



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 et de résultats

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

**Résultats de l'expérimentation
2015 - 2016**

Données 2014

Septembre 2017

Pourquoi ce document

Ce document présente les résultats de l'expérimentation des indicateurs de processus et de résultats évaluant le « parcours du patient en chirurgie ambulatoire ».

L'expérimentation des indicateurs de processus a eu lieu du 15 décembre 2015 au 7 avril 2016 et celle des indicateurs de résultats du 22 mars 2016 au 21 juillet 2016, sous la coordination de la Haute Autorité de Santé.

Pour en savoir plus

Le cahier des charges et outils utilisés pour l'expérimentation sont disponibles sur :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2582338/fr/ipaqss-2016-outils-pour-l-experimentation-des-indicateurs-de-processus-et-de-resultat-en-chirurgie-ambulatoire

Pour nous contacter

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

Ce rapport a été rédigé par Linda Banaei-Bouchareb, chef de projet, sous la responsabilité de Rose Derenne, adjointe au chef du service et Laetitia May-Michelangeli, chef du service IPAQSS.

Rapport validé par le collège de la HAS le 14 septembre 2017.

SOMMAIRE

Contexte	4
Expérimentation	5
Déroulement de l'expérimentation des indicateurs de processus et de résultats.....	5
Confidentialité et sécurité des données.....	5
Population cible de l'évaluation.....	5
Établissements expérimentateurs.....	7
Résultats des indicateurs de processus expérimentés	8
Analyse de la population cible	8
Synthèse des résultats des indicateurs de processus.....	9
Indicateur 1 : Évaluation pré-opératoire.....	10
Indicateur 2 : Gestion des suites opératoires	18
Indicateur 3 : Évaluation du patient pour la sortie de la structure.....	22
Indicateur 4 : Documents pour la continuité des soins	22
Indicateur 5 : Suivi du patient après la sortie de la structure.....	28
Analyse de la faisabilité du recueil des indicateurs de processus.....	31
Retours qualitatifs des établissements	32
Analyse de la reproductibilité des indicateurs de processus	33
Indicateurs de processus retenus pour la 1ère campagne nationale	33
Indicateur 1 : Évaluation de l'éligibilité du patient à l'admission.....	34
Indicateur 2 : Consentement du patient.....	35
Indicateur 3 : Évaluation du risque de nausées vomissements post-opératoires (NVPO).....	35
Indicateur 4 : Évaluation du risque de maladie thrombo-embolique veineuse (MTEV).....	35
Indicateur 5 : Anticipation de la prise en charge de la douleur.....	35
Indicateur 6 : Évaluation du patient pour la sortie de la structure.....	36
Indicateur 7 : Qualité de la lettre de liaison à la sortie - CA.....	36
Indicateur 8 : Contact entre le patient et les professionnels de santé de la structure entre J+1 et J+3	37
Analyse du questionnaire structure	38
Indicateurs de résultats expérimentés	39
Séjours de conversions en hospitalisation complète	39
Séjours de réhospitalisations toutes causes entre 1 et 3 jours	43
Faisabilité de l'analyse des séjours avec évènements (conversions ou réhospitalisations)	45
Conclusion et perspectives	46
Indicateurs de processus.....	46
Indicateurs de résultats.....	46
Perspectives.....	47
Annexes	48
Annexe 1. Critères/Items/questions non retenus comme indicateurs.	48
Annexe 2. Grille d'analyse des séjours de conversions utilisée pour l'expérimentation	51
Annexe 3. Grille d'analyse des séjours de ré-hospitalisations toutes causes entre 1 et 3 jours utilisée pour l'expérimentation	53

Contexte

Dans le cadre d'une approche globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, la Haute Autorité de Santé (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.

Bien que le taux de chirurgie ambulatoire en France soit passé de 32 % à 43 % entre 2007 et 2013, la pratique reste insuffisamment développée en France par rapport à d'autres pays (83% aux Etats-Unis, 79% en Grande Bretagne). Partant du constat de ce retard français dans le taux global d'interventions pratiquées en chirurgie ambulatoire par rapport aux données internationales, la DGOS a saisi la HAS afin de produire des éléments de référence susceptibles de guider les travaux à conduire au sein des établissements de santé et auprès des professionnels de santé, afin d'augmenter la part de l'activité chirurgicale réalisée dans un mode de prise en charge ambulatoire, tous actes confondus. De façon concomitante, l'ANAP a inscrit, en décembre 2009 dans son programme de travail 2010, la thématique chirurgie ambulatoire.

« L'ambition du développement de la chirurgie ambulatoire repose sur deux attentes, l'une médicale, l'autre économique. Ce type de prise en charge génère en effet un double dividende qui correspond d'une part à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins par réduction des infections nosocomiales, amélioration de la maîtrise des risques et organisation optimisée de l'activité et, d'autre part, une réduction des coûts associés à la prise en charge chirurgicale pour les établissements et donc pour l'assurance maladie. Le développement de la chirurgie ambulatoire contribue également à une baisse généralisée des durées de séjour, notamment par diffusion de bonnes pratiques »¹.

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 - dans une approche intégrée innovante « processus et résultats », afin d'accompagner le déploiement sécurisé de la chirurgie ambulatoire.

Ont été expérimentés :

- 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 le taux de conversions en hospitalisation complète et le taux de ré-hospitalisations entre 1 et 3 jours après la sortie vers le domicile.

¹ Inspection générale des finances (IGF) - Inspection générale des affaires sociales (IGAS). Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France. Rapport. Juillet 2014.

Expérimentation

Déroulement de l'expérimentation des indicateurs de processus et de résultats

L'expérimentation des indicateurs de processus et de résultats est réalisée dans des établissements de santé MCO volontaires. Elle porte sur la population cible définie ci-dessous.

Indicateurs de processus : L'expérimentation s'est déroulée du 15 décembre au 7 avril 2016. Le recueil des indicateurs de processus porte sur un échantillon aléatoire de 80 séjours de patients de la population cible. Le résultat des indicateurs et de chaque critère est analysé.

Indicateurs de résultats : L'expérimentation s'est déroulée du 22 mars au 21 juillet 2016. Elle porte sur l'analyse d'un échantillon de dossiers de patients détectés dans le PMSI comme « avec événements » : 20 séjours détectés dans le PMSI « avec conversion en hospitalisation complète » et 15 séjours « avec réadmission² dans les 3 jours après la sortie vers le domicile ». La traçabilité et le type de motifs de conversion et de ré-hospitalisation sont analysés, ainsi que la valeur prédictive positive (VPP³) de l'indicateur et les éventuels faux positifs.

Confidentialité et sécurité des données

La HAS a procédé à une déclaration de cette enquête auprès de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), car la saisie des données réalisée à partir des dossiers de patients est indirectement nominative (exemple : âge, sexe du patient). Les établissements ont pris les dispositions nécessaires pour que l'analyse des dossiers, la saisie, le traitement et la conservation des données respectent la confidentialité et la sécurité qui s'attachent à celles-ci.

Les établissements de santé et la HAS se sont engagés à ne procéder à aucune transmission à des tiers de celles-ci ou des résultats de l'enquête permettant l'identification éventuelle des patients dont le séjour a été analysé dans le cadre de l'étude.

Les informations contenues dans les dossiers des patients ont été saisies en ligne par les établissements de santé sur Internet via le progiciel SPHINX géré par la HAS.

Population cible de l'évaluation

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

- réalisés dans des établissements 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 sont exclus de cette évaluation.

L'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins, processus et résultats, doit porter sur une population représentative de la majorité des patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire, pour permettre :

- une comparaison inter-établissements,
- une comparaison de l'évolution des résultats dans le temps.

² Le terme ré-hospitalisation est utilisé à la place de réadmission ci-après, pour harmoniser avec les autres indicateurs de ré-hospitalisation en développement en France.

³ VPP : % de séjours détectés avec événements dans le PMSI qui sont confirmés par retour au dossier

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.

La liste des actes de chirurgie ambulatoire a été confirmée avec l'ATIH (racines de GHM en C + 7 racines en 2015). 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).

Algorithme de détection 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)
- Séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite : Z53.2.

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 établissement 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

Établissements expérimentateurs

Au total, 69 établissements de santé ont participé à l'expérimentation dont 67 sur les données requises (2014) se répartissant en 10 CH, 7 CHU, 6 CLCC, 9 ESPIC/EBNL, 37 privés.

- 5 485 séjours ont été saisis et 5 381 dossiers ont été analysés.
- 65 établissements ont rempli le questionnaire de faisabilité
- 13 établissements ont participé à l'analyse de reproductibilité, soit 171 dossiers saisis en double
- 68 établissements ont rempli le questionnaire structure.

Résultats des indicateurs de processus expérimentés

Analyse de la population cible

99,5% des dossiers correspondant à la population cible ont été retrouvés.

L'âge moyen était de 48,35 ans et l'âge médian de 52 ans (1 – 102).

Les séjours cibles identifiés dans le PMSI correspondent à la population cible dans 98,4% des 5 192 dossiers analysés.

162 séjours ont été exclus secondairement à partir de la grille de recueil, dont 78 urgences. L'exclusion a priori des patients admis en urgence pourrait être optimisée par une l'exclusion supplémentaire suivante : 1er UM = unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) 07A UHCD générales ou 07B UHCD pédiatriques.

Les autres exclusions en dehors des patients ne souhaitant pas que leurs données soient exploitées (n=13), sont des erreurs de sélection des séjours de la population cible et/ou des erreurs de codage.

Parmi elles :

- provenance d'un établissement par transfert, mutation ou d'une HAD (n=21),
- séjours sans acte de chirurgie (n=12),
- chirurgie reprogrammée le lendemain ou à une date ultérieure (n=7),
- chirurgie initialement programmée en hospitalisation complète (n=5),
- soins externes ou coloscopie (n=5),
- sortie contre avis médical (n=1),

À noter 16 exclusions réalisées à tort par les établissements : 11 patients « forains », 4 conversions, 1 transfert en unité de soins cardiologiques.

Information complémentaire : 120 patients soit 2,3 %, étaient passés aux urgences dans les 3 jours précédant l'hospitalisation. Cette question initialement demandée par le GT ne sera pas maintenue dans le recueil national.

La liste des racines de GHM des 5 192 séjours analysés par fréquence décroissante est comme suit :

GHM	Libellé	Nombre de séjours IP	%
02C05	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires	936	17,39
03K02	Ligatures de veines et é veinages	525	9,76
05C17	Mise en place de certains accès vasculaires de la CMD 05, séjours de moins de 2 jours	275	5,11
05K14	Libérations du médian au canal carpien	243	4,52
01C15	Interventions sur les végétations adénoïdes	186	3,46
03C28	Ménisectomie sous arthroscopie	184	3,42
08C45	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans	181	3,36
06C12	Mastectomies subtotaales pour tumeur maligne	175	3,25
09C05	Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur	129	2,4
08C14	Autres interventions sur la main	128	2,38
08C44	Circoncision	126	2,34
12C08	Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites	107	1,99
09C03	Autres interventions sur la peau, les tissus souscutanés ou les seins	104	1,93
09C10	Interventions sur le pied, âge supérieur à 17 ans	93	1,73
08C37	Interruption volontaire de grossesse : séjours de moins de 3 jours	84	1,56
14Z08	Prélèvements d'ovocytes, en ambulatoire	80	1,49
13C16	Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans	70	1,3
03C14	Dilatations et curetages, conisations pour des affections non malignes	64	1,19
13C12	Interventions sur le sein pour des affections non malignes autres que les actes de biopsie et d'excision locale	60	1,12
09C06	Autres interventions extraoculaires, âge supérieur à 17 ans	56	1,04
02C08	Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales	54	1
06C14		54	1

Les racines de GHM en gras correspondent à 70% des racines de GHM en C à 0 jour les plus fréquentes identifiées dans la base PMSI nationale MCO 2014, tous modes d'hospitalisation confondus.

Synthèse des résultats des indicateurs de processus

Tableau. Synthèse du 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	
	<ul style="list-style-type: none"> - L'évaluation de l'éligibilité du patient à la CA (7 items, 8 questions) 	11%
	Et	
	<ul style="list-style-type: none"> - L'information et le consentement du patient à sa prise en charge en CA (1 question) 	65%
	Et	
	<ul style="list-style-type: none"> - La prévention des risques propres au patient (Nausées Vomissements Post Opératoires et maladie thromboembolique veineuse) (2 items, 4 questions) 	23%
	Et	
	<ul style="list-style-type: none"> - L'anticipation de la prise en charge de la douleur du patient (1 item, 3 questions) 	11%
	Et	
	<ul style="list-style-type: none"> - 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 et préparation de la sortie		
2 Gestion des suites opératoires	Proportion de dossiers patient dans lesquels sont retrouvés :	
	<ul style="list-style-type: none"> - Une gestion de la douleur après l'intervention (si applicable)(1 item, 5 questions, dont 3 entrent dans le calcul de l'indicateur) 	87%
	Et	
	<ul style="list-style-type: none"> - 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 est retrouvée une évaluation du patient pour la sortie de la structure (1 item, 2 questions)	81%
Moyenne 81%		
4 Documents pour la continuité des soins	Proportion de dossiers patient dans lesquels sont retrouvés :	
	<ul style="list-style-type: none"> - le bulletin de sortie (1 critère, 8 questions) 	24%
	Et	
	<ul style="list-style-type: none"> - le compte rendu opératoire (1 critère, 9 questions) 	12%
Moyenne 4%		

Après l'hospitalisation		
5 Suivi du patient après la sortie de la structure	Proportion de dossiers patient dans lesquels sont retrouvés :	
	– Une information sur les soins à réaliser en post hospitalisation (1 item, 1 question)	68%
	Et	
	– Une programmation de consultation post opératoire avec le chirurgien (si applicable) (1 item, 1 question)	65%
	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)	48%
Moyenne		28%

Méthode de calcul et modalités de présentation des résultats

Les résultats des indicateurs sont rapportés ci-après dans les modalités suivantes :

Pour les indicateurs comprenant plusieurs critères ou plusieurs questions: la conformité est validée si tous les éléments sont retrouvés. Pour chaque dossier a été calculé le nombre de critères conformes divisé par le nombre de critères applicables.

Au niveau de l'établissement, le résultat correspond à la moyenne des résultats par dossier, présenté dans un tableau.

Au niveau de l'ensemble des établissements, le résultat correspond à la moyenne brute inter-établissements. Cette moyenne ainsi que la distribution de la moyenne de chaque établissement avec son intervalle de confiance à 95%, sont présentés dans un graphe.

Les résultats détaillés par critères sont présentés dans des tableaux et/ou diagrammes.

