



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 2019

Fiches descriptives

Secteur Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO)

contact.iqss@has-sante.fr

Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (DAQSS)
Service Évaluation et Outils pour la qualité et la sécurité des soins (EvOQSS)

Parcours du patient en chirurgie ambulatoire

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

Importance du thème

En décembre 2010, la chirurgie ambulatoire, hospitalisation de moins de 12 heures sans hébergement de nuit, est devenue une priorité nationale et constitue un levier majeur d'optimisation de l'offre de soins. Les pouvoirs publics ont souhaité soutenir le développement de la prise en charge sans nuitée afin d'aboutir en 2022 à une pratique ambulatoire majoritaire de 70 %.

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

Ont été retenus pour la 2^{ème} campagne nationale :

- 5 indicateurs de processus, recueillis à partir des dossiers des patients, dont 1 seul obligatoire en 2019
- 2 informations complémentaires, car évaluant une pratique réalisée avant l'admission, dans ou en dehors des établissements, non utilisable en l'état pour la comparaison inter-établissements.

Ce document présente :

- **les fiches descriptives des indicateurs de processus et informations complémentaires retenus pour la 2^{ème} campagne nationale de recueil.**
- **un relevé de modification des indicateurs de processus entre la campagne 2018 et la campagne 2019**

Information sur les indicateurs de résultats de la chirurgie ambulatoire :

La mesure des conversions et la mesure des réhospitalisations après chirurgie ambulatoire ont été validées lors de l'expérimentation des indicateurs de résultats, avec une valeur prédictive positive de plus de 90%. Cependant, n'étant pas codée par tous les établissements, la détection des conversions via le PMSI est de fait sous-estimée, ne peut être considérée comme une mesure nationale et n'est donc pas restituée aux établissements.

La mesure des réhospitalisations entre 1 et 3 jours après une chirurgie ambulatoire est depuis décembre 2018 restituée automatiquement aux établissements à partir du PMSI par racine de GHM.

Évaluation du processus pour la 2^{ème} campagne nationale en 2019

1 indicateur en recueil obligatoire en 2019

- **Qualité de la lettre de liaison à la sortie (CA-QLS) :** Seul indicateur est obligatoire en 2019, en diffusion publique et intégré dans le programme d'incitation financière à l'amélioration de la qualité.

4 indicateurs en recueil optionnel en 2019

- Évaluation à l'admission de l'éligibilité à l'intervention
- Anticipation de la prise en charge de la douleur
- Évaluation du patient pour la sortie
- Contact avec le patient entre J+1 et J+3

3 informations complémentaires en 2019

- Évaluation du risque de nausées et vomissements post-opératoires, hors anesthésie locale
- Évaluation du risque thrombo-embolique veineux, hors pédiatrie
- Évaluation du risque thrombo-embolique artériel, hors pédiatrie

Échantillon – Population cible

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

Le tirage au sort permet de sélectionner aléatoirement à partir du PMSI MCO complet 2018 des séjours correspondant à la population cible de l'évaluation des indicateurs de processus.

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

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

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

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

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

Actes interventionnels : Les actes interventionnels réalisés en ambulatoire, ne sont pas inclus dans le périmètre actuel de la chirurgie ambulatoire, 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 actualisée chaque année, en accord avec le périmètre utilisé pour évaluer l'activité de la CA).

Critères d'inclusion PMSI

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

Critères d'exclusion PMSI

- CMD 14 (Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum, hors IVG non médicamenteuse) (hors 14Z08 sans acte JNJP001)
- CMD 15 (Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale)
- CMD 28 (Séances)
- Séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite : Z53.2.
- Séjours de patients décédés au cours du séjour (mode de sortie = 9).
- Séjours de patients avec acte CCAM JDLE332 : Injection de toxine botulique dans la musculature vésicale, par urétrocystoscopie

Critères d'exclusion secondaires

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

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

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

Qualité de la lettre de liaison à la sortie

Applicable aux patients qui sortent à J0 vers leur lieu de résidence

Indicateur à recueil obligatoire, diffusé publiquement et intégré dans le financement à la qualité

Libellé complet

Les items règlementaires de la lettre de liaison et du bulletin de sortie s'appliquent à la chirurgie ambulatoire.

Les critères suivants ont été retenus pour évaluer la qualité de la lettre de liaison adaptée à la chirurgie ambulatoire. Ces critères sont à rechercher dans le document qui est remis au patient à sa sortie, à l'exception de la trace de la remise au patient de cette lettre et de l'identification du médecin traitant, qui peuvent être retrouvée dans la lettre de liaison et/ou dans le dossier du patient.

La conformité de l'indicateur est évaluée seulement si les 2 critères indispensables suivants sont conformes :

- Critère 1- Présence de la lettre de liaison dans le dossier

ET

- Critère 2- Lettre de liaison datée du jour de la sortie (qui est également le jour d'entrée et le jour d'intervention).

Dans le cas contraire, le score de l'indicateur en 2019 sera égal à 0. Les autres informations retrouvées dans la lettre de liaison seront analysées et rendues à l'établissement pour information, et éventuelles pistes pour des actions d'amélioration ciblées.

Le score est calculé, en cas de conformité des 2 premiers critères indispensables, à partir de la traçabilité des 8 critères ci-dessous :

- Critère 3- Trace de la remise de la lettre de liaison au patient.

Remise au patient, ou à son représentant légal (parent de mineur ou tuteur d'un adulte sous tutelle) ou à la personne de confiance, ou absence de remise au patient justifiée par son refus tracé.

