



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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

**Parcours de patients en
chirurgie ambulatoire
Indicateurs de processus et
de résultats**

**Secteur Médecine, Chirurgie, Obstétrique
(MCO)**

**Synthèse des résultats de
l'expérimentation (2015-2016) et
indicateurs retenus**

Septembre 2017

Ce document est téléchargeable sur www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé – Service Communication - Information
5 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

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en septembre 2017.

© Haute Autorité de Santé 09/2017

1. Contexte

Pour rappel, la HAS est engagée depuis 2008 dans la mise en œuvre d'un recueil national d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

En décembre 2010, la chirurgie ambulatoire (CA), 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. C'est dans ce cadre que la HAS a développé des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) fondés sur l'analyse du parcours du patient - avant-pendant-après l'hospitalisation - dans une approche intégrée innovante « processus et résultats » - afin d'accompagner le déploiement sécurisé de la chirurgie ambulatoire.

Ont été expérimentés dans des établissements de santé MCO volontaires :

- Cinq indicateurs de processus, calculés à partir des données des dossiers des patients : génériques, applicables à toute intervention en ambulatoire. Ils évaluent des points clés du processus de prise en charge des patients en chirurgie ambulatoire.
- Deux indicateurs de résultats, calculés à partir du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mesurant les conversions en hospitalisation complète et les ré-hospitalisations toutes causes entre 1 et 3 jours après la sortie vers le domicile.

L'évaluation de la chirurgie ambulatoire porte sur la population de patients admis pour une chirurgie en ambulatoire -CA- (hors urgence et hors provenance d'un établissement de santé), et ce qu'elle que soit l'issue du séjour (chirurgie réalisée en ambulatoire avec une durée de séjour à 0J ou conversion en hospitalisation complète/transfert en MCO). Indicateurs de processus,

2. Indicateurs de processus expérimentés

Cinq indicateurs de processus, dont 4 composites, ont été expérimentés.

Synthèse : résultat des indicateurs de processus expérimentés		
Étape évaluée	Description de l'indicateur	Résultats
Avant l'hospitalisation		
1. Évaluation Pré-opératoire	Proportion de séjours pour lesquels sont retrouvés dans le dossier	
	- L'évaluation de l'éligibilité du patient à la CA (7 items, 8 questions)	11 %
	et	
	- L'information et le consentement du patient à sa prise en charge en CA (1 question)	65 %
	Et	
- La prévention des risques propres au patient (Nausées Vomissements Post Opératoires et maladie thromboembolique veineuse) (2 items, 4 questions)	23 %	
Et		
- L'anticipation de la prise en charge de la douleur du patient (1 item, 3 questions)	11 %	
Et		
- Un contact entre le patient et les professionnels de santé de la structure entre J-1 et J-3 (1 item, 1 question).	45 %	
Moyenne		32 %
Pendant l'hospitalisation		
2. Gestion des suites opératoires	Proportion de dossiers patient dans lesquels sont retrouvés :	87 %
	- Une gestion de la douleur après l'intervention (si applicable) (1 item, 5 questions, dont 3 entrent dans le calcul de l'indicateur)	
	et	
	- Une gestion des nausées vomissement après l'intervention (si applicable) (1 item, 2 questions)	72 %
Moyenne		65 %
3. Évaluation du patient pour la sortie de la structure	Proportion de dossiers patient dans lesquels sont retrouvés :	81 %
	- le bulletin de sortie (1 critère, 8 questions)	
	et	
	- le compte rendu opératoire (1 critère, 9 questions)	
Moyenne		81 %
4 Documents pour la continuité des soins	Proportion de dossiers patient dans lesquels sont retrouvés :	24 %
	- le bulletin de sortie (1 critère, 8 questions)	
	et	
	- le compte rendu opératoire (1 critère, 9 questions)	12 %
Moyenne		4 %

Synthèse : résultat des indicateurs de processus expérimentés

Après l'hospitalisation

<p>5. Suivi du patient après la sortie de la structure</p>	<p>Proportion de dossiers patient dans lesquels sont retrouvés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une information sur les soins à réaliser en post hospitalisation (1 item, 1 question) et - Une programmation de consultation post opératoire avec le chirurgien (si applicable) (1 item, 1 question) et - Une trace d'un contact entre le patient et les professionnels de santé de la structure entre J+1 à J+3 (1 item, 1 question) 	<p>68 %</p> <p>65 %</p> <p>48 %</p>
<p>Moyenne 28 %</p>		

3. Indicateurs de processus retenus après l'expérimentation

Huit indicateurs de processus ont été sélectionnés pour la 1ère campagne nationale, dont un seul sous forme composite.