Indicateur 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)

Et

- L'information et le consentement du patient à sa prise en charge en CA (1 question)

Et

- La prévention des risques propres au patient (Nausées et vomissements post-opératoires et maladie thrombo-embolique veineuse) (2 items, 4 questions)

Et

- L'anticipation de la prise en charge de la douleur du patient (1 item, 3 questions)

Et

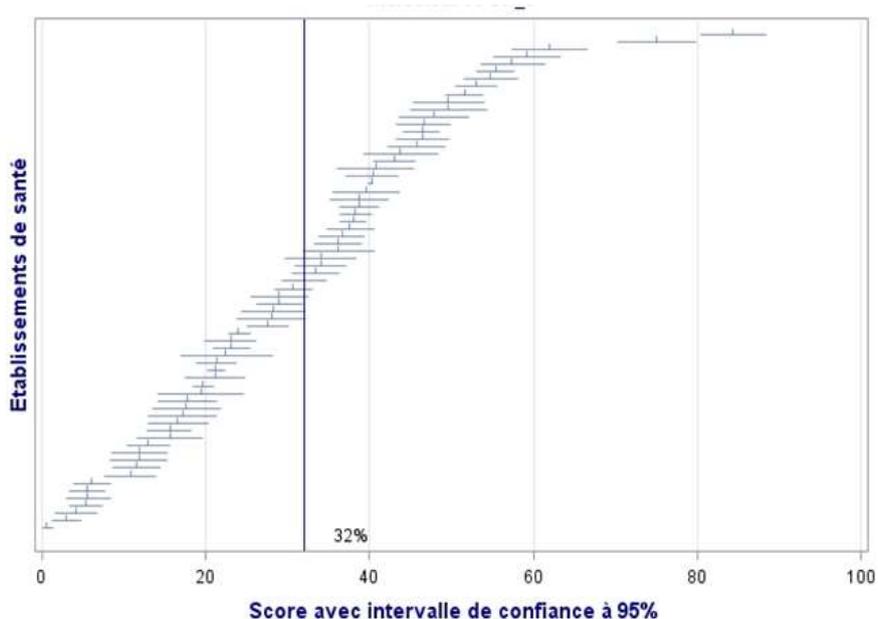
- Un contact entre le patient et les professionnels de santé de la structure entre J-1 et J-3 (1 item, 1 question)

Résultats agrégés et analyse de la variabilité inter-établissements

Tableau. Indicateur « Évaluation pré-opératoire ».

N	Minimum	Moyenne	Écart-type	Maximum	10e centile	Médiane	90e centile
67	0.6	31.7	17.9	84.4	6.0	32.0	54.8

Graphique. Indicateur « Évaluation pré-opératoire ». Distribution des résultats des établissements par rapport à la moyenne

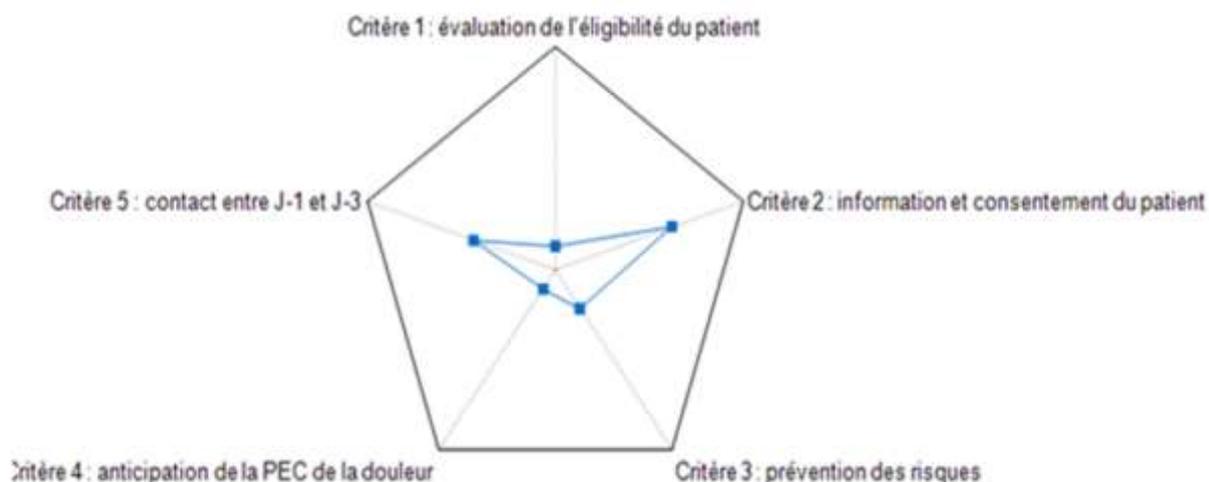


Chaque barre horizontale représente le score global (moyenne) d'un établissement et son intervalle de confiance 95%. La barre verticale est la moyenne inter-établissements du score de conformité des 5 critères le composant, ici à 32%. Le graphe traduit l'importante variabilité inter-établissements du résultat de l'indicateur.

Analyse des résultats par critères

Résultats détaillés pour chacun des 5 critères/questions évalués :

	Moyenne	Effectif
Critère 1 : évaluation de l'éligibilité du patient	0,11	5192
Critère 2 : information et consentement du patient	0,65	5192
Critère 3 : prévention des risques	0,23	4558
Critère 4 : anticipation de la PEC de la douleur	0,11	4801
Critère 5 : contact entre J-1 et J-3	0,45	5192



Indicateur 1, Critère 1 : Évaluation de l'éligibilité

Résultats détaillés des 7 questions composant le critère 1 de l'indicateur 1

- La consultation pré-opératoire a eu lieu avec qui ?

Cette question n'entre pas dans le calcul de la conformité du critère 1 de l'indicateur 1.

La consultation préopératoire a-t-elle eu lieu :

	Nb	% obs.
Non réponse	20	0,4%
avec un chirurgien	3895	75,0%
avec un autre opérateur	432	8,3%
ne sait pas	845	16,3%
Total	5192	100,0%

Une consultation pré-opératoire a eu lieu avec un chirurgien dans 75% des dossiers analysés, avec un anesthésiste dans 6% des dossiers analysés. Les autres opérateurs étaient : oncologue, gastro-entérologue, gynécologue, dermatologue.....

Dans 16,3 % des dossiers, aucune trace de la consultation réalisée par l'opérateur n'a été retrouvée.

- Le compte-rendu (CR) de consultation est retrouvé ?

CHA_P_10 - Le compte rendu de consultation du chirurgien ou d'un autre opérateur est retrouvé dans le dossier

	Nb	% obs.
Oui	3494	67,3%
Non	1698	32,7%
Total	5192	100,0%

Si oui, quels éléments retrouve-t-on?

	Oui		Non	
	N	% cit.	N	% cit.
Le nom du chirurgien ou d'un autre opérateur	3386	96,9%	108	3,1%
Le motif de l'intervention	3436	98,3%	58	1,7%

Un compte rendu de consultation pré-opératoire est retrouvé dans 67% des dossiers, et lorsqu'il est retrouvé, il comprend le nom de l'opérateur et le motif de l'intervention dans 97% des comptes rendus analysés.

- Évaluation de l'éligibilité du patient par le chirurgien est tracée ?
- Évaluation de l'éligibilité du patient par l'anesthésiste est tracée ?

CHA_P_12 - L'évaluation de l'éligibilité du patient à la chirurgie ambulatoire par le chirurgien ou un autre opérateur est tracée dans le dossier

	Nb	% obs.
Oui	2460	47,4%
Non	2732	52,6%
Total	5192	100,0%

CHA_P_13 - L'évaluation de l'éligibilité du patient à la chirurgie ambulatoire par l'anesthésiste est tracée dans le dossier

	Nb	% obs.
Oui	3436	66,2%
Non	1338	25,8%
Non applicable	418	8,1%
Total	5192	100,0%

L'évaluation de l'éligibilité :

- par l'opérateur est retrouvée dans 47% des dossiers (ex : mention tracée dans le dossier type « OK pour la CA » « ambu OK » ou « le patient peut être admis en ambulatoire »).
- par l'anesthésiste est retrouvée dans 66% des dossiers.

Non applicables : interventions réalisées sous anesthésie locale stricte, a priori sans nécessité de l'intervention de l'anesthésiste.

Les principales racines de GHM saisies par les établissements comme correspondant aux cas de non applicabilité de l'évaluation par un anesthésiste (soit a priori réalisation sous anesthésie locale stricte) sont les suivantes :

GHM	Libellé	Nombre de dossiers saisis avec évaluation de l'éligibilité par l'anesthésiste NA	% Des dossiers NA
05K14	Mise en place de certains accès vasculaires de la CMD 05, séjours de moins de 2 jours	105	25%
02C05	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	81	19%
13C16	Prélèvements d'ovocytes, en ambulatoire	27	6%
01C15	Libérations du médian au canal carpien	22	5%
09C03	Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites	19	5%
09C10	Autres interventions sur la peau, les tissus souscutanés ou les seins	16	4%
08C14	Réssections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur	9	2%
02C08	Autres interventions extraoculaires, âge supérieur à 17 ans	8	2%
08C44	Autres interventions sur la main	7	2%
12C08	Circoncision	7	2%
13C12	Dilatations et curetages, conisations pour des affections non malignes	7	2%

Si la mise en place d'accès vasculaires se conçoit sous anesthésie locale stricte, certaines racines de GHM ne correspondraient pas à ce cas de figure (exemple circoncision, résections osseuses, dilatations et curetages). Il n'est pas possible d'établir a priori une liste d'actes ou de GHM pour lesquels une évaluation de l'éligibilité par l'anesthésiste n'est pas nécessaire.

Pour information, la trace d'une évaluation de l'éligibilité du patient prenant en compte l'évaluation par l'opérateur ou l'évaluation par l'anesthésiste aboutit à une conformité de 83,71%.

- Trace de l'information du patient sur la nécessité d'un accompagnant à son retour à son lieu de résidence.

CHA_P_14 - Il est noté dans le dossier que le patient a été informé qu'un accompagnant sera nécessaire pour son retour à son lieu de résidence

	Nb	% obs.
Oui	3353	64,6%
Non	1633	31,5%
Non applicable	206	4,0%
Total	5192	100,0%

La trace de l'information du patient sur la nécessité d'un accompagnant est retrouvée dans 65% des dossiers : sous la forme d'un livret d'accueil ou passeport ambulatoire remis au patient avant l'admission. La conformité correspond à la trace que l'information a été remise au patient, retrouvée dans dossier de l'établissement, ou le cas échéant, dans le dossier extérieur à l'établissement.

Les principales racines de GHM saisies par les établissements comme correspondant aux cas ne nécessitant pas un accompagnant sont les suivantes :

GHM	Libellé	Nombre de dossiers avec accompagnant nécessaire pour retour à domicile NA	% de dossiers NA
05K14	Mise en place de certains accès vasculaires de la CMD05, séjours de moins de 2 jours	53	26%
02C05	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie,	22	11%
03C28	Interventions sur les végétations adénoïdes	15	7%
12C08	Circoncision	15	7%
03C27	Interventions sur les amygdales, en ambulatoire	8	4%
09C03	Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites	8	4%
08C14	Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur	7	3%
03K02	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires	6	3%
01C15	Libérations du médian au canal carpien	5	2%
02C08	Autres interventions extraoculaires, âge supérieur à 17 ans	5	2%
08C44	Autres interventions sur la main	5	2%
09C10	Autres interventions sur la peau, les tissus souscutanés ou les seins	5	2%
03C21	Interventions pour oreilles décollées	4	2%
08C45	Ménisectomie sous arthroscopie	4	2%

Le caractère non applicable de la nécessité d'un accompagnant, dans sa définition de personne qui accompagne le patient après l'intervention pour son trajet vers le domicile, ne semble pas justifié pour certaines racines de GHM (exemple : circoncisions et interventions sur les amygdales). Il n'est pas possible d'établir a priori une liste d'actes ou de GHM pour lesquels il n'est pas nécessaire d'avoir un accompagnant.

- Les acteurs de la structure ont contacté un ou des acteurs de la ville pour l'organisation du post-hospitalisation : si oui, quels professionnels (liste), pour chacun coordonnées (tel, mail, fax, courrier postal...)

CHA_P_15 - Les acteurs de la structure ont contacté un ou des acteurs de la ville pour l'organisation de la prise en charge du patient en post hospitalisation

	Nb	% obs.
Oui	966	18,6%
Non	3064	59,0%
Non applicable	1162	22,4%
Total	5192	100,0%

Au moins un contact avec un ou des acteurs de la ville pour organiser la prise en charge en post-hospitalisation :

- est retrouvé dans 19% des dossiers, avec une trace d'au moins un contact ou une prescription de soins à réaliser en post-hospitalisation dans le dossier hors courrier d'admission
- est jugé inapplicable dans 22,4% des dossiers : soins organisés dans la structure ou absence de soins à réaliser en post- hospitalisation.

La 2^{ème} question, concernant le type de professionnels contactés et leurs coordonnées, n'entre pas dans le calcul de la conformité du critère 1 de l'indicateur 1. En information complémentaire, parmi les 19% de dossiers où un professionnel du suivi post-hospitalisation a été contacté avant l'admission, le professionnel contacté est dans 74,4% des cas le médecin désigné par le patient, 14% l'infirmier et 7,5% le pharmacien.

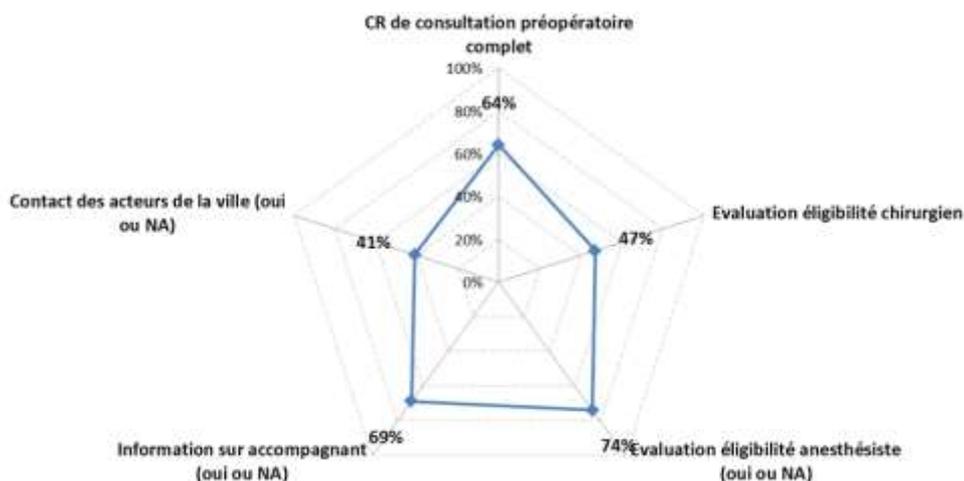
CHA_P_16 - Si oui, qui sont les professionnels contactés ?

	Nb	% cit.
Médecin désigné par le patient	873	74,4%
Infirmier	159	13,6%
Masseur-kinésithérapeute	19	1,6%
Assistant social	1	0,09%
Pharmacien	88	7,5%
Réseaux de soins	33	2,8%
Total	1173	100,0%

Si oui, retrouve-t-on pour chacun d'eux leurs coordonnées?

	Oui		Non	
	N	% cit.	N	% cit.
Médecin désigné par le patient (nom + tel. ou adresse email ou fax ou courrier postal)	855	97,9%	18	2,1%
Infirmier (nom + tel. ou adresse email ou fax ou courrier postal)	28	17,6%	131	82,4%
Masseur-kinésithérapeute (nom + tel. ou adresse email ou fax ou courrier postal)	1	5,3%	18	94,7%
Assistant social (nom + tel. ou adresse email ou fax ou courrier postal)	1	100,0%	0	0,0%
Pharmacien (nom + tel. ou adresse email ou fax ou courrier postal)	0	0,0%	88	100,0%
Réseaux de soins (nom + tel. ou adresse email ou fax ou courrier postal)	25	75,8%	8	24,2%

Diagramme. Résultats des 5 questions entrant dans le calcul du critère 1 de l'indicateur 1 « Évaluation pré-opératoire »



Indicateur 1, Critère 2 : L'information et le consentement du patient à sa prise en charge en chirurgie ambulatoire (1 item, 1 question)

	Nb	% obs.
Oui	3368	64,9%
Non	1824	35,1%
Total	5192	100,0%

Le critère 2 de l'indicateur 1 « Évaluation pré-opératoire » était conforme dans 65% des dossiers.