- Critère 4- Identification du patient (Nom de naissance (ou nom de jeune fille), prénom, date de naissance et sexe)
- Critère 5- Nom et coordonnées du médecin traitant (nom et adresse –postale ou électronique-) ou refus du patient de transmettre la lettre ou absence de médecin traitant déclaré
- Critère 6- Identification du signataire de la lettre de liaison (nom de l'opérateur ou de l'anesthésiste)
- Critère 7- Motif d'hospitalisation
- Critère 8- Synthèse médicale du séjour précisant le cas échéant, un ou plusieurs des 4 éléments suivants s'ils sont présents dans le dossier du patient : *événements indésirables associés aux soins, portage/identification de micro-organismes multi-résistants ou émergents, administration de produits sanguins/dérivés du sang, pose d'un dispositif médical implantable.*

- Critère 9- Traitements médicamenteux de sortie. *Il s'agit de l'évaluation de la prescription de sortie (prescription de traitement antalgiques et/ou autre qu'antalgique si applicable, prescription anticipée d'antalgiques ou traitement habituel modifié) et/ou d'une information sur le traitement habituel.*

- Critère 10- Planification des soins après la sortie portant sur :

- ✓ des recommandations et surveillances particulières
- ✓ les actes prévus et à programmer
- ✓ les personnes à contacter
- ✓ et les coordonnées de l'établissement de santé assurant la permanence et la continuité des soins.

	<p>La conformité de chaque critère requiert la traçabilité de façon lisible de chacune des informations nécessaires à l'évaluation du critère ou de la traçabilité de la justification de leur absence, le cas échéant.</p> <p>Une variante de l'indicateur intégrant le critère « remise de la lettre de liaison au patient » comme critère indispensable, sera également calculée et restituée aux établissements. Cette version pourrait être utilisée en 2020.</p> <p><i>La destination à la sortie évaluée pour information, n'entre pas dans le calcul du score</i></p> <p><i>La modification, suppression ou substitution du traitement habituel est évaluée pour information et n'entre pas dans le calcul du score en 2019.</i></p>
Justification	<p>La lettre de liaison et le bulletin de sortie sont règlementaires et s'appliquent à la chirurgie ambulatoire. Une liste de 12 items a été proposée par le groupe de travail pour contribuer à améliorer la continuité des soins, permettre aux patients d'avoir les informations dont ils ont besoin pour la qualité de leur suivi, leur sécurité après la sortie, et la réduction des ré-hospitalisations évitables.</p> <p>La continuité des soins est une obligation en chirurgie ambulatoire, elle doit être organisée par la structure. [...], le partage d'informations entre la structure et la médecine de ville est important aussi bien en pré- qu'en post-opératoire. [...] Ainsi, il est conseillé d'anticiper et d'organiser les conduites à tenir avec le médecin traitant¹. »</p> <p>Selon l'article R1112-1-2 du code de la santé publique « Lors de la sortie de l'établissement de santé, une lettre de liaison, rédigée par le médecin de l'établissement qui l'a pris en charge, est remise au patient par ce médecin, ou par un autre membre de l'équipe de soins mentionnée au 1° de l'article L. 1110-12 qui l'a pris en charge, et qui s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises. »</p> <p>« Dans le respect des dispositions des articles L. 1110-4 et L. 1111-2, la lettre de liaison est transmise le même jour, au médecin traitant et, le cas échéant, au praticien qui a adressé le patient. Elle est adressée par messagerie sécurisée répondant aux conditions prévues à l'article L. 1110-4-1, ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations, et versée dans le dossier médical partagé du patient si ce dossier a été créé. »</p> <p>Lors des contrôles qualité du recueil, les médecins inspecteurs vérifieront :</p> <ul style="list-style-type: none"> • quand au cours du séjour analysé, un ou plusieurs des 4 éléments suivants est (sont) retrouvé(s) dans le dossier : évènement indésirable associé aux soins, portage ou identification de micro-organismes multi-résistants ou émergents, administration de produits sanguins ou dérivés du sang, pose d'un dispositif médical implantable, • que cela figure dans la lettre de liaison. S'il a été coché « oui » alors que des éléments sont manquants, l'inspecteur modifiera la réponse de « oui » à « non », ce qui entraînera une discordance par surcotation.
Type d'indicateur	Indicateur de processus (score)
Diffusion publique	En 2019, indicateur est diffusé publiquement avec un objectif de performance à 80%.
Ajustement	Pas d'ajustement.
Mode d'évaluation de l'indicateur	<p>Cet indicateur est présenté sous la forme d'un score compris entre 0 et 100. La qualité de la lettre de liaison à la sortie est d'autant plus grande que le score est proche de 100. Un score individuel est calculé pour chaque dossier à partir des 10 critères retenus seulement si les 2 premiers critères sont conformes. Le score global est calculé pour l'ensemble des dossiers. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x100).</p> <p>Dénominateur : Nombre de dossiers de patients de la population cible de l'évaluation hors patients dont le séjour a été converti en hospitalisation complète.</p>

¹ Chirurgie ambulatoire : éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient – Rapport d'évaluation technologique – Mai 2014 –p.194

Algorithme de calcul

Qualité de la lettre de liaison à la sortie

Variable		Algorithme
<p>1^{ère} étape : un score individuel est calculé pour chaque dossier i à partir des critères seulement si les 2 premiers critères sont conformes. Il correspond à la somme des critères conformes divisée par la somme des critères applicables.</p> <p>2^{ème} étape : un score global est ensuite calculé pour l'établissement. Il correspond à la moyenne des scores individuels de chaque dossier de l'établissement.</p> <p>[CA-QLS_V2] =</p> $\sum_{i=1}^{80} [\text{IND CA-QLS}_V2_i] / 80$	<p>Dossier i : [num IND CA-QLS_V2]</p>	<p>Si [num QLS_V2_CRIT 1] = 1 ET [num QLS_V2_CRIT 2] = 1 Alors [IND CA-QLS_V2_i] = ([num QLS_V2_CRIT 3] + [num QLS_V2_CRIT 4] + [num QLS_V2_CRIT 5] + [num QLS_V2_CRIT 6] + [num QLS_V2_CRIT 7] + [num QLS_V2_CRIT 8] + [num QLS_V2_CRIT 9] + [num QLS_V2_CRIT 10]) / ([den QLS_V2_CRIT 3] + [den QLS_V2_CRIT 4] + [den QLS_V2_CRIT 5] + [den QLS_V2_CRIT 6] + [den QLS_V2_CRIT 7] + [den QLS_V2_CRIT 8] + [den QLS_V2_CRIT 9] + [den QLS_V2_CRIT 10]) Sinon [IND CA-QLS_V2_i] = 0 FinSi</p>
	<p>Dossier i : [den IND CA-QLS_V2]</p>	<p>Tous les dossiers inclus : [CA_P_1] = 1 Et [CA_P_2] = 1 Et [CA_P_2_2] = 4 Et [CA_P_6_1] = 1</p>

