques anticipées et/ou remises à la sortie, et de prescriptions autres qu'antalgiques si applicables.</i></li> <li>12. Planification des soins après la sortie. Si oui, retrouve-t-on :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- des recommandations et surveillances particulières</li> <li>- les actes prévus et à programmer</li> <li>- les personnes à contacter</li> <li>- les coordonnées de l'établissement de santé assurant la permanence et la continuité des soins</li> </ul> </li> </ol> <p>Heure de sortie : Sa trace dans la lettre de liaison (et/ou le bulletin de sortie) remise au patient est évaluée <b>pour information complémentaire et n'entre pas dans le calcul du score.</b></p>
<b>Justification</b>	<p>La lettre de liaison et le bulletin de sortie sont règlementaires et s'appliquent à la chirurgie ambulatoire. Une liste de 12 items a été proposée par le groupe de travail pour contribuer à améliorer la continuité des soins, permettre aux patients d'avoir les informations dont ils</p>



	<p>ont besoin pour la qualité de leur suivi, leur sécurité après la sortie, et la réduction des ré-hospitalisations évitables.</p> <p>La continuité des soins est une obligation en chirurgie ambulatoire, elle doit être organisée par la structure. [...], le partage d'informations entre la structure et la médecine de ville est important aussi bien en pré- qu'en post-opératoire. [...] Ainsi, il est conseillé d'anticiper et d'organiser les conduites à tenir avec le médecin traitant<sup>12</sup>. »</p> <p>Selon l'article R1112-1-2 du code de la santé publique « Lors de la sortie de l'établissement de santé, une lettre de liaison, rédigée par le médecin de l'établissement qui l'a pris en charge, est remise au patient par ce médecin, ou par un autre membre de l'équipe de soins mentionnée au 1° de l'article L. 1110-12 qui l'a pris en charge, et qui s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises. »</p> <p>« Dans le respect des dispositions des articles L. 1110-4 et L. 1111-2, la lettre de liaison est transmise le même jour, au médecin traitant et, le cas échéant, au praticien qui a adressé le patient. Elle est adressée par messagerie sécurisée répondant aux conditions prévues à l'article L. 1110-4-1, ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations, et versée dans le dossier médical partagé du patient si ce dossier a été créé. »</p> <p>L'heure de sortie bien que non réglementaire est importante à tracer en termes d'amélioration organisationnelle pour la chirurgie ambulatoire. Cependant elle a été jugée non indispensable pour la continuité des soins et par conséquent sera évaluée en information complémentaire uniquement.</p>
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de processus (score)
<b>Diffusion publique</b>	1 <sup>ère</sup> campagne nationale. Indicateur non diffusé publiquement.
<b>Ajustement</b>	Pas d'ajustement.
<b>Mode d'évaluation de l'indicateur</b>	<p>Cet indicateur est présenté sous la forme d'un score compris entre 0 et 100. La qualité de la lettre de liaison à la sortie est d'autant plus grande que le score est proche de 100. Un score individuel est calculé pour chaque dossier à partir des 13 critères retenus seulement si les 2 premiers critères sont conformes. Le score global est calculé pour l'ensemble des dossiers. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x100).</p> <p>Dénominateur : Nombre de dossiers de patients de la population cible de l'évaluation hors patients dont le séjour a été converti en hospitalisation complète.</p>

## Algorithme de calcul de l'indicateur 5 Qualité de la lettre de liaison à la sortie (CA-QLS)

Variable	Algorithme
<b>Critère 1 : La lettre de liaison à la sortie est retrouvée</b>	

<sup>12</sup> Chirurgie ambulatoire : éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient – Rapport d'évaluation technologique – Mai 2014 –p.194