Indicateur 1, Critère 3 : La prévention des risques propres au patient (Nausées Vomissements Post Opératoires (NVPO) et maladie thromboembolique veineuse (MTEV)) (2 items, 4 questions)

- Évaluation tracée du risque de NVPO : conforme dans 44 % des dossiers.

CHA_P_19 - La trace d'une évaluation du risque de nausées, vomissements post opératoires (NVPO) est retrouvée

	Nb	% obs.
Oui	1570	30,2%
Non	2921	56,3%
Non applicable	701	13,5%
Total	5192	100,0%

CHA_P_20 - Si oui, cette évaluation tracée correspond à l'utilisation :

	Nb	% obs.
d'un score	939	59,8%
d'un jugement clinique	574	36,6%
les deux	57	3,6%
Total	1570	100,0%

Cette évaluation est retrouvée dans 30,2% des dossiers et jugée non applicable dans 13,5% des dossiers correspondant à une intervention sous anesthésie locale stricte.

- Évaluation tracée du risque de MTEV : conforme dans 61,4 % des dossiers

CHA_P_21 - La trace d'une évaluation du risque de maladie thromboembolique veineuse est retrouvée dans le dossier

	Nb	% obs.
Oui	2128	41,0%
Non	2003	38,6%
Non applicable	1061	20,4%
Total	5192	100,0%

CHA_P_22 - Si oui, cette évaluation tracée correspond à l'utilisation :

	Nb	% obs.
d'un algorithme	56	2,6%
d'un jugement clinique	2000	94,0%
les deux	72	3,4%
Total	2128	100,0%

Cette évaluation est retrouvée dans 41% des dossiers, et jugée non applicable dans 20,4%, correspondant à la pédiatrie ou à une intervention sous anesthésie locale stricte.

Indicateur 1, Critère 4 : L'anticipation de la prise en charge de la douleur du patient (1 item, 3 questions)

Anticipation de la prise en charge de la douleur : conforme dans 11 % des dossiers.

- Une trace de la prescription d'antalgiques avant l'admission est retrouvée dans 10,2 % des dossiers.

- Elle a été jugée non applicable dans 7,5% des dossiers, car aucun traitement contre la douleur ne serait nécessaire en post-opératoire.

CHA_P_23 - Une prescription d'antalgique établie, avant l'admission, par le chirurgien, par un autre opérateur ou par l'anesthésiste est retrouvée

	Nb	% obs.
Oui	528	10,2%
Non	4273	82,3%
Non applicable	391	7,5%
Total	5192	100,0%

Les questions suivantes ont été recueillies pour information, quand les prescriptions anticipées d'antalgiques étaient retrouvées :

- La fréquence de prise était renseignée dans 90,3 % des prescriptions anticipées,
- Les conditions de recours aux antalgiques de niveau plus élevé étaient renseignées dans 37 % des prescriptions avec niveau d'antalgiques plus élevé,
- Et la non-applicabilité dans 32% des prescriptions, dans les cas où il n'y avait pas de prescription de traitement antalgique de niveau plus élevé.

CHA_P_24 - Si oui, la prescription d'antalgique analysée comporte la fréquence de prises des antalgiques

	Nb	% obs.
Oui	477	90,3%
Non	51	9,7%
Total	528	100,0%

CHA_P_25 - Si oui, la prescription d'antalgique analysée comporte les conditions de recours aux antalgiques de niveau plus élevé

	Nb	% obs.
Oui	194	36,7%
Non	165	31,3%
Non applicable	169	32,0%
Total	528	100,0%

Indicateur 1, Critère 5 : Un contact entre le patient et les professionnels de santé de la structure entre J-1 et J-3 (1 item, 1 question)

La trace d'un contact entre patients et professionnels de l'établissement entre J-1 et J-3 est retrouvée dans 45% des dossiers.

Indicateur 2 : Gestion des suites opératoires

Proportion de dossiers patients dans lesquels sont retrouvés (si applicables) :

- Une gestion de la douleur après l'intervention

Et

- Une gestion des nausées – vomissements après l'intervention

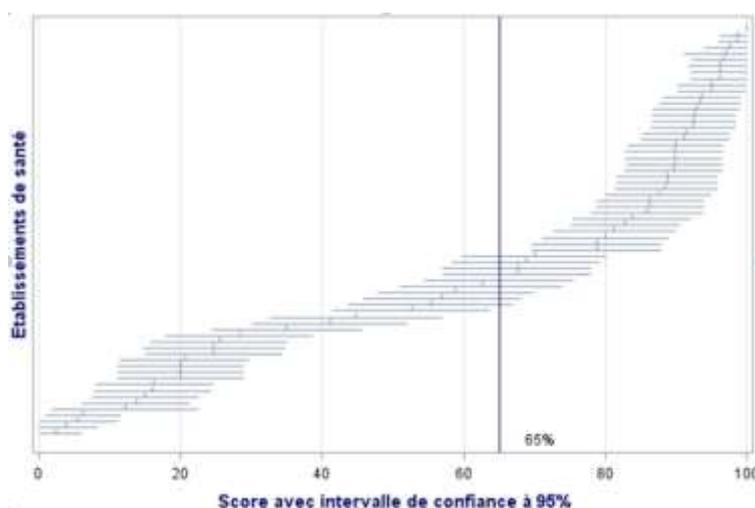
Résultats agrégés et analyse de la variabilité inter-établissements

La moyenne inter-établissements de l'indicateur 2 « gestion des suites opératoires » est de 65%.

Tableau. Indicateur « Gestion des suites opératoires »

N	Minimum	Moyenne	Écart-type	Maximum	10e centile	Médiane	90e centile
67	2.4	65.3	32.4	100.0	15.0	81.2	96.2

Graphique. Indicateur « Gestion des suites opératoires ». Distribution des résultats des établissements par rapport à la moyenne



Chaque barre horizontale représente la moyenne d'un établissement et son intervalle de confiance 95%. La barre verticale est la moyenne inter-établissements, ici à 65%. Le graphe traduit l'importante variabilité inter-établissements du résultat de cet indicateur.

Analyse des résultats de l'indicateur 2 par critère

Indicateur 2, Critère 1 : gestion de la douleur post-opératoire

Une gestion de la douleur après l'intervention

- score de mesure de la douleur à l'aide d'une échelle oui/non
- si oui, quelle échelle ?
 - valeur ?
 - patient algique ?
- si oui, stratégie de prise en charge de la douleur (prescription de position antalgique, et/ou de traitement) ?

Les trois questions entrent dans le calcul de l'indicateur.

CHA_P_27 - Un score de mesure de la douleur, mesurée à l'aide d'une échelle, est retrouvé dans le dossier

	Nb	% obs.
Oui	4675	90,0%
Non	517	10,0%
Total	5192	100,0%

CHA_P_27_1 - Si oui, cocher l'échelle utilisée pour mesurer la douleur

	Nb	% obs.
Échelle Verbale Simple (EVS) de 0 à 4	358	7,7%
Échelle Numérique simple en cm (ENS) de 0 à 10	1573	33,6%
Échelle Visuelle Analogique en cm (EVA) de 0 à 10	2539	54,3%
Échelle Numérique en mm (EN) de 0 à 100	30	0,6%
Échelle Visuelle Analogique en mm (EVA) de 0 à 100	8	0,2%
Autre	167	3,6%
Total	4675	100,0%

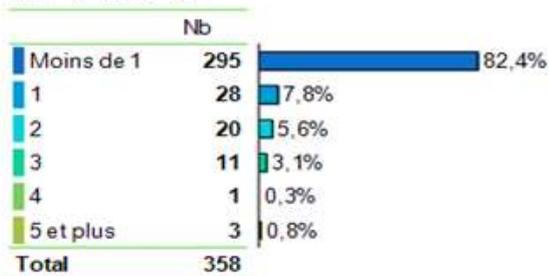
La 1^{ère} mesure de la douleur dans le dossier en post-opératoire avec une échelle est tracée dans 90% des dossiers (hors mesure à la sortie).

Les informations ci-dessous ont été recueillies à titre informatif et n'entrent pas dans le calcul de l'indicateur.

L'analyse de la valeur de l'évaluation de la douleur en post-opératoire permet de constater que 83% des patients avec une évaluation tracée sont peu ou pas algiques. De plus, la stratégie de prise en charge de la douleur était conforme pour 87% des patients algiques.

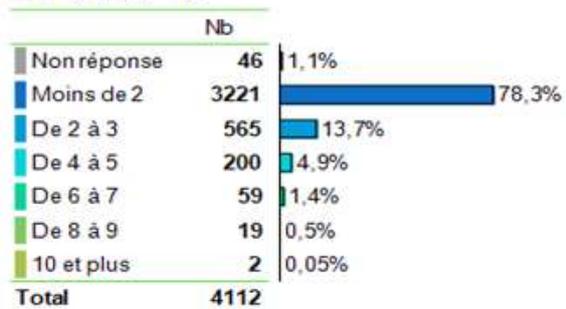
CHA_P_27_2 - Si EVS (de 0 à 4)

Moyenne = 0,34 Médiane = 0,00 Ecart-type = 0,91
Min = 0 Max = 8



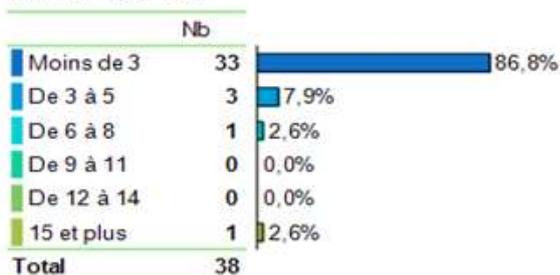
CHA_P_27_3 - Si ENS ou EVA (en cm) (de 0 à 10)

Moyenne = 0,76 Médiane = 0,00 Ecart-type = 1,50
Min = 0 Max = 10

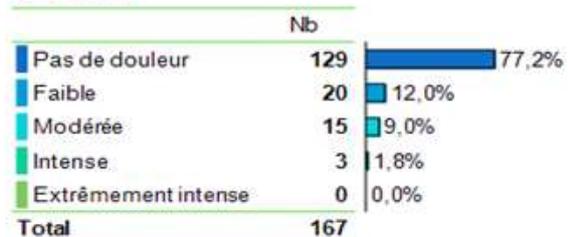


CHA_P_27_4 - Si EN ou EVA (en mm) (de 0 à 100)

Moyenne = 1,32 Médiane = 0,00 Ecart-type = 3,45
Min = 0 Max = 20



CHA_P_27_5 - Si autre échelle, traduire cette échelle en



CHA_P_28 - Si un score de douleur est noté dans le dossier, le patient est-il algique ?

	Nb	% obs.
Oui	751	16,1%
Non	3885	83,1%
Non tracé	39	0,8%
Total	4675	100,0%

CHA_P_29 - Si oui, une stratégie de prise en charge de la douleur est retrouvée dans le dossier

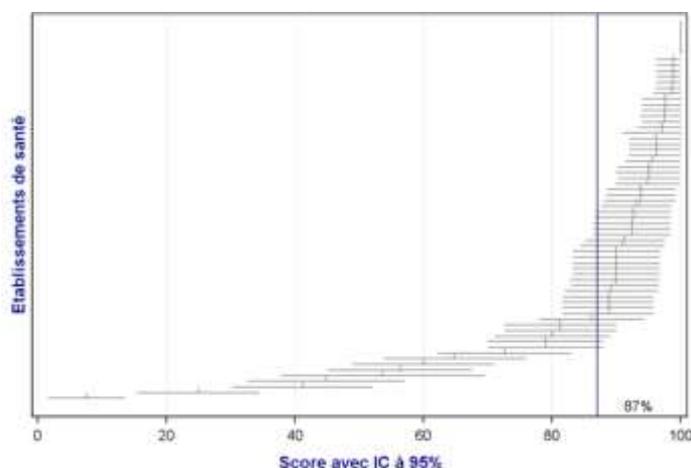
	Nb	% obs.
Oui	652	86,8%
Non	99	13,2%
Total	751	100,0%

Résultats du critère 1 de l'indicateur 2 et analyse de la variabilité inter-établissements

Tableau. Indicateur 2 critère 1 « Gestion de la douleur post-opératoire ».

N	Minimum	Moyenne	Écart-type	Maximum	10e centile	Médiane	90e centile
67	7.6	87.1	18.1	100.0	60.0	92.6	98.8

Graphique. Indicateur 2 critère 1 « Gestion de la douleur post-opératoire ». Distribution des résultats des établissements par rapport à la moyenne



Chaque barre horizontale représente la moyenne d'un établissement et son intervalle de confiance 95%. La barre verticale est la moyenne inter-établissements ici à 87%. Le graphe traduit l'importante variabilité inter-établissements du résultat de ce critère.

Indicateur 2, Critère 2 : gestion des nausées et vomissements en post-opératoire

Une gestion des nausées et vomissements en post-opératoire (NVPO)

L'absence de survenue de NVPO en post-opératoire est retrouvée dans 70% des dossiers. Aucune information n'est retrouvée dans 28% des dossiers.

Pour information, la survenue des nausées et vomissements est retrouvée dans 2% des dossiers.

CHA_P_30 - Le patient a présenté des nausées ou des vomissements après l'intervention

	Nb	% obs.
Oui	126	2,4%
Non	3635	70,0%
Non tracé	1431	27,6%
Total	5192	100,0%

CHA_P_31 - Si oui, une prise en charge des nausées ou des vomissements est retrouvée dans le dossier

	Nb	% obs.
Oui	97	77,0%
Non	29	23,0%
Total	126	100,0%

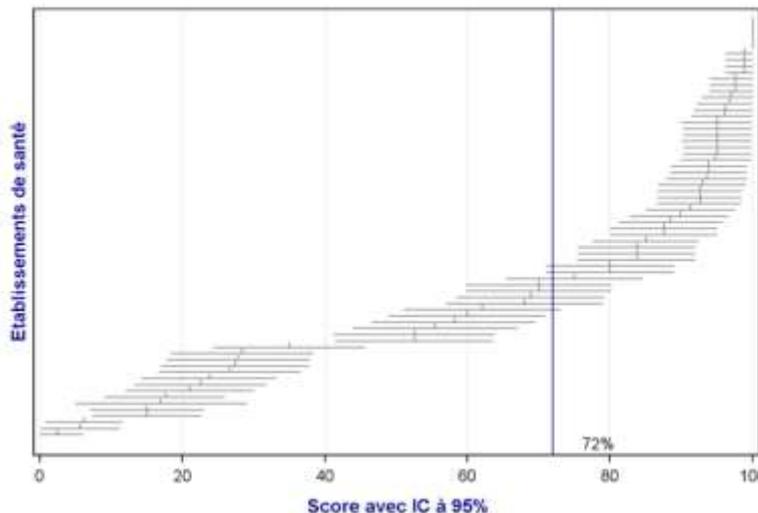
Le résultat de l'évaluation traduit peu ou pas de nausées et vomissements en post-opératoire, et lorsqu'ils surviennent, la prise en charge est conforme dans 77% des dossiers.

Résultats du critère 2 de l'indicateur 2 et analyse de la variabilité inter-établissements

Tableau. Indicateur 2 critère 2 « Gestion des nausées et vomissements post-opératoires ».

N	Minimum	Moyenne	Écart-type	Maximum	10e centile	Médiane	90e centile
67	2.4	71.9	31.2	100.0	17.6	87.6	98.8

Graphique. Indicateur 2 critère 2 « Gestion des nausées et vomissements post-opératoires ». Distribution des résultats des établissements par rapport à la moyenne



Chaque barre horizontale représente la moyenne d'un établissement et son intervalle de confiance 95%. La barre verticale est la moyenne inter-établissements ici à 72%. Le graphe traduit l'importante variabilité inter-établissements du résultat de ce critère par rapport à la moyenne.