Algorithme de calcul

Qualité de la lettre de liaison à la sortie

Variante calculée pour information en 2019

(variante intégrant le critère « remise de la lettre de liaison au patient » comme critère indispensable)

<p>1^{ère} étape : un score individuel est calculé pour chaque dossier i à partir des 10 critères seulement si les 3 premiers critères sont conformes. Il correspond à la somme des critères conformes divisée par la somme des critères applicables.</p> <p>2^{ème} étape : un score global est ensuite calculé pour l'établissement. Il correspond à la moyenne des scores individuels de chaque dossier de l'établissement.</p> <p>[CA-QLS] =</p> $\sum_{i=1}^{80} [\text{IND SIMU}_\text{QLS}_i] / 80$	<p>Dossier i : [num IND SIMU_QLS]</p>	<p>Si [num SIMU_QLS_CRIT 1] = 1 ET [num SIMU_QLS_CRIT 2] = 1 ET [num SIMU_QLS_CRIT 3] = 1 Alors [IND CA-QLS_i] = ([num SIMU_QLS_CRIT 4] + [num SIMU_QLS_CRIT 5] + [num SIMU_QLS_CRIT 6] + [num SIMU_QLS_CRIT 7] + [num SIMU_QLS_CRIT 8] + [num SIMU_QLS_CRIT 9] + [num SIMU_QLS_CRIT 10]) / ([den SIMU_QLS_CRIT 4] + [den SIMU_QLS_CRIT 5] + [den CA-SIMU_QLS_CRIT 6] + [den CA-SIMU_QLS_CRIT 7] + [den CA-SIMU_QLS_CRIT 8] + [den CA-SIMU_QLS_CRIT 9] + [den CA-SIMU_QLS_CRIT 10]) Sinon [IND SIMU_QLS_i] = 0 FinSi</p>
	<p>Dossier i : [den IND SIMU_QLS]</p>	<p>Tous les dossiers inclus : [CA_P_1] = 1 Et [CA_P_2] = 1 Et [CA_P_2_2] = 4 Et [CA_P_6_1] = 1</p>

Évaluation à l'admission de l'éligibilité à l'intervention

Indicateur à recueil optionnel en 2019

Définition	<p>Cet indicateur mesure la trace à <u>l'admission</u> de l'évaluation de l'éligibilité du patient à l'intervention en matière de respect des consignes indispensables à la réalisation de l'intervention en ambulatoire.</p> <p>Cette évaluation est recherchée dans le dossier du patient sous la forme d'une check-list datée du jour de l'admission ou de toute autre modalité, qui vérifie notamment le respect des consignes d'hygiène (douche), des consignes de jeûne, la recherche des signes d'infection et l'organisation du retour.</p> <p>Proportion de dossiers patients pour lesquels est retrouvée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une évaluation de l'éligibilité du patient <u>réalisée à l'admission</u> sous la forme d'une check-list ou de toute autre modalité <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> • qui évalue notamment le respect des consignes d'hygiène (douche), le respect des consignes de jeûne, la recherche des signes d'infection et l'organisation du retour.
Justification	<p>À l'admission, il relève de la responsabilité de l'établissement de vérifier le respect des consignes (exemple : respect des consignes de jeûne², douche, modalités de retour au domicile, absence d'infection...), ce qui permet de s'assurer de l'éligibilité du patient à son intervention en ambulatoire comme prévu. Une fiche technique « Check-list pour l'accueil du patient à J0 » est proposée aux professionnels³.</p> <p>Il ne s'agit pas de l'éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire réalisée par un chirurgien et par un anesthésiste avant l'admission et qui repose sur l'analyse du bénéfice/risque pour le patient, la prévisibilité de sa prise en charge et l'organisation mise en place, en particulier la permanence et la continuité des soins.</p> <p>Par ailleurs, la vérification de la conformité des dossiers permet de limiter les déprogrammations, d'éviter des annulations ou des retards inutiles dans le programme opératoire et de faciliter ainsi la bonne marche de l'unité de chirurgie ambulatoire⁴.</p>
Diffusion publique	Non concerné en 2019
Type d'indicateur	Indicateur de processus (taux)
Ajustement	Pas d'ajustement
Numérateur	Nombre de dossiers de patients dont l'éligibilité a été évaluée à l'admission.
Dénominateur	Nombre de dossiers de patients de la population cible
Mode d'évaluation de l'indicateur	Recueil rétrospectif sur dossiers de patients. Pour chaque dossier l'ensemble des éléments demandés est recherché. Le résultat de l'indicateur est la moyenne des dossiers.