Pourcentage de dossiers i [num CRIT 1] / [den CRIT 1]	Dossier i : [num CRIT 1]	Si [CA_P_14] = 1 Alors [num CRIT 1] = 1 Sinon [num CRIT 1] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT 1]	Tous les dossiers inclus : [CA_P_1] = 1 Et [CA_P_2] = 1 Et [CA_P_2_2] = 4 Et [CA_P_6_1] = 1
<b>Critère 2 : La lettre de liaison est datée du jour de la sortie</b>		
Pourcentage de dossiers i [num CRIT 2] / [den CRIT 2]	Dossier i : [num CRIT 2]	Si [CA_P_14_1] = 1 Alors [num CRIT 2] = 1 Sinon [num CRIT 2] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT 2]	Tous les dossiers inclus : [CA_P_1] = 1 Et [CA_P_2] = 1 Et [CA_P_2_2] = 4 Et [CA_P_6_1] = 1 Et [CA_P_14] = 1
<b>Critère 3 : Remise au patient de la lettre de liaison</b>		
Pourcentage de dossiers i [num CRIT 3] / [den CRIT 3]	Dossier i : [num CRIT 3]	Si [CA_P_15] = 1 Ou [CA_P_15] = 3 Alors [num CRIT 3] = 1 Sinon [num CRIT 3] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT 3]	Tous les dossiers inclus : [CA_P_1] = 1 Et [CA_P_2] = 1 Et [CA_P_2_2] = 4 Et [CA_P_6_1] = 1 Et [CA_P_14] = 1
<b>Critère 4 : Identification du patient</b>		
Pourcentage de dossiers i [num CRIT 4] / [den CRIT 4]	Dossier i : [num CRIT 4]	Si [CA_P_16] = 1 Et [CA_P_16_1] = 1 Et [CA_P_16_1] = 2 Et [CA_P_16_1] = 3 Et [CA_P_16_1] = 4 Alors [num CRIT 4] = 1 Sinon [num CRIT 4] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT 4]	Tous les dossiers inclus : [CA_P_1] = 1 Et [CA_P_2] = 1 Et [CA_P_2_2] = 4 Et [CA_P_6_1] = 1 Et [CA_P_14] = 1
<b>Critère 5 : Identification du médecin traitant</b>		
Pourcentage de dossiers i [num CRIT 5] / [den CRIT 5]	Dossier i : [num CRIT 5]	Si [CA_P_17] = 1 Ou [CA_P_17] = 3 Alors [num CRIT 5] = 1 Sinon [num CRIT 5] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT 5]	Tous les dossiers inclus : [CA_P_1] = 1 Et [CA_P_2] = 1 Et [CA_P_2_2] = 4 Et [CA_P_6_1] = 1 Et [CA_P_14] = 1
<b>Critère 6 : Identification du signataire de la lettre de liaison</b>		
Pourcentage de dossiers i [num CRIT 6] / [den CRIT 6]	Dossier i : [num CRIT 6]	Si [CA_P_18] = 1 Alors [num CRIT 6] = 1 Sinon [num CRIT 6] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT 6]	Tous les dossiers inclus : [CA_P_1] = 1 Et [CA_P_2] = 1 Et [CA_P_2_2] = 4 Et [CA_P_6_1] = 1 Et [CA_P_14] = 1

	Dossier i : [den CRIT 6]	Tous les dossiers inclus : [CA_P_1] = 1 Et [CA_P_2] = 1 Et [CA_P_2_2] = 4 Et [CA_P_6_1] = 1 Et [CA_P_14] = 1
<b>Critère 7 : Date d'entrée et date de sortie</b>		
Pourcentage de dossiers i [num CRIT 7] / [den CRIT 7]	Dossier i : [num CRIT 7]	Si [CA_P_19] = 1 Alors [num CRIT 7] = 1 Sinon [num CRIT 7] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT 7]	Tous les dossiers inclus : [CA_P_1] = 1 Et [CA_P_2] = 1 Et [CA_P_2_2] = 4 Et [CA_P_6_1] = 1 Et [CA_P_14] = 1
<b>Critère 8 : Destination du patient</b>		
Pourcentage de dossiers i [num CRIT 8] / [den CRIT 8]	Dossier i : [num CRIT 8]	Si [CA_P_21] = 1 Alors [num CRIT 8] = 1 Sinon [num CRIT 8] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT 8]	Tous les dossiers inclus : [CA_P_1] = 1 Et [CA_P_2] = 1 Et [CA_P_2_2] = 4 Et [CA_P_6_1] = 1 Et [CA_P_14] = 1
<b>Critère 9 : Motif d'hospitalisation</b>		
Pourcentage de dossiers i [num CRIT 9] / [den CRIT 9]	Dossier i : [num CRIT 9]	Si [CA_P_22] = 1 Alors [num CRIT 9] = 1 Sinon [num CRIT 9] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT 9]	Tous les dossiers inclus : [CA_P_1] = 1 Et [CA_P_2] = 1 Et [CA_P_2_2] = 4 Et [CA_P_6_1] = 1 Et [CA_P_14] = 1
<b>Critère 10 : Synthèse médicale du séjour</b>		
Pourcentage de dossiers i [num CRIT 10] / [den CRIT 10]	Dossier i : [num CRIT 10]	Si [CA_P_23] = 1 Alors [num CRIT 10] = 1 Sinon [num CRIT 10] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT 10]	Tous les dossiers inclus : [CA_P_1] = 1 Et [CA_P_2] = 1 Et [CA_P_2_2] = 4 Et [CA_P_6_1] = 1 Et [CA_P_14] = 1
<b>Critère 11 : Traitements (prescription ou ordonnances) de sortie</b>		
Pourcentage de dossiers i [num CRIT 11] / [den CRIT 11]	Dossier i : [num CRIT 11]	Si [CA_P_24] = 1 Alors [num CRIT 11] = 1 Sinon [num CRIT 11] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT 11]	Tous les dossiers inclus : [CA_P_1] = 1 Et [CA_P_2] = 1 Et [CA_P_2_2] = 4 Et [CA_P_6_1] = 1 Et [CA_P_14] = 1
<b>Critère 12 : Planification des soins après la sortie</b>		