Indicateur 3 : Évaluation du patient pour la sortie de la structure

L'évaluation du patient pour la sortie de la structure est retrouvée dans 80% des dossiers. Il repose sur un jugement clinique et/ou un score autorisant la sortie du patient dans tous les dossiers.

CHA_P_32 - La trace d'une évaluation pour la sortie du patient est retrouvée dans le dossier

	Nb	% obs.
Oui	4147	80,6%
Non	1000	19,4%
Total	5147	100,0%

CHA_P_33 - Si oui, l'évaluation repose sur

	Nb	% obs.
un jugement clinique	1321	31,9%
l'utilisation d'un score	2132	51,4%
les deux	694	16,7%
Total	4147	100,0%

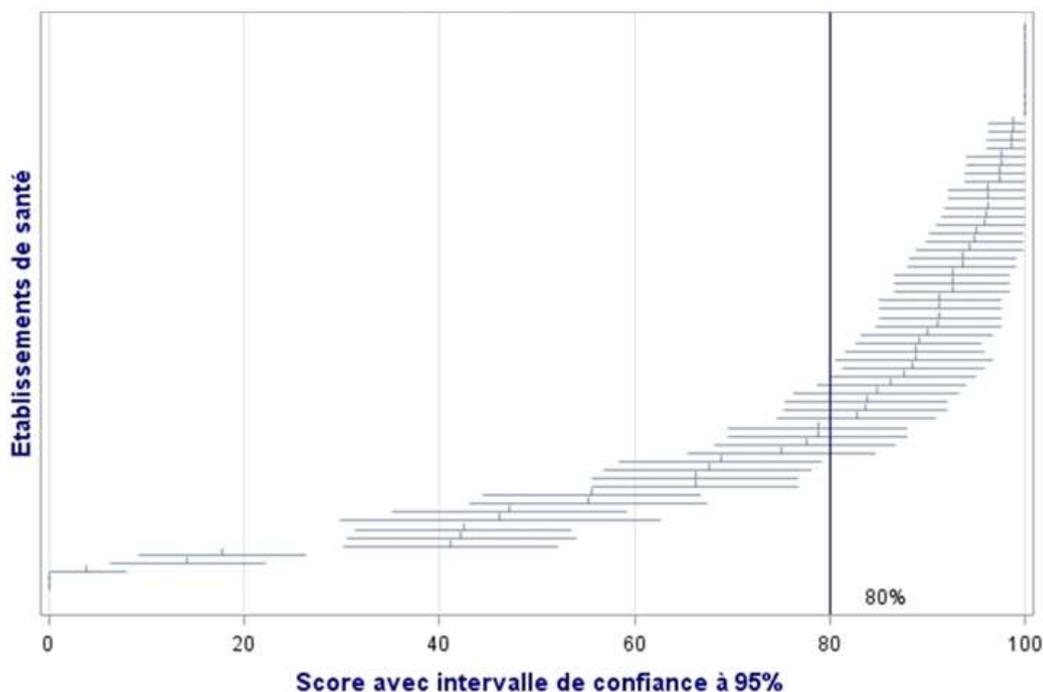
Résultats agrégés et analyse de la variabilité inter-établissements

La moyenne brute inter-établissements pour l'indicateur 3 «Évaluation du patient pour la sortie de la structure» est de 80%.

Tableau. Indicateur 3 « Évaluation du patient pour la sortie de la structure ».

N	Minimum	Moyenne	Écart-type	Maximum	10e centile	Médiane	90e centile
67	0.0	80.3	26.4	100.0	42.2	91.2	100.0

Graphique. Indicateur 3 « Évaluation du patient pour la sortie de la structure ». Distribution des résultats des établissements par rapport à la moyenne



Chaque barre horizontale représente la moyenne d'un établissement et son intervalle de confiance 95%. La barre verticale est la moyenne inter-établissements, ici à 80%. Le graphe traduit l'importante variabilité inter-établissements du résultat de cet indicateur.

Indicateur 4 : Documents pour la continuité des soins

Proportion de dossiers patients dans lesquels sont retrouvés :

- le bulletin de sortie complet

Et

- le compte rendu opératoire avec les éléments relatifs à l'identification du patient, du chirurgien et de l'anesthésiste

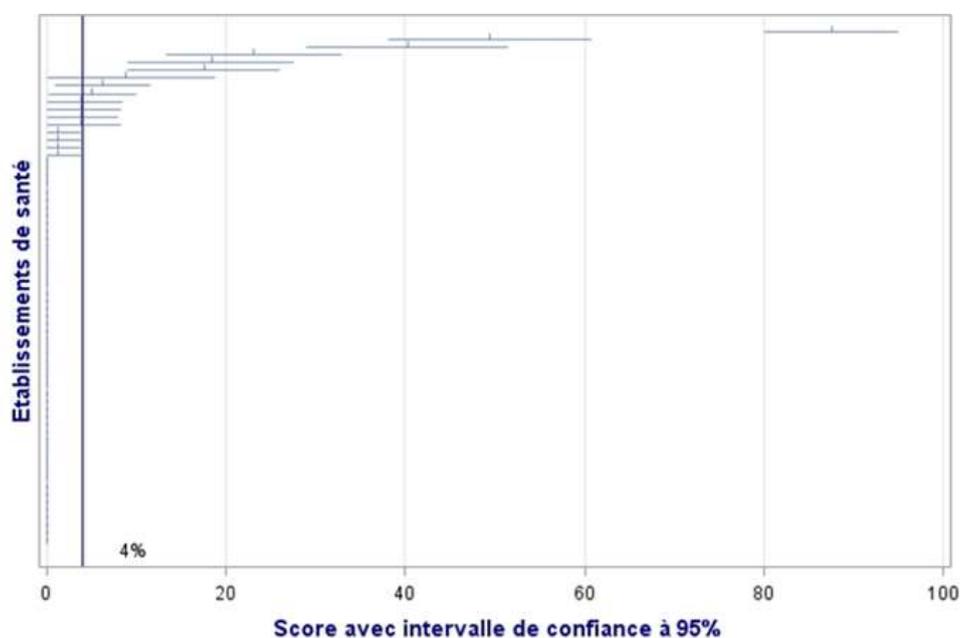
Résultats agrégés et analyse de la variabilité inter-établissements

La moyenne brute inter-établissements pour l'indicateur 4 « Documents pour la continuité des soins » est de 4% (médiane à 0).

Tableau. Indicateur 4 « Documents pour la continuité des soins ».

N	Minimum	Moyenne	Écart-type	Maximum	10e centile	Médiane	90e centile
67	0.0	4.1	13.5	87.6	0.0	0.0	8.8

Graphique. Indicateur 4 « Documents pour la continuité des soins ». Distribution des résultats des établissements par rapport à la moyenne



Chaque barre horizontale représente la moyenne d'un établissement et son intervalle de confiance 95%. La barre verticale est la moyenne inter-établissements, ici à 4%. Le graphe traduit la variabilité inter-établissements du résultat de cet indicateur par rapport à la moyenne.

Analyse des résultats de l'indicateur 4 par critère

Indicateur 4, Critère 1 : bulletin de sortie complet

Le bulletin de sortie complet (8 questions) : conformité pour 24% des dossiers analysés

Bulletin de sortie ou document de sortie ou lettre de liaison remis au patient ?

Bulletin de sortie retrouvé dans le dossier ?

Quels éléments retrouve-t-on sur le bulletin (liste fermée) ?

- Daté du jour de la sortie
- Nom du médecin ayant établi le bulletin
- Heure de la sortie du patient de la structure
- Nom d'au moins un personnel médical ayant participé à l'intervention
- Numéro de téléphone à appeler en cas d'urgence
- Recommandations ou CAT en matière de surveillance post-opératoire ou anesthésique.

CHA_P_34_0 - Il est tracé dans le dossier que le bulletin de sortie (ou document de sortie ou lettre de liaison) a été remis au patient

	Nb	% obs.
Oui	2725	52,9%
Non	2422	47,1%
Total	5147	100,0%

CHA_P_34 - Le bulletin de sortie est retrouvé dans le dossier patient

	Nb	% obs.
Oui	3949	76,7%
Non	1198	23,3%
Total	5147	100,0%

Quels éléments retrouve-t-on dans le bulletin de sortie ?

	Oui		Non	
	N	% cit.	N	% cit.
Date	3528	89,3%	421	10,7%
Le nom du médecin ayant établi le bulletin de sortie	3683	93,3%	266	6,7%
L'heure de la sortie du patient de la structure	2347	59,4%	1602	40,6%
Le nom d'au moins un personnel médical ayant participé à l'intervention	3673	93,0%	276	7,0%
Le numéro de téléphone à appeler en cas d'urgence	3576	90,6%	373	9,4%
Les recommandations ou conduites à tenir en matière de surveillance postop. ou anesthésique	3344	84,7%	605	15,3%

La traçabilité de la remise au patient du bulletin de sortie est retrouvée dans 53% des dossiers. Le bulletin de sortie est retrouvé dans 77% des dossiers. Globalement les résultats des éléments composant le bulletin de sortie sont satisfaisants, sauf pour l'heure de la sortie qui est tracée dans 59% des dossiers, alors qu'elle est réglementaire.

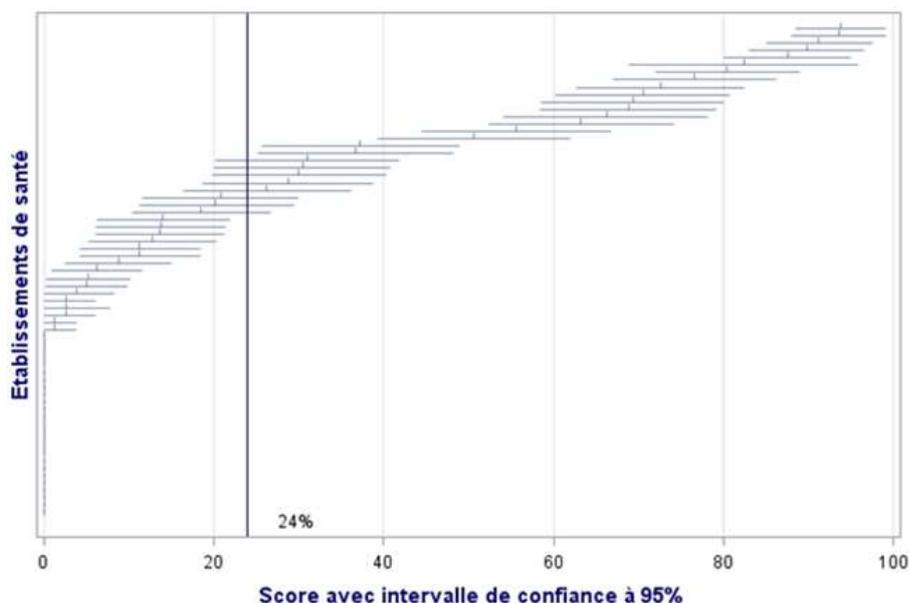
Résultats du critère 1 de l'indicateur 4 et analyse de la variabilité inter-établissements

Tableau. Indicateur 4. Critère 1 « Bulletin de sortie ».

N	Minimum	Moyenne	Écart-type	Maximum	10e centile	Médiane	90e centile
67	0.0	24.0	31.5	93.8	0.0	6.2	80.4

La moyenne du critère 1 « Bulletin de sortie » est de 24 % (médiane à 6,2%).

Graphique. Critère 1 de l'indicateur 4 « Bulletin de sortie ». Distribution des résultats des établissements par rapport à la moyenne



Chaque barre horizontale représente la moyenne d'un établissement et son intervalle de confiance 95%. La barre verticale est la moyenne inter-établissements, ici à 24%. Le graphe traduit l'importante variabilité inter-établissements du résultat de ce critère par rapport à la moyenne.

Indicateur 4, Critère 2 : Compte rendu opératoire CRO

Compte rendu opératoire CRO (9 questions) :

- CRO remis au patient ?
- CRO retrouvé dans le dossier ?
- Quels éléments relatifs à l'identification du patient, de l'opérateur et de l'anesthésiste retrouve-t-on dans le CRO (liste fermée) ?
 - Daté du jour de la sortie
 - Nom du patient
 - Prénom du patient
 - Date de naissance du patient
 - Sexe du patient
 - Nom du chirurgien ou autre opérateur
 - Nom de l'anesthésiste

Le CRO est conforme sur l'ensemble des questions dans 12% des dossiers analysés.

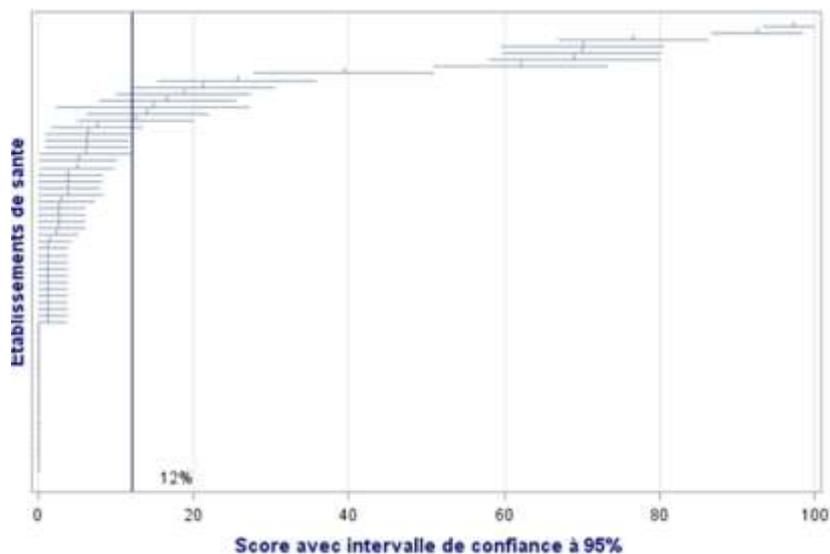
Résultats du critère 2 de l'indicateur 4 et analyse de la variabilité inter-établissements

Tableau. Indicateur 4.Critère 2 « CRO »

N	Minimum	Moyenne	Écart-type	Maximum	10e centile	Médiane	90e centile
67	0.0	11.8	23.8	97.2	0.0	1.2	62.2

La moyenne du critère 2 « CRO » est à 11,8% (médiane à 1,2).

Graphique. Critère 2 de l'indicateur 4 « CRO». Distribution des résultats des établissements par rapport à la moyenne



Chaque barre horizontale représente la moyenne d'un établissement et son intervalle de confiance 95%. La barre verticale est la moyenne inter-établissements, ici à 12%. Le graphe traduit l'importante variabilité inter-établissements du résultat de ce critère par rapport à la moyenne.

Analyse des résultats du critère 2 détaillés par question

La traçabilité de la remise du CRO au patient est retrouvée dans 20 % des dossiers. Le CRO est retrouvé dans 94,4% des dossiers, et il est daté du jour de la sortie dans 85% des dossiers retrouvés.

CHA_P_37_0 - Il est tracé dans le dossier que le compte-rendu opératoire a été remis au patient

	Nb	% obs.
Oui	1039	20,2%
Non	4108	79,8%
Total	5147	100,0%

CHA_P_37 - Le compte rendu opératoire est retrouvé dans le dossier patient

	Nb	% obs.
Oui	4858	94,4%
Non	289	5,6%
Total	5147	100,0%

CHA_P_38 - Si oui, le CRO est daté du jour de la sortie du patient de l'hôpital

	Nb	% obs.
Oui	4134	85,1%
Non	724	14,9%
Total	4858	100,0%

Parmi les éléments retrouvés dans le CRO, la date de naissance est tracée dans 86% et le sexe dans 59% des CRO retrouvés dans les dossiers.