² <http://sfar.org/jeune-pre-operatoire/>

³ Recommandations organisationnelles, sécurité des patients en chirurgie ambulatoire. Guide méthodologique. HAS-ANAP
Mai 2013

⁴ Socle de connaissance, 2012
HAS/DAQSS/EvOQSS - Chirurgie ambulatoire
Indicateurs de processus - Fiches descriptives

Évaluation à l'admission de l'éligibilité à l'intervention

Variable		Algorithme
<p style="text-align: center;">Pourcentage de dossiers i</p> $\sum_{i=1}^{80} \frac{[\text{num IND CA-ELIG_V2}]}{\sum_{i=1}^{80} [\text{den IND CA-ELIG_V2}]}$	<p>Dossier i :</p> <p>[num IND CA-ELIG_V2]</p>	<p>Si ([CA_P_7] = 1 OU [CA_P_7] = 2) ET [CA_P_7_5] = 1 ET [CA_P_7_6] = 1 ET [CA_P_7_7] = 1 ET [CA_P_7_8] = 1</p> <p>Alors</p> <p style="padding-left: 20px;">[num IND CA-ELIG_V2] = 1</p> <p>Sinon</p> <p style="padding-left: 20px;">[num IND CA-ELIG_V2] = 0</p> <p>FinSi</p>
	<p>Dossier i :</p> <p>[den IND CA-ELIG_V2]</p>	<p>Tous les dossiers inclus :</p> <p>[CA_P_1] = 1 Et [CA_P_2] = 1 Et [CA_P_2_2] = 4 Et ([CA_P_6_1] = 1 Ou ([CA_P_6_1] = 0 Et ([CA_P_6_2] = 1 Ou [CA_P_6_2] = 2 Ou [CA_P_6_2] = 3))</p>

Anticipation de la prise en charge de la douleur

Indicateur à recueil optionnel en 2019

Libellé complet	<p>Proportion de dossiers patients dans lesquels est retrouvée la trace de l'anticipation de la prise en charge de la douleur réalisée avant l'admission, sous la forme d'une copie de la prescription d'antalgiques datée d'avant l'admission ou d'une mention précisant que le patient a déjà des antalgiques à son domicile.</p> <p>Proportion de dossiers patients pour lesquels est retrouvée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la copie de la prescription d'antalgiques (papier ou informatisée) datée d'avant l'admission <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • une mention datée d'avant l'admission précisant que le patient a déjà des antalgiques au domicile (ex patient douloureux chronique sous traitement, avec adaptation de la dose si nécessaire).
Justification	<p>La douleur post-opératoire reste une cause fréquente de ré-hospitalisations précoces. Son anticipation et sa gestion représentent un enjeu majeur en chirurgie ambulatoire⁵. Après l'intervention, les patients peuvent sortir tard ou ne pas être en mesure d'aller acheter les antalgiques après leur sortie. Il est donc souhaitable que dès la consultation préopératoire de chirurgie ou d'anesthésie, les ordonnances d'antalgiques soient remises au patient et que les modalités de leur prise soient expliquées aux patients⁶. L'information du patient précisera notamment les douleurs (type et/ou localisation) qui nécessitent un recours aux soins en urgence, et pourra être adaptée si nécessaire à la sortie.</p> <p>En accord avec le groupe de travail, les modalités d'anticipation de la prise en charge de la douleur réalisées en pratique sont prises en compte dans la conformité de l'indicateur.</p>
Type d'indicateur	Indicateur de processus (taux)
Diffusion publique	Non concerné en 2019
Ajustement	Pas d'ajustement
Numérateur	Nombre de dossiers de patients avec trace d'une prescription d'antalgiques, remise au patient avant l'hospitalisation
Dénominateur	Nombre de dossiers de patients de la population cible
Mode d'évaluation de l'indicateur	Recueil rétrospectif sur dossiers de patients. Pour chaque dossier l'ensemble des éléments demandés est recherché. Le résultat de l'indicateur est la moyenne des dossiers.

⁵ Recommandations formalisées d'experts concernant la chirurgie ambulatoire, quels changements de 2009 à 2017 ? Beaussier et al. SFAR 2017

⁶ RFE « Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire » SFAR 2009 – p.5 – Pt 32

Algorithme de calcul

Anticipation de la prise en charge de la douleur

Variable		Algorithme
Pourcentage de dossiers i $\frac{\sum_{i=1}^{80} [\text{num IND CA-DLR_V2}]}{\sum_{i=1}^{80} [\text{den IND CA- DLR_V2}]}$	Dossier i : [num IND CA- DLR_V2]	Si [CA_P_12_1] = 1 OU [CA_P_12_1] = 2 Alors [num IND CA- DLR_V2] = 1 Sinon [num IND CA- DLR_V2] = 0 FinSi
	Dossier i : [den IND CA- DLR_V2]	Tous les dossiers inclus : [CA_P_1] = 1 Et [CA_P_2] = 1 Et [CA_P_2_2] = 4 Et ([CA_P_6_1] = 1 Ou ([CA_P_6_1] = 0 Et ([CA_P_6_2] = 1 Ou [CA_P_6_2] = 2 Ou [CA_P_6_2] = 3))

Évaluation du patient pour la sortie de la structure Indicateur à recueil optionnel en 2019

Libellé complet	<p>Proportion de dossiers patients dans lesquels est retrouvée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une évaluation du patient pour la sortie de la structure <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> • comportant notamment une évaluation de la douleur ET une évaluation des nausées et vomissements
Justification	<p>La sortie du patient, quelques heures après son entrée et la réalisation de l'intervention programmée, définit une chirurgie ambulatoire. L'autorisation de sortie est une décision médicale authentifiée par la signature d'un des médecins de la structure. Il est souhaitable d'utiliser un score pour autoriser la sortie⁷. Le score de Chung⁸ par exemple peut être utilisé.</p> <p>En particuliers, la trace de l'évaluation à la sortie de la douleur et des nausées et vomissements a été demandée par le groupe de travail. L'évaluation de ces 2 signes cliniques et l'information du patient (et de son entourage) concernant les modalités de prise des traitements pour gérer ces complications, contribuent à réduire les ré-hospitalisations précoces évitables.</p> <p>Un score d'aptitude au retour à domicile peut éventuellement être inclus dans le dossier de l'enfant⁹.</p>
Type d'indicateur	Indicateur de processus.
Diffusion publique	Non concerné en 2019
Type d'indicateur	Indicateur de processus (taux)
Ajustement	Pas d'ajustement
Numérateur	Nombre de dossiers de patients avec une évaluation du patient pour la sortie, comprenant notamment une évaluation de la douleur et des nausées et vomissements.
Dénominateur	Nombre de dossiers de patients de la population cible
Mode d'évaluation de l'indicateur	Recueil rétrospectif sur dossiers de patients. Pour chaque dossier l'ensemble des éléments demandés est recherché. Le résultat de l'indicateur est la moyenne des dossiers.