Cette sélection a été réalisée avec le groupe de travail à partir de l'analyse du résultat de chaque indicateur, critère, et question, permettant d'aboutir à un nombre d'indicateurs de processus limité (moins de 10), réduisant la charge de travail des établissements en termes de nombre de questions (passant d'une 50aine à une 30aine) sans concession à la nécessaire évaluation de la qualité des soins et sécurité du patient.

Synthèse : Les 8 indicateurs de processus retenus pour la 1ère campagne nationale en 2018



Indicateur 1 : Évaluation de l'éligibilité du patient à l'admission

- Cette évaluation est recherchée dans le dossier du patient : sous la forme d'une check-list à l'admission (qui selon le questionnaire structure, était mise en œuvre dans 69% des établissements), ou toute autre modalité à préciser.
- En l'absence de trace d'une évaluation de l'éligibilité à l'admission, l'indicateur est considéré non conforme, et il sera demandé en information complémentaire si l'on retrouve dans le dossier la trace d'une évaluation de l'éligibilité du patient réalisée et datée d'avant l'admission par un ou plusieurs des éléments suivants : compte rendu de la consultation pré-opératoire avec le chirurgien ou avec un autre opérateur, compte rendu de la consultation préopératoire avec l'anesthésiste, fiche de liaison du chirurgien, fiche d'anesthésie, check-list J-1, ou une mention dans le dossier type « OK chir ambu », lettre de liaison à l'entrée .

L'éligibilité du patient est établie en pré-opératoire selon le type d'acte, mais également selon les caractéristiques du patient et de son environnement.

Les items expérimentés correspondent à la trace dans le dossier du patient de l'évaluation de l'éligibilité réalisée avant l'admission. Les discussions du groupe de travail ont abordé le fait que des circonstances découvertes à l'admission pouvaient rendre non éligible le patient (ex absence de respect des consignes avant l'hospitalisation ou absence d'accompagnant ...), et motiver une annulation ou un report d'intervention. Il s'avère donc que la pratique qui relève de la responsabilité de l'établissement lors de l'hospitalisation est la réévaluation de cette éligibilité à l'admission. Cette évaluation de l'éligibilité à l'arrivée dans l'établissement doit être tracée dans le dossier du patient, exemple par une check-list à l'admission (Cf. Recommandations organisationnelles. 2013. Méthodes et outils pour la sécurité des patients : Check-list pour l'accueil du patient à J0).

Indicateur 2 : Consentement du patient

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.

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). Le consentement écrit est requis pour certaines situations : prélèvement d'organe sur donneur vivant, interruption volontaire de grossesse, actes médicaux et chirurgicaux à visée esthétique, assistance médicale à la procréation, etc.

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.

L'indicateur mesure la traçabilité du consentement du patient, par exemple par une mention dans le dossier type « Consentement obtenu le (date) suite à l'information délivrée lors de la consultation ».

Indicateur 3 : Évaluation du risque de nausées vomissements post-opératoires (NVPO)

Il est recommandé de prendre en compte le risque individuel du patient et celui de la chirurgie. Cette évaluation permet d'identifier des personnes à risque qui nécessitent un traitement préventif. Les cas de non applicabilité de l'évaluation de ce risque demandés par les établissements ont été discutés : l'anesthésie locale stricte a été confirmée.

Indicateur 4 : Évaluation du risque de maladie thrombo-embolique veineuse (MTEV)

Il est recommandé de prendre en compte le risque d'accident thrombo-embolique veineux individuel du patient et celui de la chirurgie. Exemple : antécédent de fibrillation auriculaire. Cette évaluation permet d'identifier des personnes à risque qui nécessitent un traitement préventif.

Les cas de non applicabilité de l'évaluation de ce risque demandés par les établissements ont été discutés, et seule la pédiatrie a été confirmée. L'anesthésie locale stricte ne justifie pas à elle seule l'absence d'évaluation de ce risque.

Indicateur 5 : Anticipation de la prise en charge de la douleur

Élément très spécifique de la chirurgie ambulatoire à évaluer, et axe d'amélioration majeur car seulement 11% des 5192 séjours de chirurgie ambulatoire analysés dans cette expérimentation étaient conformes.

La trace de prescription d'antalgiques (copie d'ordonnance), remise au patient, le jour de la consultation de chirurgie ou de la consultation d'anesthésie, ou d'une consultation dédiée avec une personne formée à la chirurgie ambulatoire, est retrouvée dans le dossier du patient.

La réalisation d'actes en anesthésie locale stricte n'a pas été retenue comme critère de non applicabilité de l'anticipation de la douleur.