Quels éléments retrouve-t-on dans le CRO?

	Oui		Non	
	N	% cit.	N	% cit.
Le nom du patient	4856	100,0%	2	0,04%
Le prénom du patient	4850	99,8%	8	0,2%
La date de naissance du patient	4162	85,7%	696	14,3%
Le sexe du patient	2878	59,2%	1980	40,8%
Le nom du chirurgien ou d'un autre opérateur	4829	99,4%	29	0,6%

Le nom de l'anesthésiste

	Nb	% cit.
Oui	3919	80,7%
Non	645	13,3%
Non applicable	294	6,1%
Total	4858	100,0%

Indicateur 5 : Suivi du patient après la sortie de la structure

Proportion de dossiers patients dans lesquels sont retrouvées :

- Une information sur les soins à réaliser en post-hospitalisation
- Et
- La date d'une consultation programmée avec un chirurgien en post interventionnel
- Et
- La trace d'un contact entre le patient et les professionnels de santé de la structure entre J+1 et J+3

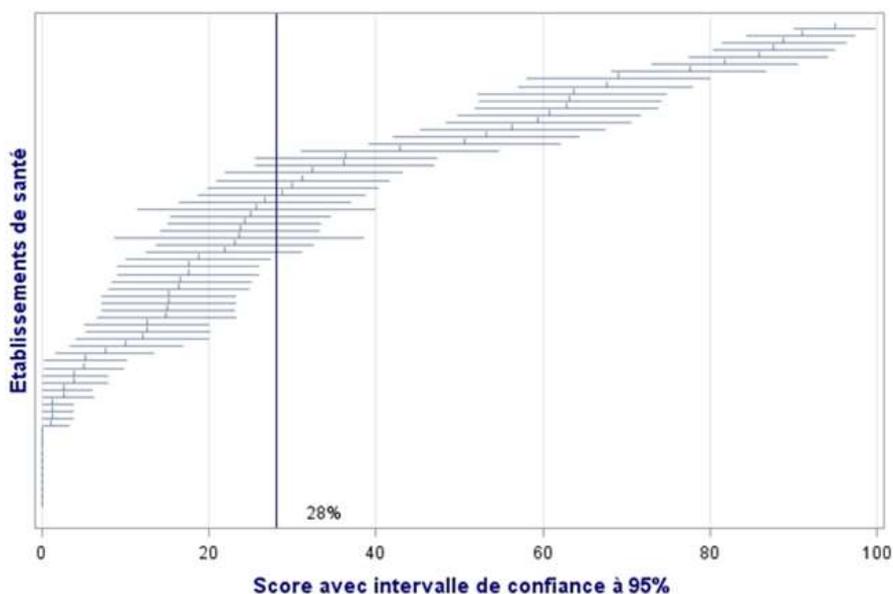
Résultats agrégés et analyse de la variabilité inter-établissements

La moyenne brute inter-établissements pour l'indicateur 5 « Suivi du patient après la sortie de la structure » est de 28% (médiane à 17,6%).

Tableau. Indicateur 5 « Suivi du patient après la sortie de la structure »

N	Minimum	Moyenne	Écart-type	Maximum	10e centile	Médiane	90e centile
67	0.0	28.0	28.5	95.0	0.0	17.6	77.6

Graphique. Indicateur 5 « Suivi du patient après la sortie de la structure ». Distribution des résultats des établissements par rapport à la moyenne



Chaque barre horizontale représente la moyenne d'un établissement et son intervalle de confiance 95%. La barre verticale est la moyenne inter-établissements, ici à 28%. Le graphe traduit l'importante variabilité inter-établissements du résultat de cet indicateur par rapport à la moyenne.

Analyse des résultats de l'indicateur 5 par critère

Indicateur 5, Critère 1 : Information sur les soins post-opératoires

L'information sur les soins post-opératoires est conforme dans 68% des dossiers.

- 59% de dossiers avec information tracée sur les soins post-opératoires
- 9% jugés non applicables, si aucun soin n'était à réaliser en post-opératoire.

	Nb	% obs.
Oui	3033	58,9%
Non	1661	32,3%
Non applicable	453	8,8%
Total	5147	100,0%

La gestion de ce qui se passe après l'hospitalisation est un enjeu crucial pour le déploiement sécurisé de la chirurgie ambulatoire. Elle doit être idéalement anticipée avant l'hospitalisation et relève d'une organisation en réseau avec les acteurs de la ville.

Les recommandations ou les conduites à tenir en matière de surveillance postopératoire ou anesthésique sont délivrées au patient et sont à tracer dans la lettre de liaison.

Indicateur 5, Critère 2 : Programmation de consultation post-opératoire avec l'opérateur

La programmation de consultation avec l'opérateur (retrouvée dans le bulletin de sortie, le document de sortie et/ou la lettre de liaison) est conforme dans 65% des dossiers :

- 59% des dossiers avec programmation tracée
- jugée non applicable dans 6,5% des dossiers, car le patient n'aurait pas besoin d'être revu en consultation.

CHA_P_41 - Une programmation de consultation post-opératoire avec le chirurgien ou un autre opérateur est retrouvée dans le dossier

	Nb	% obs.
Oui	3014	58,6%
Non	1801	35,0%
Non applicable	332	6,5%
Total	5147	100,0%

Les principales racines de GHM correspondant aux dossiers jugés par les établissements comme non applicables pour ce critère sont les suivantes :

GHM	Libellé	Nombre de dossiers avec consultation post-op jugée NA	% de dossiers NA
05K14	Mise en place de certains accès vasculaires de la CMD 05, séjours de moins de 2 jours	123	37%
03K02	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires	63	19%
12C08	Circoncision	27	8%
03C28	Interventions sur les végétations adénoïdes, en ambulatoire	12	4%
09C10	Autres interventions sur la peau, les tissus sous-cutanés ou les seins	11	3%
08C14	Réssections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur	10	3%
13C16	Prélèvements d'ovocytes, en ambulatoire	9	3%
02C05	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie,	6	2%
09C12	Interventions pour kystes, granulomes et interventions sur les ongles	6	2%
05C17	Ligatures de veines et éveinages	5	2%
09C03	Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites	5	2%
09C09	Interventions plastiques en dehors de la chirurgie esthétique	5	2%

Le caractère non applicable de la nécessité d'une consultation post-opératoire, ne semble pas justifié pour certaines racines de GHM. Il n'est pas possible d'établir une liste *a priori* de GHM ou actes pour lesquels ce critère serait non applicable.

Indicateur 5, Critère 3 : Contact entre J+1 et J+3

Le contact entre J+1 et J+3 (retrouvé dans le dossier ou un autre outil) est conforme dans 48% des dossiers analysés.

CHA_P_42 - Un contact entre la structure et le patient, entre J+1 et J+3, est retrouvé

	Nb	% obs.
Oui	2449	47,6%
Non	2698	52,4%
Total	5147	100,0%

Analyse de la faisabilité du recueil des indicateurs de processus

Le questionnaire de faisabilité évalue 4 dimensions, ainsi que l'appréciation générale des indicateurs de processus expérimentés :

- Disponibilité des professionnels et charge de travail,
- Accessibilité aux données,
- Implication des professionnels de santé,
- Compréhension des outils,
- Appréciation générale; avec un espace de commentaires libres.

Au total, 65 établissements ont répondu au questionnaire de faisabilité (taux de réponse : 94%).

Aucun problème de disponibilité n'a été rapporté.

Le temps passé (en heure) pour la saisie des données des 80 dossiers se répartit comme suit :

	N	minimum	médiane	maximum
Tirage au sort	65	0:06	1:00	10:00
Accès aux dossiers patients	61	0:21	04:00	80:00
Analyse des dossiers	65	1:00	23:00	143:54
Autres étapes	55	0:20	6:00	29:00

Le temps médian consacré au recueil de 80 dossiers pour un établissement est de 4,5 jours.

L'accessibilité aux données a été jugée facile dans 52 établissements (80% des ES).

Dans 13 établissements, cette accessibilité a été freinée pour une ou plusieurs des raisons suivantes :

	Nombre d'ES	% d'ES
- l'identification de la population cible	4	31
- la mise à disposition des dossiers	7	54
- une communication défailante	0	0
- autre	5	38

Implication des professionnels de santé dans 45% des établissements :

	Nombre d'ES	Pourcentage (%)
Pour faciliter l'accès aux données, implication du médecin DIM :		
oui	57	88
non	08	12
Total	65	100
	Nombre d'ES	Pourcentage (%)
Niveau d'implication du (des) médecins de la spécialité :		
Participation à l'ensemble du recueil	9	14
Participation partielle	16	25
Validation du recueil	4	06
Pas de participation	36	55
Total	65	100

Par conséquent, dans 55% des établissements, il n'y a pas eu d'implication des professionnels de santé au recueil des indicateurs de processus.

L'accès aux données a été facilité par l'implication du médecin DIM dans 88% des établissements.

L'évaluation de la compréhension des outils est jugée pour :

- le cahier des charges : facile ou très facile dans 53 établissements (81% des ES),
- la grille de recueil : facile ou très facile dans 52 établissements (80% des ES),
- les consignes de remplissage : facile ou très facile dans 46 établissements (71% des ES) : elles sont à améliorer pour les indicateurs qui seront mesurés lors de la 1^{ère} campagne nationale,
- les consignes du tirage au sort : facile ou très facile dans 56 établissements (86% des ES).

Retours qualitatifs des établissements

Principaux retours qualitatifs des établissements sur la faisabilité l'expérimentation des indicateurs de processus :

- Le fait que le score calculé soit à 0 dès qu'un critère/question n'est pas conforme a été considéré comme réducteur, très sanctionnant, n'aidant pas à la démarche positive et donc à l'implication des professionnels. Il a été suggéré de pondérer l'évaluation par un score moyen et le ciblage des axes d'amélioration, qui serait plus encourageant pour les professionnels.
- Pour le privé, les évaluations de l'éligibilité ne seraient pas systématiquement transmises à l'établissement. Seuls 8 établissements sur les 67 ont eu recours à des dossiers se trouvant en dehors de l'établissement.
- La particularité des actes réalisés sous anesthésie locale a été soulignée. Elle a nécessité une adaptation de la grille de recueil.
- Certains établissements demandent de clarifier la terminologie : bulletin de sortie/fiche de mise à la rue/document de sortie/ lettre de liaison.
- La prescription anticipée serait difficilement évaluable pour un seul établissement.
- Certains établissements rapportent une difficulté à évaluer le risque de maladie thrombo-embolique ou de nausées et vomissements pour des interventions à faible risque. Ils sont en demande d'information sur les facteurs de risque liés au patient, en plus des facteurs de risque liés à l'acte.
- Le contact à J-1 serait tracé hors du dossier patient sur une période limitée (ex 3 mois après la chirurgie). L'évaluation ayant lieu sur l'année n-1, l'information sur le contact ne serait plus disponible dans ces établissements.
- Cette analyse permet de structurer les dossiers d'ambulatoire et d'améliorer les pratiques. Elle est jugée très intéressante mais source d'une charge de travail importante.
- L'évaluation permet de mesurer les écarts entre ce qui est attendu, ce que les professionnels pensent faire et ce qui est fait. Elle permet d'envisager des pistes d'amélioration.
- La période d'analyse portait sur l'année 2014. Les établissements auraient souhaité avoir une évaluation sur l'année 2015, car leurs pratiques ont évolué.

En conclusion :

Les résultats de la faisabilité du recueil des indicateurs de processus sont satisfaisants.

Les problèmes rencontrés portent principalement sur l'implication des professionnels de santé et la compréhension des consignes de certains indicateurs.

En termes de faisabilité du recueil, les indicateurs de processus expérimentés sont potentiellement candidats à une campagne nationale après précision des consignes, et avec incitation à la participation des professionnels de santé.

Analyse de la reproductibilité des indicateurs de processus

L'analyse de reproductibilité des indicateurs a pour but de déterminer la stabilité de la mesure, c'est-à-dire sa capacité à produire des résultats similaires lorsqu'elle est répétée sur un même dossier par une autre personne.

Elle a été évaluée dans 13 établissements volontaires, sur 20 dossiers, par une deuxième personne en aveugle.

La concordance moyenne sur l'ensemble des questions est très bonne, égale à 91%. Les résultats de reproductibilité sont satisfaisants.

La discordance maximale a été observée dans 23% des dossiers, sur les éléments qui s'ils sont maintenus dans la 1^{ère} campagne nationale seront à clarifier dans les consignes.

Cette discordance portait principalement sur les éléments suivants :

- indicateur 1 : évaluation tracée de l'éligibilité, de l'évaluation du risque de maladie thromboembolique veineuse,
- indicateur 2 : échelle utilisée pour l'évaluation de la douleur post-opératoire et valeur en fonction de l'échelle,
- indicateur 4 : traçabilité de la remise au patient du bulletin de sortie ou document de sortie ou lettre de liaison,
- indicateur 5 : programmation de la consultation post-opératoire et information sur les soins à réaliser en post hospitalisation.

Indicateurs de processus retenus pour la 1^{ère} campagne nationale

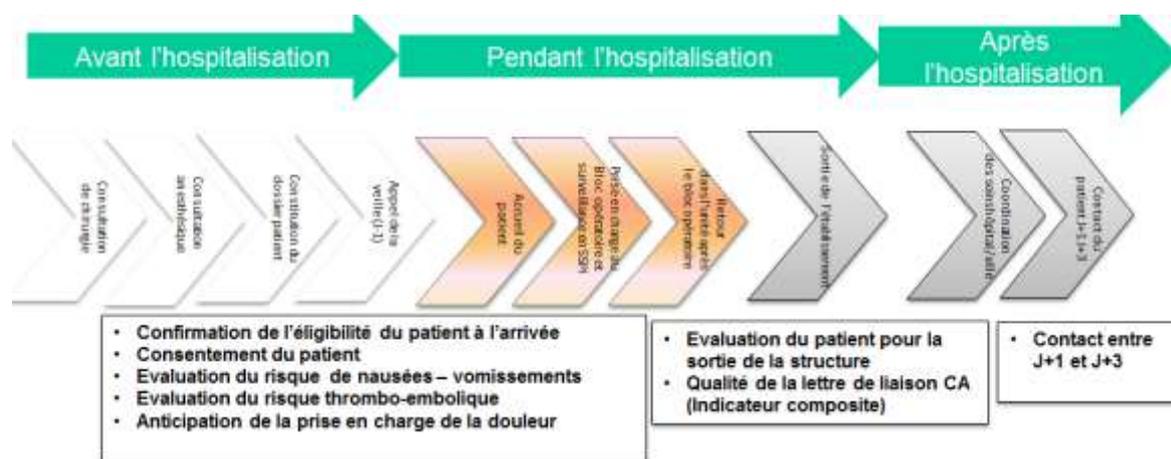
Le résultat de l'expérimentation a été discuté en réunion avec le groupe de travail le 1^{er} décembre 2016.

L'objectif était, à partir de l'analyse de chaque indicateur, critère, question, 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.

La sélection et priorisation des indicateurs et critères à retenir a pris en compte :

- la spécificité de la chirurgie ambulatoire,
- des résultats insuffisants présentant une marge d'amélioration importante,
- des résultats satisfaisants sur des points clés demandant à être confirmés à l'échelle nationale,
- la disponibilité de l'information : dans le questionnaire structure, l'audit de processus de la certification, le patient traceur et/ou potentiellement dans le futur questionnaire e-Satis adapté à la chirurgie ambulatoire.