Algorithme de calcul

Évaluation du patient pour la sortie de la structure

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

⁷ RFE « Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire » SFAR 2009 – p.6- Pt 44

⁸ F. Chung et al. A Post-Anesthetic Discharge Scoring System for home readiness after ambulatory surgery. J Clin Anesth 7 (6), 500-506. 9 1995

⁹ Recommandation Chirurgie ambulatoire de l'enfant de moins de 18 ans. Conseil National de Chirurgie de l'Enfant et Association Des Anesthésistes Réanimateurs Pédiatriques d'Expression Française – 2008 – p.12

Indicateur 5 : Contact entre la structure et le patient, entre J+1 et J+3

Applicable aux patients qui sortent à J0 vers leur lieu de résidence

Indicateur à recueil optionnel en 2019

Libellé complet	Proportion de dossiers patients dans lesquels est retrouvée la trace d'un contact entre le patient et les professionnels de santé de la structure entre J+1 et J+3, hors patients dont le séjour a été converti en hospitalisation complète.
Justification	<p>Le contact entre le patient et les professionnels de santé de la structure entre J+1 et J+3 permet de réitérer les consignes postopératoires, de s'assurer de leur suivi (par exemple suivi des douleurs postopératoires, tolérance à la nourriture, capacité de déambulation, état d'anxiété), de faire le point sur les symptômes, de dépister d'éventuelles complications précoces (nausées, vomissements, douleur, troubles du sommeil), de rappeler des modalités de prise d'antalgiques, de vérifier que le patient ne présente pas d'effets indésirables devant nécessiter une réhospitalisation, d'améliorer la satisfaction du patient et <i>in fine</i> de contribuer à réduire les ré-hospitalisations précoces^{10,11,12}.</p> <p>Ce contact peut être réalisé par appel téléphonique, sms, message sur répondeur et/ou RDV de consultation programmé entre 1 et 3 jours après la sortie.</p>
Type d'indicateur	Indicateur de processus (taux)
Diffusion publique	Non concerné en 2019
Ajustement	Pas d'ajustement
Numérateur	Nombre de dossiers de patients avec trace d'un contact entre J+1 et J+3
Dénominateur	Nombre de dossiers de patients de la population cible de l'évaluation hors patients dont le séjour a été converti en hospitalisation complète.
Mode d'évaluation de l'indicateur	Recueil rétrospectif sur dossiers de patients. Pour chaque dossier l'ensemble des éléments demandés est recherché. Le résultat de l'indicateur est la moyenne des dossiers.

Algorithme de calcul

Contact entre la structure et le patient, entre J+1 et J+3

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

¹⁰ Baussier M., Vons C., Relais hôpital-ville en chirurgie ambulatoire, Presse médicale 2014

¹¹ Recommandations organisationnelles – Sécurité des patients en chirurgie ambulatoire – Guide méthodologique – 2013, p.35 – HAS-ANAP 2013

¹² Socle de connaissance. HAS-ANAP, 2012

Information complémentaire : Évaluation du risque de nausées et vomissements post-opératoires, en dehors des actes réalisés sous anesthésie locale stricte

Définition	<p>Proportion de dossiers patients dans lesquels est retrouvée la trace d'une évaluation, <u>réalisée avant l'admission</u>, du risque de nausées et vomissements post-opératoires, en dehors des actes réalisés sous anesthésie locale stricte.</p> <p>Proportion de dossiers patients pour lesquels est retrouvée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une absence tracée de risque de NVPO <p>Ou</p> <ul style="list-style-type: none"> - une évaluation tracée du risque de NVPO
Justification	<p>Il s'agit de l'évaluation combinée du risque individuel du patient et de l'intervention, réalisée avant l'admission. Ces éléments ne sont pas des critères de sélection des patients. Ils permettent d'identifier les patients à risque, et s'il y a lieu, de mettre en place une stratégie prophylactique. Il peut s'agir d'antécédents médicaux et chirurgicaux, de facteurs de risque de NVPO (exemple : antécédents de mal des transports, intolérance aux opiacés....). En l'absence d'antécédents médicaux, le score d'Apfel peut être utilisé. Ils sont à rechercher dans le dossier patient et dans le dossier anesthésique. L'indicateur prend en compte soit l'absence tracée de risque, soit la trace d'un risque évalué (exemple : faible, modéré, élevé).</p> <p>Pour diminuer le risque de NVPO, une stratégie permettant de diminuer systématiquement le risque de base pour tous les patients doit être mise en place : par la prévention de la déshydratation liée au jeûne préopératoire ; par le recours à des techniques d'anesthésie les moins émetisantes possibles, notamment d'anesthésie locorégionale et par la prise en charge efficace de la douleur postopératoire selon une approche multimodale permettant de diminuer l'utilisation des analgésiques morphiniques.</p> <p>L'évaluation du risque de NVPO fait partie des trois éléments particuliers qui sont à prendre en compte lors de l'évaluation préopératoire, avec le risque d'accidents thromboemboliques veineux et de douleur notamment post-opératoire. Il est important de les apprécier au moment de l'évaluation initiale afin de pouvoir anticiper la prise en charge la plus appropriée¹³. Il est recommandé d'adopter une stratégie antiémétique prophylactique multimodale chez les patients ambulatoires identifiés à haut risque de nausées et vomissements post-opératoires¹⁴.</p> <p>En accord avec le groupe de travail, les séjours avec actes réalisés sous anesthésie locale stricte sont exclus de la population cible. A été considérée comme anesthésie locale stricte, toute anesthésie hors anesthésie locorégionale et générale.</p> <p>Il s'agit d'une information complémentaire portant sur une pratique réalisée avant l'admission, dans ou en dehors des établissements, non utilisable en l'état pour la comparaison inter-établissements. Le résultat est restitué aux établissements pour information à visée d'amélioration de la traçabilité dans le dossier du patient hospitalisé/dossier anesthésique de cette évaluation.</p> <p>Par rapport à 2018, les modalités de traçabilité de ce risque ont été modifiées.</p>
Type d'indicateur	Information complémentaire