Pourcentage de dossiers i [num CRIT 12] / [den CRIT 12]	Dossier i : [num CRIT 12]	Si [CA_P_25] = 1 Et ([CA_P_25_1] = 1 Ou [CA_P_25_1] = 2) Et ([CA_P_25_1] = 3 Ou [CA_P_25_1] = 4) Et [CA_P_25_2] = 1 Et [CA_P_25_2] = 2 Alors [num CRIT 12] = 1 Sinon [num CRIT 12] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT 12]	Tous les dossiers inclus : [CA_P_1] = 1 Et [CA_P_2] = 1 Et [CA_P_2_2] = 4 Et [CA_P_6_1] = 1 Et [CA_P_14] = 1
<b>Heure de sortie, information complémentaire, n'entre pas dans le calcul du score</b>		
<b>Score qualité de l'indicateur CA-QLS</b>		
<p>1<sup>ère</sup> étape : un score individuel est calculé pour chaque dossier i à partir des 13 critères seulement si les 2 premiers critères sont conformes. Il correspond à la somme des critères conformes divisée par la somme des critères applicables.</p> <p>2<sup>ème</sup> étape : un score global est ensuite calculé pour l'établissement. Il correspond à la moyenne des scores individuels de chaque dossier de l'établissement.</p> <p>[CA-QLS] =</p> $\sum_{i=1}^{80} [\text{IND CA-QLS}_i] / 80$	Dossier i : [num IND CA-QLS]	Si [CA_P_14] = 1 Et [CA_P_14_1] = 1 Alors [IND CA-QLS <sub>i</sub> ] = ([num CRIT 3] + [num CRIT 4] + [num CRIT 5] + [num CRIT 6] + [num CRIT 7] + [num CRIT 8] + [num CRIT 9] + [num CRIT 10] + [num CRIT 11] + [num CRIT 12]) / ([den CRIT 3] + [den CRIT 4] + [den CRIT 5] + [den CRIT 6] + [den CRIT 7] + [den CRIT 8] + [den CRIT 9] + [den CRIT 10] + [den CRIT 11] + [den CRIT 12]) Sinon [IND CA-QLS <sub>i</sub> ] = 0 FinSi
	Dossier i : [den IND CA-QLS]	Tous les dossiers inclus : [CA_P_1] = 1 Et [CA_P_2] = 1 Et [CA_P_2_2] = 4 Et [CA_P_6_1] = 1

## Indicateur 6 : Contact entre la structure et le patient, entre J+1 et J+3 (CA-CSP)

<b>Libellé complet</b>	Proportion de dossiers patients dans lesquels est retrouvée la trace d'un contact entre le patient et les professionnels de santé de la structure entre J+1 et J+3, hors patients dont le séjour a été converti en hospitalisation complète.
<b>Justification</b>	Le contact entre le patient et les professionnels de santé de la structure entre J+1 et J+3 permet de faire le point sur les symptômes, de dépister d'éventuelles complications précoces (nausées, vomissements, douleur, troubles du sommeil), de rappeler des modalités de prise d'antalgiques, d'améliorer la satisfaction du patient et <i>in fine</i> de contribuer à réduire les ré-hospitalisations précoces <sup>13,14</sup> . Ce contact peut être réalisé par appel téléphonique, sms et/ou message sur répondeur.
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de processus (taux)
<b>Diffusion publique</b>	1 <sup>ère</sup> campagne nationale. Indicateur non diffusé publiquement.
<b>Ajustement</b>	Pas d'ajustement
<b>Numérateur</b>	Nombre de dossiers de patients avec trace d'un contact entre J+1 et J+3
<b>Dénominateur</b>	Nombre de dossiers de patients de la population cible de l'évaluation hors patients dont le séjour a été converti en hospitalisation complète.
<b>Mode d'évaluation de l'indicateur</b>	Recueil rétrospectif sur dossiers de patients. Pour chaque dossier l'ensemble des éléments demandés est recherché. Le résultat de l'indicateur est la moyenne des dossiers.

### Algorithme de calcul de l'indicateur 6 Contact entre la structure et le patient, entre J+1 et J+3 (CA-CSP)

Variable	Algorithme	
$\frac{\sum_{i=1}^{80} [\text{num IND CA-CSP}]_i}{\sum_{i=1}^{80} [\text{den IND CA-CSP}]_i}$	Dossier i : [num IND CA-CSP]	Si [CA_P_26] = 1 Alors [num IND CA-CSP] = 1 Sinon [num IND CA-CSP] = 0 FinSi
	Dossier i : [den IND CA-CSP]	Tous les dossiers inclus : [CA_P_1] = 1 Et [CA_P_2] = 1 Et [CA_P_2_2] = 4 Et [CA_P_6_1] = 1

<sup>13</sup> Baussier M., Vons C., Relais hôpital-ville en chirurgie ambulatoire, Presse médicale 2014

<sup>14</sup> Recommandations organisationnelles – Sécurité des patients en chirurgie ambulatoire – Guide méthodologique – 2013, p.35 – HAS-ANAP 2013