Huit indicateurs de processus ont été sélectionnés pour la 1^{ère} campagne nationale, dont un sous forme agrégée.



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 avant l'admission par un et/ou plusieurs des éléments suivants : compte rendu de la consultation pré-opératoire avec le chirurgien ou avec un autre opérateur, lettre de liaison à l'entrée⁴, compte rendu de la consultation préopératoire avec l'anesthésiste, fiche de liaison du chirurgien, fiche d'anesthésie, check list à J-1, ou une mention dans le dossier type « OK chir ambu ».

Rationnel : 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).

Le but de mettre en œuvre un indicateur et une information complémentaire portant sur 2 différents moments de l'évaluation de l'éligibilité est de faire un état des lieux à l'échelle nationale de ces 2 pratiques complémentaires. Seule l'évaluation de l'éligibilité à l'admission est imputable à l'établissement.

⁴ Tout patient pris en charge en établissement de santé doit bénéficier d'une lettre de liaison ville-hôpital lors de son entrée et à la sortie (Cf. Articles L. 1112-1 et R. 1112-1-2 et suivants du code de la santé publique). Article R1112-1-1- créé par Décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 - art. 1. « 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. **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.

Lorsqu'il est fait application de l'article L. 3213-1, le certificat médical circonstancié tient lieu de lettre de liaison pour l'admission dans l'établissement d'accueil ».

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: recherche biomédicale (essais thérapeutiques), prélèvement d'organe sur donneur vivant, interruption volontaire de grossesse, transfusion sanguine, actes médicaux et chirurgicaux à visée esthétique, assistance médicale à la procréation, diagnostic prénatal, 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 ». Cette étape du parcours, pourrait faire l'objet d'une évaluation par le patient (e-Satis).

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

Les questions sur les modalités d'évaluation de ce risque (jugement clinique, score...) n'ont pas été retenues.

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)

Les questions sur les modalités d'évaluation de ce risque (jugement clinique, score...) n'ont pas été retenues.

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 : 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.

Cet indicateur pourrait faire l'objet d'une évaluation par le patient (e-Satis).

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 - CA

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 critères suivants 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.

Qualité de la lettre de liaison à la sortie après une chirurgie ambulatoire

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 en information complémentaire. Elle n'entre pas dans le calcul du score.
4. Identification du patient.
5. Identification du médecin traitant, le cas échéant du praticien adresseur.
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 dans la lettre de liaison, 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 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....

Cet indicateur pourrait faire l'objet d'une évaluation par le patient (e-Satis).

Analyse du questionnaire structure

Les principaux résultats du questionnaire structure sont rapportés ci-dessous. Pour rappel, ces items seront recueillis par les établissements une seule fois à chaque campagne nationale mesurant les indicateurs de processus. Ils ne font pas l'objet d'une évaluation, mais permettent de contextualiser l'évolution dans le temps de l'organisation mise en place dans les établissements participants, et de définir des pistes d'amélioration (exemple : la mise en place de chemins cliniques).

Questionnaire structure – Etablissement de santé 2016	
UCA Intégrée	61%
Unités dédiées (accueil/séjour) mais blocs communs	16%
UCA autonome	17%
UCA indépendante	4%
UCA satellite	1,3%
L'UCA est multidisciplinaire	98,5 %
L'UCA est <u>monodisciplinaire</u>	1,5%
Un bloc dédié à l'ambulatoire	13%
Un personnel dédié à la chirurgie ambulatoire	84%
Une charte de fonctionnement de l'UCA	93%
Un médecin coordonnateur référent de l'UCA	97%
Une procédure écrite pour la programmation des patients au bloc opératoire	66%
Un passeport ambulatoire ou livret d'accueil	85%
Une consultation dédiée pour dispenser au patient une information sur la prise en charge en ambulatoire	23%
Un dispositif d'évaluation de la satisfaction des patients pris en charge en ambulatoire	93%
Un chemin clinique pour la prise en charge programmée pour l'adulte en CA	56%
Un chemin clinique pour la prise en charge programmée pour l'enfant en CA	31%
Une procédure écrite pour l'appel de la veille	69%
Une check-list pour l'admission du patient en CA	69%
Une check-list pour la sortie du patient de la structure	62%
Une procédure écrite pour l'appel du lendemain	71%
Procédure écrite pour l'analyse des événements indésirables	87%
Suivi d'indicateurs	76%

Les établissements possédaient un système d'information clinique dans 96% des cas. Les données informatisées étaient structurées (mobilisables) dans 86% des établissements et ce système d'information permettait le Multi-Rum dans 70,5 % des établissements. Il est probable que ces réponses soient applicables à l'ensemble de l'établissement et non spécifiquement à la chirurgie ambulatoire. Les consignes seront précisées lors de la 1ère campagne nationale, pour pouvoir distinguer les établissements qui peuvent faire du Multi-RUM après un 1er séjour en hospitalisation partielle, et ceux qui ne peuvent pas le faire.

Indicateurs de résultats expérimentés

44 établissements ont participé à l'expérimentation des indicateurs de résultats.

Séjours de conversions en hospitalisation complète

528 dossiers de conversions en hospitalisation complète ou transferts en établissements MCO saisis par les établissements de santé ont été analysés. La grille utilisée pour l'analyse des dossiers avec conversion figure en annexe 2.

Algorithme de détection

Critères d'inclusion au dénominateur :

Nombre de séjours de patients admis pour une chirurgie ambulatoire hors provenance des urgences et hors provenance d'un ES (séjours avec entrée par mutation, transfert ou prestation inter-établissements)

- 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)
- Séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite : Z53.2.

Critères d'inclusion au numérateur

Nombre de séjours du dénominateur avec :

- conversion en hospitalisation complète : DS > 0 jours
- Ou
- transfert en ES MCO : DS à 0 j avec sortie par transfert vers ES MCO (mode de sortie = 7 et destination = 1)

Tous les dossiers ont été retrouvés. 46,3 % des patients étaient des hommes.

L'âge moyen était de 50.6 ans, min 0 - max 90, âge médian de 52 ans.

Le dossier correspond à un patient qui a été admis pour une chirurgie programmée en ambulatoire dans 92 % (n = 485) des 528 dossiers analysés.

34 dossiers ont été exclus secondairement, car ne correspondant pas à la population cible de l'indicateur. Il s'agissait principalement : d'une chirurgie programmée en hospitalisation complète (n=15), d'une chirurgie réalisée en urgence (n= 13), d'un séjour sans acte de chirurgie (n=2), ou autre (n=4).

9 dossiers correspondant aux critères d'exclusions ont été inclus à tort par les établissements : 6 interventions en urgence et 3 reprogrammations de l'intervention le lendemain ou à une date ultérieure. Ils ont été exclus de l'analyse des conversions.

L'exclusion a priori des urgences pourra être optimisée en ajoutant le critère d'exclusion suivant : 1er UM = unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) 07A UHCD générales ou 07B UHCD pédiatriques. Les séjours réalisés en urgence qui n'auront pas été exclus a priori via le PMSI le seront via la grille de saisie.

Un séjour identifié comme conversion correspondait à un patient réhospitalisé le même jour. Il s'agissait d'une erreur de codage qui a été exclue.

Sur les 528 séjours identifiés dans le PMSI comme une conversion/transfert, 475 en étaient réellement : ce qui correspond à une VPP de 89,96 jugée très satisfaisante. Les 44 exclusions secondaires sur dossier sont liées dans 43 séjours au dénominateur et dans 1 séjour au numérateur.

99% des séjours sont des conversions en hospitalisation complète par mutation dans le même établissement, et 1% par transfert vers un établissement MCO.

Les motifs des conversions et transferts sont tracés dans 77% des dossiers (n = 367). Parmi ces motifs, 87% étaient dus à des complications médicales.

Tableau. Catégories des motifs de conversion en hospitalisation complète.

Motif tracés dans les dossiers	N séjours de conversions / transferts analysés	%
• d'ordre médical	312	86,64%
– ordre médical, opératoire	45	12,53%
– ordre médical, autre	267	74,11%
• d'ordre social ou lié au patient	35	9,54%
• d'ordre organisationnel	20	6,54%

Tableau. Analyse des motifs tracés de conversion en hospitalisation complète

Motifs tracés des conversions	N	%
• malaises, hypotension, hypertension, perte de sensibilité ou somnolence	49	19,07
• douleurs	49	19,07
• hémorragies, hématomes	41	15,95
• nausée, vomissement, céphalée	28	10,89
• rétention urinaire, dysurie, reprise tardive de la diurèse ou pose d'une sonde à demeure	24	9,34
• surveillance	17	6,61
• troubles respiratoires	15	5,84
• hyperthermie, infection	7	2,72
• pose d'un redon	6	2,33
• évènements thrombo-emboliques (thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire)	3	1,17
• perforation d'organe	4	1,56
• complications cardiovasculaires	4	1,56
• bloc anesthésique non levé	4	1,56

Les causes les plus fréquentes de conversion en hospitalisation complète sont génériques : malaise, hypo/hypertension, somnolence, perte de la sensibilité, douleur, hémorragies/hématomes et nausées-vomissements et rétention urinaire, dysurie, reprise tardive de la diurèse, pose d'une sonde à demeure.

Les surveillances représentaient 6,6% des motifs de conversions. Les consignes préciseront que la surveillance due à des complications médicales est à classer dans la catégorie correspondante, et à distinguer d'une surveillance simple par exemple après une sortie tardive du bloc, qui sera à classer dans les motifs organisationnels.

Parmi les motifs de conversion « autres » rapportés par les établissements, on retrouve 3 cures de chimiothérapie, dont une qui avait été prévue le lendemain de l'acte, et 1 surveillance suivie d'hémodialyse le lendemain. Selon le groupe de travail les séjours avec mise en place de chambre implantable seraient convertis à cause de sorties tardives. Cependant lorsqu'ils sont suivis de séance de chimiothérapie, ils sont identifiés à tort comme des conversions via le PMSI. Le critère d'exclusion GHM 28 - séances ne serait pas suffisant pour les exclure via le PMSI.

Une exclusion supplémentaire au dénominateur de l'algorithme de détection des conversions est proposée pour réduire le nombre de séjours pour séances de chimiothérapie identifiés à tort comme des conversions. Il s'agit des séjours avec acte de pose de chambre implantable (05K14 : Mise en place de certains accès vasculaires pour des affections de la CMD 05, séjours de moins de 2 jours) associés à un des GHM suivants :

- Séances de la CMD 28
- 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)

Les GHM correspondants aux dossiers de conversions analysés sont rapportés par ordre de fréquence décroissante dans le tableau suivant. Cette liste serait cohérente avec la pratique, selon le groupe de travail.

Tableau. Analyse des GHM correspondants aux dossiers de conversions en hospitalisation complète

GHM	Libellé	Nombre de séjours	%
07C14	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës	38	7,1%
06C12	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans	29	5,5%
05C17	Ligatures de veines et éveinages	24	4,5%
08C37	Interventions sur le pied, âge supérieur à 17 ans	17	3,2%
03K02	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires	14	2,6%
09C05	Mastectomies subtotales pour tumeur maligne	14	2,6%
05K14	Mise en place de certains accès vasculaires de la CMD 05, séjours de moins de 2 jours	13	2,4%
03C09	Rhinoplasties	11	2,1%
09C03	Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites	11	2,1%
06C25	Interventions réparatrices pour hernies à l'exception des hernies inguinales, crurales, âge	10	1,9%
09C08	Interventions sur la région anale et périanale	10	1,9%
13C17	Cervicocystopexie	10	1,9%
06K02	Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours	9	1,7%
08C45	Ménisectomie sous arthroscopie	9	1,7%
02C05	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie,	8	1,5%
03C07	Interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, âge supérieur à 17 ans	8	1,5%
08C42	Interventions non mineures sur les tissus mous	8	1,5%
08C58	Arthroscopies de l'épaule	8	1,5%
09C10	Autres interventions sur la peau, les tissus souscutanés ou les seins	8	1,5%
11C13	Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques	8	1,5%
03C20	Interventions de reconstruction de l'oreille moyenne	7	1,3%
06C14	Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales	7	1,3%
06C19	Hémorroïdectomies	7	1,3%
08C46	Autres interventions sur les tissus mous	7	1,3%
14Z08	Interruption volontaire de grossesse : séjours de moins de 3 jours	7	1,3%
02C02	Interventions sur la rétine	6	1,1%
07C13	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale pour affections aiguës	6	1,1%
09C06	Interventions sur le sein pour des affections non malignes autres que les actes de biopsie et d'excision locale	6	1,1%
13C07	Interventions sur le système utéroannexiel pour des affections non malignes, autres que les interruptions tubaires	6	1,1%
13C08	Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin	6	1,1%
13C09	Laparoscopies ou coelioscopies diagnostiques	6	1,1%

Malgré une VPP de 90%, le fait que les conversions ne soient pas codées dans tous les établissements en MultiRUM entraîne une sous-estimation du nombre de séjours convertis, et par conséquent rend le taux de conversions national et par établissement non fiable, et non utilisable pour la comparaison inter-établissements.

Séjours de réhospitalisations toutes causes entre 1 et 3 jours

385 dossiers de réhospitalisations entre 1 et 3 jours ont été analysés. Il s'agit de réhospitalisations toutes causes non ajustées entre 1 et 3 jours après un séjour de chirurgie en ambulatoire (même population cible), avec durée de séjour à 0 jour et une sortie vers le domicile. Ces réhospitalisations sont identifiées par chaînage du PMSI au niveau national. Seules les réhospitalisations dans le même établissement peuvent être analysées par retour au dossier.

La grille utilisée pour l'analyse des dossiers avec réhospitalisation figure en annexe 3.

Algorithme de détection

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 établissement (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 3^{ème} 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 \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)
- Séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite : Z53.2.

Critères d'inclusion au numérateur :

Nombre de séjours du dénominateur avec 1^{ère} réhospitalisation dans le même établissement ou un autre établissement MCO dans les 3 jours après la sortie à J0, hors GHM de la CM 28 (séances) = réhospitalisation entre 1 et 3 jours.

Tous les dossiers ont été retrouvés. 50% étaient des hommes.

L'âge moyen était de 53.6 ans, min 0 - max 92 ans, l'âge médian de 56 ans.

94 % (361/385) des séjours identifiés dans le PMSI étaient effectivement des séjours de patients de la population cible avec une réhospitalisation survenue entre 1 et 3 jours après une chirurgie ambulatoire réalisée dans le même établissement.

Les 24 séjours exclus secondairement étaient :

- des séjours sans acte de chirurgie (n=5),
- une chirurgie reprogrammée le lendemain (n=2),
- une chirurgie ambulatoire sans réadmission dans les 3 jours (n=2)
- une absence d'information sur le séjour index dans le dossier (n=1)
- une provenance autre que du lieu de résidence (n=2)
- une absence d'information sur la provenance du patient (n=5)
- une sortie autre que vers le domicile (n=3)
- la programmation d'une consultation post-interventionnelle (n=1)
- une réhospitalisation autre que dans les 3 jours (n=2)
- un doublon (n=1)

Sur 385 des séjours identifiés dans le PMSI comme des réhospitalisations entre 1 et 3 jours, 361 en étaient réellement : ce qui correspond à une VPP de 93,8 %, jugée très satisfaisante. Les 24 exclusions secondaires sur dossiers sont liées dans 20 séjours au dénominateur et dans 4 séjours au numérateur.