¹³ Chirurgie ambulatoire : éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient – Rapport d'évaluation technologique – Mai 2014 –p.193

¹⁴ RFE « Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire » SFAR 2009 - p.6

Diffusion publique	Non concerné en 2019
Ajustement	Pas d'ajustement
Numérateur	Nombre de dossiers de patients avec la trace d'une évaluation du risque de NVPO réalisée avant l'admission
Dénominateur	Nombre de dossiers de patients de la population cible Exclusion secondaire : séjours avec actes réalisés sous anesthésie locale stricte.
Mode d'évaluation de l'indicateur	Recueil rétrospectif sur dossiers de patients. Pour chaque dossier l'ensemble des éléments demandés est recherché. Le résultat de l'indicateur est la moyenne des dossiers.

Algorithme de calcul

Évaluation du risque de nausées et vomissements post-opératoires

Variable		Algorithme
Pourcentage de dossiers i $\frac{\sum_{i=1}^{80} [\text{num CA-NVPO_V2}]}{\sum_{i=1}^{80} [\text{den CA-NVPO_V2}]}$	Dossier i : [num CA-NVPO_V2]	Si [CA_P_9_1] = 1 Ou [CA_P_9_1] = 2 Alors [num CA-NVPO_V2] = 1 Sinon [num CA- NVPO_V2] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CA-NVPO_V2]	[CA_P_1] = 1 Et [CA_P_2] = 1 Et [CA_P_2_2] = 2 Et ([CA_P_6_1] = 1 Ou ([CA_P_6_1] = 0 Et ([CA_P_6_2] = 1 Ou [CA_P_6_2] = 2 Ou [CA_P_6_2] = 3)) Et [CA_P_10_1] = 1

Information complémentaire : Évaluation du risque thromboembolique, veineux, en dehors de la population pédiatrique

Libellé complet	<p>Proportion de dossiers patient dans lesquels est retrouvée la trace d'une évaluation, <u>réalisée avant l'admission</u>, du risque thrombo-embolique veineux, hors population pédiatrique.</p> <p>Proportion de dossiers patients pour lesquels est retrouvée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une absence tracée de risque thrombo-embolique veineux <p>Ou</p> <ul style="list-style-type: none"> - une évaluation tracée du risque thrombo-embolique veineux
Justification	<p>Il s'agit de l'évaluation combinée du risque individuel du patient et de l'intervention, réalisée avant l'admission. Ces éléments ne sont pas des critères de sélection des patients. Ils permettent d'identifier les patients à risque, et s'il y a lieu, de mettre en place une stratégie prophylactique. Il peut s'agir d'antécédents médicaux et chirurgicaux, facteurs de risque de thrombose veineuse profonde, d'embolie pulmonaire. Ils sont à rechercher dans le dossier patient et le dossier anesthésique. L'indicateur prend en compte soit l'absence tracée de risque, soit la trace d'un risque évalué (exemple : faible, modéré, élevé).</p> <p>L'évaluation du risque d'accidents thromboemboliques veineux, fait partie des trois éléments particuliers qui sont à prendre en compte lors de l'évaluation préopératoire, avec le risque de nausées et vomissements post-opératoires (NVPO) et le risque de douleur, notamment post-opératoire. Il est important de les apprécier au moment de l'évaluation initiale afin de pouvoir anticiper la prise en charge la plus appropriée¹⁵.</p> <p>« L'incidence globale de la maladie thrombo-embolique veineuse semble globalement faible après une chirurgie ambulatoire. Les recommandations de la SFAR sont les suivantes : « Il est recommandé de prendre en compte la combinaison du risque individuel du patient et du risque de la chirurgie. La prévention pharmacologique de la maladie thrombo-embolique veineuse n'est pas systématique » ; « Il est recommandé que la durée du traitement pharmacologique ne soit pas inférieure à 5 jours et soit adaptée au cas par cas. En présence d'un risque global faible à modéré, la prophylaxie mécanique par bas de contention est efficace »^{16, 17}.</p> <p>Par ailleurs, « à l'issue de la consultation préanesthésique, il existe dans le dossier anesthésique une synthèse explicite du risque anesthésique compte tenu de l'intervention envisagée (exemple « risque thrombo-embolique élevé » ou en l'absence de risque supposé, la mention « risque standard » ou « pas de facteurs de risques anesthésiques particuliers) »¹⁸.</p> <p>En accord avec le groupe de travail, l'exclusion de la population pédiatrique (âge < 18</p>

¹⁵ Chirurgie ambulatoire : éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient – Rapport d'évaluation technologique – Mai 2014 –p.193

¹⁶ Société française d'anesthésie et de réanimation. Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire. SFAR 2009

¹⁷ Socle de connaissance. HAS ANAP 2012.

¹⁸ Référentiel de pratiques professionnelles. CFAR-SFAR. 2005 https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/dossier_anesthesie_ref.pdf

	<p>ans) est maintenue, et l'évaluation est étendue au risque thrombo-embolique artériel.</p> <p>Il s'agit d'une information complémentaire portant sur une pratique réalisée avant l'admission, dans ou en dehors des établissements, non utilisable en l'état pour la comparaison inter-établissements. Le résultat est restitué aux établissements à visée d'amélioration de la traçabilité dans le dossier du patient hospitalisé/dossier anesthésique de cette évaluation.</p> <p>Cette mesure a été modifiée par rapport à 2018, avec extension du périmètre au risque artériel, et modification des modalités de traçabilité de ce risque. Les résultats sont rendus au global à l'exclusion de la pédiatrie ainsi que pour le sous-groupe avec actes réalisés sous anesthésie locale.</p>
Type d'indicateur	Information complémentaire
Diffusion publique	Non concerné en 2019
Ajustement	Pas d'ajustement
Numérateur	Nombre de dossiers de patients avec trace d'une évaluation avant l'admission du risque thrombo-embolique veineux
Dénominateur	Nombre de dossiers de patients de la population cible Exclusion secondaire : séjours de patients relevant de la pédiatrie (< 18 ans)
Mode d'évaluation de l'indicateur	Recueil rétrospectif sur dossiers de patients. Pour chaque dossier l'ensemble des éléments demandés est recherché. Le résultat de l'indicateur est la moyenne des dossiers.