Indicateur 6 : Évaluation du patient pour la sortie de la structure

Évaluation du patient pour la sortie avec :

- un score de Chung
- une autre échelle ou score

Pour chaque, préciser s'il est tracé une :

- évaluation de la douleur
- évaluation des nausées vomissements

Indicateur 7 : Qualité de la lettre de liaison à la sortie (chirurgie ambulatoire)

Il s'agit d'un indicateur composite. Il a été adapté pour la chirurgie ambulatoire à partir du décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison, et à partir de l'indicateur « QLS - Qualité de lettre de liaison à la sortie » mesuré en 2016 dans les établissements MCO pour les séjours d'au moins 1 jour. Il a

été complété par des éléments pertinents en termes de qualité et sécurité des soins, issus du bulletin de sortie, qui s'applique également à la chirurgie ambulatoire, et par ceux jugés utiles à l'amélioration des pratiques organisationnelles et/ou cliniques suite à l'expérimentation.

Les critères ci-dessous ont été validés pour la 1ère campagne nationale. Ils sont à rechercher uniquement dans la lettre de liaison, seule la remise au patient de cette lettre peut être tracée dans la lettre et/ou dans le dossier du patient. Des éléments de la lettre peuvent faire référence à des documents annexés (ex : CRO).

La conformité de l'indicateur est évaluée sur les éléments ci-dessous, seulement si les 2 premiers critères sont conformes :

1. Présence de la lettre de liaison dans le dossier.
2. Lettre de liaison datée du jour de la sortie.

Dans le cas contraire, le score de l'indicateur sera égal à 0.

3. Trace de la remise de la lettre de liaison au patient. La remise au patient de la lettre de liaison le jour de sa sortie est un enjeu majeur pour la continuité des soins après une CA.

La remise au patient du CRO (complet ou en attente de complétude) annexé à la lettre de liaison sera évaluée pour information complémentaire. Elle n'entre pas dans le calcul du score.

4. Identification du patient.
5. Identification du médecin traitant.
6. Nom et coordonnées du signataire de la lettre de liaison.
7. Date d'entrée et date de sortie.
8. Destination à la sortie.
9. Motif d'hospitalisation.
10. Synthèse médicale du séjour précisant le cas échéant, les événements indésirables survenus pendant l'hospitalisation.
11. Traitements (ou ordonnances) de sortie de l'établissement.
12. Planification des soins après la sortie : Suites à donner, le cas échéant, y compris d'ordre médico-social, tels que les actes prévus et à programmer, recommandations et surveillances particulières, personne à contacter et coordonnées de l'établissement de santé assurant la permanence et la continuité des soins
13. Heure de sortie. Sa pertinence a été discutée, et cette information non obligatoire, a été jugée importante à tracer et à évaluer à l'échelle nationale en termes d'amélioration organisationnelle pour la CA.

Méthode de calcul : Cet indicateur sera présenté sous la forme d'un score compris entre 0 et 100, et non d'un score « all or none ». La qualité de la lettre de liaison à la sortie est d'autant plus grande que le score est proche de 100. L'indicateur est calculé à partir des critères qualité retenus. Un score individuel est calculé pour chaque dossier. Il correspond à la somme des critères conformes divisé par le nombre de critères applicables.

À noter :

- Si un des deux critères « indispensables » (critères 1 et 2) n'est pas conforme, le score individuel est égal à 0.
- 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).

Indicateur 8 : Contact entre le patient et les professionnels de santé de la structure entre J+1 et J+3

Une trace d'un contact avec le patient entre J+1 et J+3 est retrouvée dans le dossier du patient ou autre support quel que soit la modalité de ce contact (appel téléphonique, sms et/ou message sur répondeur).

Il s'agit d'un élément très spécifique de la CA à mesurer et suivre dans le temps, même si cette pratique nécessite une organisation et des moyens pour la mettre en place. Le contact post-hospitalisation permet de rappeler les consignes, de repérer des éventuelles complications précoces et d'éviter des réhospitalisations inutiles.

L'évaluation de la pratique qui consiste à « contacter » le patient après sa sortie, est différente de l'évaluation du résultat de cette pratique : échanges concrets avec le patient, éviction d'une réhospitalisation par le rappel des conseils, modalités de prise des traitements, etc....

Algorithme de détection des séjours de la population cible

Critères d'inclusion au dénominateur des indicateurs de processus :

- Séjour dans un GHM avec 3ème caractère en "C" (avec acte classant opératoire)
+ 7 autres racines
 - 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 RUM dont le type est hospitalisation partielle (HP), quel que soit le type d'UM.
- Mode d'entrée domicile (dont provenance de structure médico-sociale) en dehors des urgences (entrée = 8 différent de provenance = 5)
- Age \geq 6 mois

Critères d'exclusion au dénominateur

- CMD 14 (Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum, hors IVG non médicamenteuse)
- CMD 15 (Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale)
- 1er UM = unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) 07A UHCD générales ou 07B UHCD pédiatrique
- Séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite : Z53.2.
- Séjours de patients décédés au cours du séjour

Critères d'exclusions secondaires

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

- 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
- 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

4. Indicateurs de résultats

Conversions en hospitalisation complète

Algorithme de détection des séjours avec conversion en hospitalisation complète ou transfert vers un ES MCO.