Les 4 faux positifs identifiés à tort comme des réhospitalisations toutes causes entre 1 et 3 jours étaient, soit une erreur de sélection de la date de réhospitalisation par les établissements (n=2), soit une erreur de codage (n=1 consultation programmée post-interventionnelle et n=1 doublon). La mise à disposition d'un logiciel de sélection des séjours avec évènements par l'ATIH permettra de réduire les erreurs de dates.

L'analyse des motifs de réhospitalisations identifie 32 séjours de réhospitalisation pour chimiothérapie qui auraient dû être exclus a priori via la PMSI par le critère « GHM 28 – séances ». Ce critère ne serait pas suffisant pour exclure a priori toutes les poses de chambres implantables en ambulatoire suivies d'une réhospitalisation pour séances dans les 3 jours.

Proposition d'une liste d'exclusions élargie correspondant à des séances de chimiothérapie ou de dialyse :

- 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)
- Curiethérapies de prostate (GHM 17K05)
- Autres curiethérapies et irradiations internes (GHM 17K06)
- Autres curiethérapies (GHM 17K08)
- Irradiations internes (GHM 17K09)

L'indicateur identifie les séjours de réhospitalisations toutes causes, ce qui ne préjuge pas de leur caractère justifié ou pas. Seule l'analyse par retour au dossier permettra de caractériser la réhospitalisation en non programmée, liée à au séjour index, lié à une complication médicale et/ou évitable.

Les ré-hospitalisations entre 1 et 3 jours après chirurgie ambulatoire sont non programmées dans 60% des dossiers analysés. Le motif de ré-hospitalisation est retrouvé dans 94% des dossiers. La ré-hospitalisation est liée au séjour index dans 69% des dossiers avec motif tracé. Les motifs de ré-hospitalisation entre 1 et 3 jours pour complication médicale est retrouvé dans 176 dossiers.

Tableau. Motifs des ré-hospitalisations entre 1 et 3 jours de cause médicale

Motifs médicaux des 176 ré-hospitalisations analysées	N	%
• douleurs	50	28,41
• hémorragies, hématomes	35	19,89
• infections superficielles (exemple : infections de plaies chirurgicales superficielles, désunion de plaie externe, abcès de paroi...), hyperthermie, infections profondes (exemple : infections de plaies chirurgicales profondes, infections d'organe, infection de cavité/péritonite...)	34	19,32
• nausée, vomissement, céphalée, malaise vagal, hypotension	20	11,36
• rétention urinaire, dysurie	16	9,09
• complications de chirurgie de l'œil (6 d'implants, 2 décollements de rétine, 2 glaucome...)	12	6,82
• thrombo-emboliques (thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire)	3	1,70
• œdème	3	1,70
• allergie	2	1,14
• pneumothorax	1	0,57

Les causes les plus fréquentes des réhospitalisations sont génériques : douleur, hémorragies/hématomes, infections et nausées-vomissements, rétention urinaire et dysurie.

Ces résultats basés sur l'analyse d'un échantillon de 385 dossiers de réhospitalisations confortent la pertinence de restituer cet indicateur aux établissements pour qu'ils en analysent les causes « évitables » par retour au dossier, et identifient des actions d'amélioration ou organisations à mettre en place.

Faisabilité de l'analyse des séjours avec événements (conversions ou réhospitalisations)

Le questionnaire de faisabilité concernant les indicateurs de résultats mesurés à partir du PMSI évalue la capacité des établissements à collecter d'une manière autonome les données nécessaires à l'analyse des séjours « avec événements » identifiés dans leur PMSI.

Il porte sur 4 dimensions :

- Disponibilité des professionnels;
- Accès aux données sources ;
- Implication/motivation des professionnels de santé ;
- Compréhension des outils :
 - cahier des charges,
 - grille de recueil,
 - consignes de remplissage.

Il est complété par un item évaluant le besoin d'informations complémentaires.

37 établissements ont renseigné le questionnaire de faisabilité de l'analyse des dossiers de patients avec événement.

Un médecin DIM dédié à l'établissement était disponible dans 89% des établissements (33/37).

L'accès aux données a été jugé facile pour 54% (20 /37) d'entre eux.

L'accès aux données a été freiné par l'identification de la population cible dans 13 établissements (76%) et la mise à disposition des dossiers dans 1 établissement, pour une autre raison dans 7 établissements (accès aux séjours cibles, dont les séjours de conversions).

L'implication des médecins de la spécialité était partielle ou totale dans 12 établissements (32%). Et, le médecin DIM était impliqué dans 29 établissements (78%).

La compréhension des outils était jugée :

- Pour le cahier des charges : facile ou très facile dans 24 établissements (65% des ES)
- Pour la grille de recueil : facile ou très facile dans 33 établissements (89% des ES)
- Pour les consignes de remplissage : facile ou très facile dans 31 établissements (73% des ES)

L'intérêt des indicateurs de résultats pour l'amélioration de la qualité et sécurité des soins a été jugé : assez et très intéressant respectivement dans 14 et 12 établissements et moyennement intéressant dans 10 établissements.

Il n'a pas été identifié de besoin d'informations complémentaires pour interpréter le résultat de ces indicateurs, en dehors de celles proposées dans le cahier des charges pour 32 établissements (86%).

En conclusion, la faisabilité de l'analyse proposée des séjours/dossiers avec évènements identifiés dans le PMSI est satisfaisante. Une insuffisance de l'implication des professionnels de santé dans cette analyse et certaines difficultés dans la compréhension du cahier des charges ont été rapportées par les établissements. Pour optimiser cette faisabilité, un outil d'identification des séjours avec évènements dans leur PMSI sera mis à disposition des établissements. Il est rappelé tout l'intérêt pour l'amélioration des pratiques de l'implication des professionnels de santé concernés en plus des médecins DIM, dans l'analyse des dossiers de patients avec identifiés avec un évènement indésirable, conversion ou réhospitalisation.

Conclusion et perspectives

Au total, 67 établissements MCO volontaires ont participé à l'expérimentation des indicateurs évaluant le parcours du patient en chirurgie ambulatoire sur les données requises.

Indicateurs de processus

Les 8 indicateurs de processus sélectionnés avec le GT feront l'objet d'une 1^{ère} campagne nationale sans diffusion publique en 2018.

Les outils pour le recueil seront élaborés (fiches descriptives, grille de recueil, consignes de remplissage) et mis à disposition des établissements sur la plateforme ATIH dédiée (Qualhas) fin 2017. Cela permettra à ceux qui le souhaitent de s'autoévaluer « en hors protocole » pour se familiariser avec les questions retenues avant la campagne nationale, et si nécessaire mettre en place des actions d'amélioration.

Ces indicateurs seront rediscutés après la 1^{ère} campagne nationale au regard des résultats obtenus à grande échelle et des retours des établissements, ainsi que du questionnaire qui sera validé pour la mesure de la satisfaction du patient en chirurgie ambulatoire (e-Satis CA).

Indicateurs de résultats

Les indicateurs de résultats mesurés à partir des données du PMSI présentent des limites liées à la qualité du codage. Ils peuvent cependant être utilisés dans un 1^{er} temps comme outils d'alerte, et entraîner une dynamique qualité-gestion des risques en établissements, autour de l'analyse des dossiers de patients avec

« évènements ». Pour aider à cette analyse une grille d'analyse des séjours avec évènements sera proposée aux établissements fin 2017.

- L'indicateur de résultats « taux de conversions en hospitalisation complète/transfert en établissement MCO » mesuré à partir du PMSI complet n'est pas utilisable pour le moment 1- pour l'évaluation nationale de ces évènements après les séjours cibles de patients admis pour une chirurgie en ambulatoire, et 2- pour la comparaison inter- établissements, et ce tant que tous les établissements ne coderont pas ces conversions par un 1^{er} RUM en hospitalisation partielle (HP) et un 2^{ème} dans l'unité de transfert/mutation. Cependant, grâce à son importante VPP, cet indicateur est utilisable dans les établissements qui codent les MultiRUM. L'analyse des motifs des conversions nécessite un retour aux dossiers des patients identifiés dans le PMSI avec évènement. Cette analyse permettra aux établissements d'identifier des pistes d'amélioration et de valoriser leur démarche dans le compte qualité de la certification.
- L'indicateur de résultats mesurant les « réhospitalisations toutes causes entre 1 et 3 jours après la sortie » sera mesuré à partir du PMSI complet de l'année 2016 et restitué aux établissements fin 2017, accompagné d'informations complémentaires (en cours de validation) pour aider à son interprétation. Le caractère non programmé et le caractère lié à une complication médicale de cette réhospitalisation, devront être analysés par retour aux dossiers des patients identifiés dans le PMSI avec évènement. Cette analyse permettra aux établissements d'identifier des pistes d'amélioration et de valoriser leur démarche dans le compte qualité de la certification.

Par ailleurs, un complément de validation de cet indicateur sera réalisé en 2017 pour pouvoir rendre de manière automatique aux établissements un taux/ratio de réhospitalisations observé et attendu prenant en compte leur case mix en termes de racines de GHM.

Le groupe de travail a exprimé son inquiétude quant à l'utilisation qui pourrait être faite de cet indicateur s'il est produit automatiquement et restitué aux établissements, sans précision de ses limites et des précautions d'utilisation.

Perspectives

Des consignes de codage dédiées à la chirurgie ambulatoire seront éditées par l'ATIH, pour optimiser la sélection de la population cible des indicateurs de processus et de résultats et des séjours avec évènements. Elles préciseront en particulier les modalités de codage des séjours de chirurgie ambulatoire, ainsi que des séjours de chirurgie ambulatoire convertis en hospitalisation complète.

L'intégration de ces indicateurs dans une démarche qualité – gestion des risques est à valoriser dans le compte qualité de la certification, en complément de l'audit de processus et du patient traceur.

Le questionnaire de satisfaction recueilli par les patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire est en cours de développement et sera diffusé sur Scope santé fin 2018. Il permettra d'avoir des informations en miroir pour certains indicateurs de processus mesurés par les professionnels de santé.

Annexes

Annexe 1. Critères/Items/questions non retenus comme indicateurs.

Indicateurs Critères expérimentés	Décision
Indicateur 1, 5 critères, 8 questions Évaluation pré-interventionnelle	
Indicateur 1 : Critère 1	
Consultation pré-opératoire a eu lieu avec qui ?	Non retenu
CR de consultation est retrouvé ?	
Évaluation de l'éligibilité du patient par le chirurgien est tracée ?	Non retenus comme critères à évaluer dans l'indicateur 1, mais comme possible modalité de traçabilité de l'évaluation pré-opératoire de l'éligibilité du patient.
Évaluation de l'éligibilité du patient par l'anesthésiste est tracée ?	
Trace de l'information du patient sur la nécessité d'un accompagnant à son retour à son lieu de résidence	Non retenu comme indicateur. À rechercher dans un 1 ^{er} temps dans le questionnaire structure, notamment dans le passeport ambulatoire. Pourrait faire l'objet d'une évaluation par le patient (e-SATIS).
Les acteurs de la structure ont contacté un ou des acteurs de la ville pour l'organisation du post-hospitalisation	À rechercher dans le questionnaire structure, en plus de son évaluation dans la lettre de liaison. La gestion de ce qui se passe après l'hospitalisation est un enjeu crucial pour le déploiement sécurisé de la chirurgie ambulatoire. Il doit être idéalement anticipé avant l'hospitalisation et relève d'une organisation en réseau avec les acteurs de la ville. L'évaluation de ce critère à la fois dans le questionnaire structure (organisation mise en place dans l'ES) et dans la lettre de liaison (mise en application pour les patients pris en charge), apporteront des informations complémentaires sur les pratiques réelles.
Indicateur 1 : Critère 4	
Contact entre le patient et les professionnels de l'établissement entre J-1 et J-3	Non retenu comme indicateur. À rechercher dans un 1 ^{er} temps dans le questionnaire structure, pour faire évoluer sa mise en place en termes d'organisation. L'appel de la veille tracé dans 45% des séjours de CA analysés, a notamment pour intérêt de rappeler les consignes et de s'assurer qu'elles ont bien été suivies, ce qui peut éviter le jour de l'admission des déprogrammations-reprogrammations. Pourrait faire l'objet d'une évaluation par le patient (e-SATIS).

Indicateur 2, 2 critères, 7 questions Gestion des suites opératoires	
Indicateur 2 : Critère 1	
Gestion de la douleur après l'intervention	<p>Non retenu comme indicateur.</p> <p>Élément non spécifique de la CA déjà évalué par ailleurs par l'indicateur national « Qualité du dossier anesthésique ».</p> <p>Les résultats de l'expérimentation sont satisfaisants : 16% de patients algiques en post-opératoire chez qui la douleur est gérée dans 87% des cas.</p> <p>L'enjeu de la gestion de la douleur après une CA repose sur son évaluation à la sortie, une prescription appropriée d'antalgiques et l'information du patient sur les modalités de leur prise. L'évaluation de la douleur à la sortie est évaluée par le score de Chung (Cf. Indicateur 3 expérimenté).</p> <p>Pourrait faire l'objet d'une évaluation par le patient (e-SATIS).</p>
Indicateur 2 : Critère 2	
Gestion des nausées et vomissements après l'intervention	<p>Non retenu comme indicateur.</p> <p>Les résultats de l'expérimentation sont très satisfaisants : 2% de patients avec nausées et vomissements post-opératoires, dont 77% bien gérés.</p> <p>L'enjeu de la gestion des nausées et vomissements après une CA repose sur une évaluation à la sortie et une prescription appropriée de leur prévention.</p> <p>Pourrait faire l'objet d'une évaluation par le patient (e-SATIS).</p>
Indicateur 4, 2 critères, 17 questions Documents pour la continuité des soins	
Indicateur 4, critère 1	
<p>Le bulletin de sortie complet à faire converger avec la lettre de liaison à la sortie. Obligation réglementaire du bulletin de sortie (Article D. 6124-304 du code de santé publique) + obligation réglementaire de la lettre de liaison en application depuis le 1^{er} janvier 2017 (Article R. 1112-1-2 du code de santé publique).</p>	
Nom d'au moins un personnel médical ayant participé à l'intervention	Non retenu. Redondant avec le signataire de la lettre de liaison.
Indicateur 4, critère 2	
Compte rendu opératoire (CRO) : non retenu comme indicateur, mais comme élément annexé à la lettre de liaison	
CRO retrouvé dans le dossier du patient ?	<p>Non retenu comme indicateur.</p> <p>Seule sa remise au patient sera évaluée, dans le cadre de la remise au patient de la lettre de liaison.</p> <p>Le CRO retrouvé dans le dossier et la qualité du CRO ne sont pas spécifiques de la CA. Leur évaluation n'est pas retenue. La présence du CRO complet dans le dossier du patient est importante notamment dans le cas d'audit rétrospectif et/ou de ré-hospitalisation du patient.</p>

- Daté du jour de la sortie	<p>Non retenus, car évaluant la qualité du CRO qui n'est pas spécifique de la CA.</p> <p>Les informations importantes pour la continuité des soins sont intégrées dans la lettre de liaison.</p>
- Nom du patient	
- Prénom du patient	
- Date de naissance du patient	
- Sexe du patient	
- Nom du chirurgien ou autre opérateur	
Indicateur 5, 3 questions	
La date d'une consultation programmée avec un chirurgien en post-interventionnel	<p>Non retenu en tant que date de consultation retrouvée, mais en tant que consultation post-interventionnelle « à programmer ». Elle a lieu en général avec le chirurgien ou le médecin adresseur, et ne serait pas systématique.</p> <p>Il n'est pas possible d'établir a priori une liste d'actes ou de GHM pour lesquels la consultation après la sortie n'est pas nécessaire.</p>
Autres items discutés pour évaluer la qualité de la lettre de liaison	
Modalité d'entrée	<p>Dans la mesure où sont évalués uniquement les patients provenant de leur domicile en dehors du cadre de l'urgence, cet item n'a pas paru indispensable à retenir.</p>

Annexe 2. Grille d'analyse des séjours de conversions utilisée pour l'expérimentation



Evaluation de la qualité et sécurité des soins du parcours du patient en chirurgie ambulatoire »

Expérimentation 2015 - 2016
Secteur Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO)

Indicateur de résultat

« Conversions en hospitalisation complète/Transferts en MCO »

Grille de recueil

A remplir à partir des dossiers patients correspondants aux séjours de chirurgie ambulatoire identifiés dans votre PMSI 2014 complet avec « conversion ou transfert »

Munissez-vous également du GHM du séjour de chirurgie ambulatoire et des codes d'actes opératoires classants du 1^{er} RUM codés dans votre PMSI.