Algorithme de calcul

Évaluation du thromboembolique veineux

Variable	Algorithme
Pourcentage de dossiers i $\sum_{i=1}^{80} \frac{[\text{num CA-MTEV_V2}]}{[\text{den CA-MTEV_V2}]}$	Si [CA_P_11_1] = 1 OU [CA_P_11_1] = 2 Alors [num CA-MTEV_V2] = 1 Sinon [num CA- MTEV_V2] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CA-MTEV_V2]
	Dossier i : [den CA-MTEV_V2]
	[CA_P_1] = 1 Et [CA_P_2] = 1 Et [CA_P_2_2] = 4 Et ([CA_P_6_1] = 1 Ou ([CA_P_6_1] = 0 Et ([CA_P_6_2] = 1 Ou [CA_P_6_2] = 2 Ou [CA_P_6_2] = 3)) Et [AGE] ≥ 18 ans

Information complémentaire : Évaluation du risque thromboembolique artériel, en dehors de la population pédiatrique

<p>Libellé complet</p>	<p>Proportion de dossiers patient dans lesquels est retrouvée la trace d'une évaluation, <u>réalisée avant l'admission</u>, du risque thrombo-embolique artériel, hors population pédiatrique.</p> <p>Proportion de dossiers patients pour lesquels est retrouvée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une absence tracée de risque thrombo-embolique artériel <p>Ou</p> <ul style="list-style-type: none"> - une évaluation tracée du risque thrombo-embolique artériel
<p>Justification</p>	<p>Il s'agit de l'évaluation combinée du risque individuel du patient et de l'intervention, réalisée avant l'admission. Ces éléments ne sont pas des critères de sélection des patients. Ils permettent d'identifier les patients à risque, et s'il y a lieu, de mettre en place une stratégie prophylactique. Il peut s'agir d'antécédents médicaux et chirurgicaux, facteurs de risque, par exemple troubles du rythme (ACFA), patients porteurs de valve mécanique, patients sous anticoagulants ou antiagrégants..... Ils sont à rechercher dans le dossier patient et le dossier anesthésique. L'indicateur prend en compte soit l'absence tracée de risque, soit la trace d'un risque évalué (exemple : faible, modéré, élevé).</p> <p>L'évaluation du risque d'accidents thromboemboliques veineux, fait partie des trois éléments particuliers qui sont à prendre en compte lors de l'évaluation préopératoire, avec le risque de nausées et vomissements post-opératoires (NVPO) et le risque de douleur, notamment post-opératoire. Il est important de les apprécier au moment de l'évaluation initiale afin de pouvoir anticiper la prise en charge la plus appropriée¹⁹.</p> <p>« L'incidence globale de la maladie thrombo-embolique veineuse semble globalement faible après une chirurgie ambulatoire. Les recommandations de la SFAR sont les suivantes : « Il est recommandé de prendre en compte la combinaison du risque individuel du patient et du risque de la chirurgie. La prévention pharmacologique de la maladie thrombo-embolique veineuse n'est pas systématique » ; « Il est recommandé que la durée du traitement pharmacologique ne soit pas inférieure à 5 jours et soit adaptée au cas par cas. En présence d'un risque global faible à modéré, la prophylaxie mécanique par bas de contention est efficace »^{20, 21}.</p> <p>Par ailleurs, « à l'issue de la consultation préanesthésique, il existe dans le dossier anesthésique une synthèse explicite du risque anesthésique compte tenu de l'intervention envisagée (exemple « risque thrombo-embolique élevé » ou en l'absence de risque supposé, la mention « risque standard » ou « pas de facteurs de risques anesthésiques particuliers) »²².</p> <p>En accord avec le groupe de travail, l'exclusion de la population pédiatrique (âge < 18 ans) est maintenue, et l'évaluation est étendue au risque thrombo-embolique artériel.</p>

¹⁹ Chirurgie ambulatoire : éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient – Rapport d'évaluation technologique – Mai 2014 –p.193

²⁰ Société française d'anesthésie et de réanimation. Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire. SFAR 2009

²¹ Socle de connaissance. HAS ANAP 2012.

²² Référentiel de pratiques professionnelles. CFAR-SFAR. 2005 https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/dossier_anesthesie_ref.pdf

	<p>Il s'agit d'une information complémentaire portant sur une pratique réalisée avant l'admission, dans ou en dehors des établissements, non utilisable en l'état pour la comparaison inter-établissements. Le résultat est restitué aux établissements à visée d'amélioration de la traçabilité dans le dossier du patient hospitalisé/dossier anesthésique de cette évaluation.</p> <p>Cette mesure a été modifiée par rapport à 2018, avec extension du périmètre au risque artériel, et modification des modalités de traçabilité de ce risque. Les résultats sont rendus au global à l'exclusion de la pédiatrie ainsi que pour le sous-groupe avec actes réalisés sous anesthésie locale.</p>
Type d'indicateur	Information complémentaire
Diffusion publique	Non concerné en 2019
Ajustement	Pas d'ajustement
Numérateur	Nombre de dossiers de patients avec trace d'une évaluation avant l'admission du risque thrombo-embolique artériel
Dénominateur	<p>Nombre de dossiers de patients de la population cible</p> <p>Exclusion secondaire : séjours de patients relevant de la pédiatrie (< 18 ans)</p>
Mode d'évaluation de l'indicateur	<p>Recueil rétrospectif sur dossiers de patients.</p> <p>Pour chaque dossier l'ensemble des éléments demandés est recherché. Le résultat de l'indicateur est la moyenne des dossiers.</p>