L'indicateur expérimenté a une valeur prédictive positive de 90%, et sur les 528 dossiers de conversions analysés, 87% des conversions avec motifs tracés étaient liées à des complications médicales. Malgré cela, l'indicateur est non retenu car les établissements ne codent pas tous les conversions avec un 1er résumé d'unité médicale (RUM) en hospitalisation partielle suivi d'un 2ème RUM dans l'unité médicale où le patient est transféré.

Réhospitalisations toutes causes entre 1 et 3 jours

Algorithme de détection des séjours avec réhospitalisation toutes causes entre 1 et 3 jours après la sortie du patient à J0 vers le domicile.

Indicateur retenu car la valeur prédictive positive est de 93,8%, que 60% des 385 réhospitalisations analysées étaient non programmées, et 69% étaient liées à des complications médicales.

Critères d'inclusion au dénominateur :

Nombre de séjours index de patients avec chirurgie réalisée en ambulatoire, hors provenance des urgences et hors provenance d'un ES (mutation, prestation inter-établissements, transfert) ET sortis vivants vers leur lieu de résidence (domicile ou structure d'hébergement médico-sociale)

- ▶ Séjour dans un GHM avec 3ème caractère en "C" (avec acte classant opératoire) + 7 autres racines
 - 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)).
- ▶ Séjour avec durée de séjour de 0 jour
- ▶ Admission 1er RUM en hospitalisation partielle (HP), quel que soit le type d'UM
- ▶ Mode d'entrée domicile hors urgences (=8 différent de provenance = 5)
- ▶ Mode de sortie domicile (=8)
- ▶ Age ≥ 6 mois

Critères d'exclusion au dénominateur :

- ▶ CMD 14 (Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum, hors IVG non médicamenteuse)
- ▶ CMD 15 (Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale)

- ▶ 1er UM = unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) 07A UHCD générales ou 07B UHCD pédiatrique
- ▶ Séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite : Z53.2.

Critères d'inclusion au numérateur :

Nombre de séjours du dénominateur avec 1ère réadmission dans le même ES ou un autre ES MCO dans les 3 jours après la sortie à J0, hors séances = réadmission entre 1 et 3 jours

Critères d'exclusion au numérateur :

- Séances de la CMD 28
- Insuffisance rénale, avec dialyse (GHM 11K02)
- Chimiothérapie pour leucémie aiguë (GHM 17M05)
- Chimiothérapie pour autre tumeur (GHM 17M06)
- Chimiothérapie pour affections non tumorales (GHM 23M09)
- Autres irradiations (GHM 17K04)
- Curiéthérapies de prostate (GHM 17K05)
- Autres curiéthérapies et irradiations internes (GHM 17K06)
- Autres curiéthérapies (GHM 17K08)
- Irradiations internes (GHM 17K09)

5. Conclusions - Perspectives

Les 8 indicateurs de processus sélectionnés feront l'objet d'une 1ère campagne nationale sans diffusion publique en 2018.

Le taux de conversions ne sera pas restitué aux établissements, car il n'est utilisable que dans les ceux qui codent les MultiRUM en accord avec les consignes de codage, permettant de détecter le 1er séjour en hospitalisation partielle.

Les réhospitalisations toutes causes entre 1 et 3 jours seront restituées aux établissements fin 2017 (sur les données 2016), accompagnées d'informations complémentaires pour aider à l'interprétation du résultat à visée d'amélioration des pratiques et du service rendu au patient.

Les travaux de développement du questionnaire de satisfaction du patient en chirurgie ambulatoire ont débuté en mai 2017. L'expérimentation est envisagée fin 2017 pour une diffusion publique de l'indicateur sur Scope santé le dernier trimestre 2018.

Ces indicateurs complètent la panoplie d'outils produits par la HAS pour évaluer la qualité des soins et la sécurité des patients en chirurgie ambulatoire. Fin 2018, la HAS sera en mesure de produire et de diffuser des résultats nationaux sur le processus et le résultat (réhospitalisations) et de diffuser publiquement sur Scope Santé la satisfaction des patients en chirurgie ambulatoire.



Le rapport complet est en ligne sur www.has-sante.fr

Septembre 2017