Identification - structure			
FINESS	Numéro FINESS	00000000	Automatique
Raison sociale	Nom de l'établissement		Automatique
Dossiers patients à analyser : identifiés dans votre PMSI 2014 « avec conversion ou transfert en MCO »			
CHA_IR_C_1	Service-Spécialité		Texte libre
CHA_IR_C_2	Numéro d'identification	000000	Saisir le code de correspondance numérique anonyme entre le séjour identifié dans le PMSI et le dossier saisi. Au maximum 6 chiffres sont acceptés.

Caractéristiques du dossier			
CHA_IR_C_3	Dossier	<input type="radio"/> 1. Retrouvé <input type="radio"/> 2. Non retrouvé	Si réponse = 2 la saisie est terminée pour ce dossier
CHA_IR_C_3.1	Age (En années)	000	Pour les patients de moins de 1 an, saisir 0.
CHA_IR_C_3.2	Sexe	<input type="radio"/> 1. Homme <input type="radio"/> 2. Femme	
CHA_IR_C_4	GHM du séjour de chirurgie ambulatoire.	000000	Saisir le GHM du séjour à partir de votre PMSI (6 caractères)
CHA_IR_C_4.1	Nombre de codes actes opératoires classants du 1 ^{er} RUM	000	Saisir le nombre de codes CCAM des actes opératoires classants (ou de la liste des 7 racines incluses dans le périmètre de la chirurgie ambulatoire) du 1 ^{er} RUM à partir de votre PMSI.
CHA_IR_C_4.2	Acte de chirurgie programmé en ambulatoire tracé dans le dossier patient.		Préciser à partir du dossier patient le libellé de l'acte principal de chirurgie pour lequel l'hospitalisation en ambulatoire a été programmée.
CHA_IR_C_4.3	Code CCAM correspondant (si cette information est disponible)	0000000	Saisir le code CCAM correspondant à l'acte principal de chirurgie réalisé en ambulatoire renseigné dans le dossier patient. Cette information est recherchée dans votre PMSI, et/ou dans le dossier patient y compris le compte-rendu opératoire.
Caractéristiques du séjour de patient admis pour une chirurgie en ambulatoire			
CHA_IR_C_5	Le dossier correspond à un séjour de patient admis pour une chirurgie programmée en ambulatoire, quelle que soit l'issue du séjour	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si réponse = Non, ouverture de la question CHA_IR_C_5.1
CHA_IR_C_5.1	Si non, ce séjour concernait :	<input type="radio"/> 1. une chirurgie programmée le lendemain en hospitalisation complète <input type="radio"/> 2. une chirurgie réalisée en urgence <input type="radio"/> 3. un séjour sans acte de chirurgie <input type="radio"/> 4. autre, préciser :	La saisie est terminée pour ce dossier

CHA_IR_C_6	Si le dossier est bien celui d'un patient admis pour une chirurgie programmée en ambulatoire, le séjour correspond à :	<input type="radio"/> 1. un patient provenant par transfert d'un autre service de votre ES, d'un autre ES (MCO, SSR ou HAD) <input type="radio"/> 2. une chirurgie ambulatoire réalisée en urgence (non programmée) <input type="radio"/> 3. une chirurgie prévue en ambulatoire qui a été reprogrammée le lendemain ou à une date ultérieure <input type="radio"/> 4. un patient ne souhaitant pas que les données le concernant soient exploitées <input type="radio"/> 5. un patient sorti contre avis médical <input type="radio"/> 6. aucune des situations ci-dessus	Si réponse = 1, 2, 3, 4 ou 5 la saisie s'arrête pour ce dossier
CHA_IR_C_6.1	Le dossier concerne un patient qui est passé par les urgences dans les 3 jours précédant son intervention	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas	
CHA_IR_C_6.2	Le dossier concerne un patient qui a eu son intervention dans une unité de chirurgie dédiée à l'ambulatoire (UCA)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas	
CHA_IR_C_7	Le patient est sorti le jour même vers son lieu de résidence (domicile ou structure médico-sociale)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si réponse = oui, la saisie s'arrête pour ce dossier
Caractéristiques du séjour analysé identifié dans le PMSI comme « avec conversion en hospitalisation complète ou transfert en MCO »			
CHA_IR_C_8	Le séjour identifié dans votre PMSI 2014 comme une conversion en hospitalisation complète dans votre ES ou un transfert vers un ES MCO est :	<input type="radio"/> 1. une conversion du séjour en hospitalisation complète dans votre ES <input type="radio"/> 2. un transfert vers un autre ES MCO <input type="radio"/> 3. aucune des deux situations ci-dessus	Si réponse = 1 ou 2 ouvrir la question CHA_IR_C_9 Si réponse = 3, ouvrir la question CHA_IR_C_8.1
CHA_IR_C_8.1	S'il ne s'agit ni de conversion en hospitalisation complète ni de transfert vers un ES MCO, préciser de quelle situation il s'agit :	<input type="radio"/> 1. d'un patient admis en hospitalisation complète pour une chirurgie programmée le lendemain <input type="radio"/> 2. d'une chirurgie initialement programmée en ambulatoire mais réalisée le lendemain, quel que soit le motif (déprogrammation à l'admission, reprogrammation à une date ultérieure...) <input type="radio"/> 3. d'un transfert vers un SSR ou HAD <input type="radio"/> 4. d'un décès au cours du séjour <input type="radio"/> 5. d'une situation non tracée dans le dossier <input type="radio"/> 6. d'une autre situation, préciser :.....	La saisie est terminée pour ce dossier.
CHA_IR_C_9	Le motif de la conversion en hospitalisation complète ou du transfert est-il renseigné dans le dossier ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si réponse = non, la saisie s'arrête pour ce dossier

CHA_IR_C_10	Si oui, le motif est-il :	<input type="checkbox"/> 1. d'ordre médical, lié à une modification de l'acte en peropératoire <input type="checkbox"/> 2. d'ordre médical, autre <input type="checkbox"/> 3. d'ordre organisationnel <input type="checkbox"/> 4. d'ordre social ou lié au patient <input type="checkbox"/> 5. autre, préciser :	Plusieurs réponses sont possibles. Si plusieurs motifs sont cochés, dont un motif médical, ce dernier est considéré comme le motif principal. Si réponse 1, 3, 4 ou 5 la saisie est terminée pour ce dossier.
CHA_IR_C_10.1	De quelle(s) complication(s) médicale(s) s'agit-il ?	<input type="checkbox"/> 1. malaises, hypotension, hypertension, perte de sensibilité ou somnolence <input type="checkbox"/> 2. hémorragies, hématomes <input type="checkbox"/> 3. douleurs <input type="checkbox"/> 4. nausée, vomissement, céphalée <input type="checkbox"/> 5. rétention urinaire, dysurie, reprise tardive de la diurèse ou pose d'une sonde à demeure <input type="checkbox"/> 6. événements thrombo-emboliques (thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire) <input type="checkbox"/> 7. troubles respiratoires <input type="checkbox"/> 8. hyperthermie <input type="checkbox"/> 9. autre, préciser :	Si réponse 2, question CHA_IR_C_10.1 s'ouvre. Plusieurs réponses sont possibles La saisie est terminée pour ce dossier

Annexe 3. Grille d'analyse des séjours de ré-hospitalisations toutes causes entre 1 et 3 jours utilisée pour l'expérimentation



Evaluation de la qualité et sécurité des soins du parcours du patient en chirurgie ambulatoire »

Expérimentation 2015 - 2016
Secteur Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO)

Indicateur de résultat
« Réadmissions dans les 3 jours après une chirurgie ambulatoire »

Grille de recueil

A remplir à partir des dossiers patients correspondants aux séjours identifiés dans votre PMSI M12 2014 avec «réadmissions dans les 3 jours après une chirurgie réalisée en ambulatoire»

Munissez-vous également du GHM du séjour index de chirurgie ambulatoire et du DP du séjour de réadmission codés dans votre PMSI.

Identification – structure			
FINESS	Numéro FINESS	00000000	Automatique HAS
Raison sociale	Nom de l'établissement		Automatique HAS
Dossiers patients à analyser : «avec réadmissions dans les 3 jours			
CHA_IR_R_1	Service-Spécialité		Texte libre
CHA_IR_R_2	Numéro d'identification	000000	Saisir le code de correspondance numérique anonyme entre le séjour identifié dans le PMSI et le dossier saisi. Au maximum 6 chiffres sont acceptés.

Caractéristiques du dossier			
CHA_IR_R_3	Dossier	<input type="radio"/> 1. Retrouvé <input type="radio"/> 2. Non retrouvé	Si réponse = 2 la saisie est terminée pour ce dossier.
CHA_IR_C_3.1	Age (En années)	□□	Pour les patients de moins de 1 an, saisir 0.
CHA_IR_C_3.2	Sexe	<input type="radio"/> 1. Homme <input type="radio"/> 2. Femme	
Caractéristiques du séjour index qui précède la réadmission dans votre ES			
CHA_IR_R_4	Le dossier correspond à un patient qui a bénéficié d'une chirurgie réalisée en ambulatoire avant d'être réadmis dans votre ES	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 2. Non <input type="radio"/> 3. Aucune information sur le séjour index dans le dossier	Si réponse = 1. Oui, activer la question CHA_IR_R_5 Si réponse = 2. Non, ouverture de la question CHA_IR_R_4.1 Si réponse = 3, la saisie est terminée pour ce dossier.
CHA_IR_R_4.1	Si non, le séjour index n'est pas celui d'une chirurgie réalisée en ambulatoire. Il s'agit alors :	<input type="radio"/> 1. d'une chirurgie initialement programmée le lendemain de l'admission en hospitalisation complète <input type="radio"/> 2. d'une chirurgie programmée en ambulatoire puis reprogrammée le lendemain quel que soit le motif <input type="radio"/> 3. d'une conversion en hospitalisation complète <input type="radio"/> 4. d'un séjour sans acte de chirurgie <input type="radio"/> 5. d'une autre situation, préciser :	La saisie est terminée pour ce dossier
CHA_IR_R_5	Si oui, la chirurgie ambulatoire a-t-elle été réalisée dans votre ES ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si réponse = Non, la saisie est terminée pour ce dossier
CHA_IR_R_6	GHM du séjour index de chirurgie ambulatoire	000000	Saisir le GHM du séjour index à partir de votre PMSI (6 caractères)
CHA_IR_R_7	Acte de chirurgie réalisé lors du séjour index qui est tracé dans le dossier patient		Saisir l'acte principal de chirurgie réalisé en ambulatoire qui est renseigné dans le dossier patient

CHA_IR_R_7.1	Code CCAM correspondant (si cette information est disponible)	□□□□□□	Saisir le code CCAM correspondant à l'acte principal de chirurgie réalisé en ambulatoire renseigné dans le dossier patient. Cette information est recherchée dans votre PMSI, et/ou dans le dossier patient y compris le compte-rendu opératoire.
CHA_IR_R_8	Le patient provenait-il de son lieu de résidence (domicile ou structure d'hébergement médico-social)	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 2. Non <input type="radio"/> 3. Non renseigné dans le dossier patient	Si réponse = 2 ou 3, la saisie est terminée pour ce dossier
CHA_IR_R_9	Le patient est-il sorti vers son lieu de résidence (domicile ou structure d'hébergement médico-social)	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 2. Non <input type="radio"/> 3. Non renseigné dans le dossier patient	Si réponse = 2 ou 3, la saisie est terminée pour ce dossier
Caractéristiques du séjour analysé de réadmission dans les 3 jours après un séjour de chirurgie réalisée en ambulatoire			
CHA_IR_R_10	Le dossier correspond à un patient qui a été réadmis dans votre ES dans les 3 jours après sa chirurgie ambulatoire (délai date de sortie à J0 - date de réadmission = maximum 3 jours)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si réponse = Non, ouvrir la question CHA_IR_R_10.1 Si réponse = Oui, ouvrir la question CHA_IR_R_11
CHA_IR_R_10.1	S'il ne s'agit pas d'une réadmission dans votre ES dans les 3 jours après une chirurgie réalisée en ambulatoire, de quelle autre situation s'agit-il ?	Préciser :	La saisie est terminée pour ce dossier
CHA_IR_R_11	La réadmission était-elle programmée ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas	
CHA_IR_R_12	Quel est le code CIM10 en diagnostic principal (DP) du séjour de réadmission codé dans votre PMSI 2014	□□□□□	Saisir le code CIM10 du DP du séjour de réadmission (du 1 ^{er} RUM en cas de multiRUM) à partir de votre PMSI 2014
CHA_IR_R_13	Le motif de la réadmission est-il retrouvé dans le dossier patient ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si réponse = non, la saisie est terminée pour ce dossier

CHA_IR_R_14	Si oui, le motif de la réadmission était :	<input type="radio"/> 1. une complication médicale <u>liée au séjour index</u> de chirurgie ambulatoire <input type="radio"/> 2. un contrôle post-opératoire en l'absence de complication médicale <input type="radio"/> 3. une hospitalisation pour intervention en ambulatoire sur le second organe (organe pair), <u>non liée à une complication du séjour index</u> de chirurgie ambulatoire (exemple : chirurgie pour cataracte sur le 2 ^{ème} œil) <input type="radio"/> 4. une hospitalisation autre que pour intervention sur le second organe (organe pair), <u>non liée à une complication du séjour index</u> de chirurgie ambulatoire <input type="radio"/> 5. Autre : préciser	Si réponse = 1. ouvrir la question CHA_IR_R_15 Si réponse = 2, 3, 4 ou 5, la saisie s'arrête pour ce dossier.
CHA_IR_R_15	De quelle(s) complication(s) médicale(s) s'agit-il ?	<input type="checkbox"/> 1. Infections superficielles (exemple : infections de plaies chirurgicales superficielles, désunion de plaie externe, abcès de paroi...) <input type="checkbox"/> 2. œdèmes <input type="checkbox"/> 3. hémorragies, hématomes <input type="checkbox"/> 4. douleurs <input type="checkbox"/> 5. nausée, vomissement, céphalée <input type="checkbox"/> 6. rétention urinaire, dysurie <input type="checkbox"/> 7. évènements thrombo-emboliques (thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire) <input type="checkbox"/> 8. Infections profondes (exemple : infections de plaies chirurgicales profondes, infections d'organe, infection de cavité/ péritonite...) <input type="checkbox"/> 9. Hyperthermie <input type="checkbox"/> 10. autre, préciser :	Plusieurs réponses sont possibles. La saisie est terminée pour ce dossier



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