Algorithme de calcul

Évaluation du risque thromboembolique artériel

Variable		Algorithme
$\sum_{i=1}^{80} \frac{[\text{num CA-MTEA}]_i}{\sum_{i=1}^{80} [\text{den CA-MTEA}]_i}$	Dossier i : [num CA-MTEA]	Si [CA_P_11_2] = 1 OU [CA_P_11_2] = 2 Alors [num CA-MTEA] = 1 Sinon [num CA-MTEA] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CA-MTEA]	[CA_P_1] = 1 Et [CA_P_2] = 1 Et [CA_P_2_2] = 4 Et ([CA_P_6_1] = 1 Ou ([CA_P_6_1] = 0 Et ([CA_P_6_2] = 1 Ou [CA_P_6_2] = 2 Ou [CA_P_6_2] = 3)) Et [AGE] ≥ 18 ans

Relevé de modification des indicateurs de processus entre la campagne 2018 et la campagne 2019

En 2019, le recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins devient annuel, et l'évaluation est réalisée non plus au niveau juridique mais au niveau géographique.

Rationnel (argumentaire)	Résultat 2018 Moyenne nationale pondérée	En 2019
<p>Évaluation de l'éligibilité à l'admission (CA-ELIG) : reformulation Evaluation à l'admission de l'éligibilité à l'intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Spécifique de la CA, imputable uniquement à l'établissement (ES) et marge d'amélioration existante ➤ Préciser les consignes : <ul style="list-style-type: none"> • L'information peut être recherchée dans le dossier du patient et/ou le dossier anesthésique • Elle porte sur ce qui est réalisé à <u>l'admission et non avant</u>. • Renforcer l'utilisation de la check-list et exiger au minimum la vérification des consignes d'hygiène (douche), de jeûne (hors anesthésie locale), les signes d'infection et l'organisation du retour quel qu'en soient le support. ➤ Ne plus recueillir les informations complémentaires sur la trace de l'évaluation de l'éligibilité des patients réalisée <u>avant l'admission</u> : chronophage et non imputable uniquement à l'établissement. ➤ Cet indicateur est intégré dans le programme de financement à l'amélioration de la qualité en 2018. 	<p>84% Mais 35% de dossiers avec utilisation de la check-list</p>	<p>Recueil optionnel</p>
<p>Consentement du patient (CA-CONS)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Résultats satisfaisants, engagement certain des ES dans la traçabilité du consentement des patients après leur avoir délivré une information éclairée ➤ Évalué par ailleurs via le dispositif de la certification (Cf. <u>Grille de contrôle interne Chirurgie ambulatoire</u>) 	<p>82%</p>	<p>Supprimé</p>
<p>Évaluation du risque de nausées et vomissements post-opératoires (CA-NVPO) hors anesthésie locale stricte (ALS)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cette évaluation vise à mettre en place une stratégie de prévention uniquement pour les patients évalués et détectés à risque. Elle permet d'éviter les NVPO, causes fréquentes de conversions et de réhospitalisations précoces. ➤ Ce risque en l'absence d'antécédents médicaux peut être évalué par exemple avec le score d'Apfel (Cf. Conférence d'experts. Prise en charge des NVPO. SFAR 2008). 	<p>54%</p>	<p>Information complémentaire</p>

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cette information relève d'une pratique réalisée avant l'admission, en établissement ou hors établissement de santé : elle n'est donc pas imputable uniquement à l'établissement ce qui ne permet pas en l'état de l'utiliser pour la comparaison inter-établissements. ➤ Une marge d'amélioration importante existe, car plus de la moitié des établissements tracent cette information dans moins de 8 dossiers sur 10, et ce à l'exclusion des interventions réalisées sous ALS. Pour ces dernières, souvent elles sont réalisées par l'opérateur sans intervention d'un anesthésiste (ni avant ni pendant le séjour), ce risque n'a pas été jugé pertinent à évaluer a priori. ➤ Elle est donc maintenue à visée d'amélioration des pratiques de traçabilité de l'évaluation de ce risque dans le dossier du patient/dossier anesthésique du patient hospitalisé. ➤ Les consignes seront précisées : « Antécédents médicaux et chirurgicaux, facteurs de risque de NVPO, type de chirurgie (ex ophtalmologie, gynécologie...)... En l'absence d'antécédents médicaux, l'évaluation de ce risque peut être réalisée en utilisant par exemple le Score d'Apfel, et notamment en recherchant des antécédents de mal des transports, une intolérance aux opiacés, » ➤ Conformité = absence tracée de risque de NVPO ou risque évalué (exemple, faible, modéré, élevé) 		
<p>Évaluation du risque de maladie thromboembolique veineuse (CA-MTEV)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cette évaluation vise à mettre en place une stratégie de prévention uniquement pour les patients évalués et détectés à risque. ➤ L'incidence globale de la maladie thrombo-embolique veineuse semble globalement faible après une chirurgie ambulatoire. Les recommandations de la SFAR 2009 sont les suivantes : « Il est recommandé de prendre en compte la combinaison du risque individuel du patient et du risque de la chirurgie. La prévention pharmacologique de la maladie thrombo-embolique veineuse n'est pas systématique » ; « Il est recommandé que la durée du traitement pharmacologique ne soit pas inférieure à 5 jours et soit adaptée au cas par cas. En présence d'un risque global faible à modéré, la prophylaxie mécanique par bas de contention est efficace ». ➤ Le résultat est très insuffisant, et ce à l'exclusion de la population pédiatrique. Cela pourrait être dû à la restriction de l'indicateur au risque thrombo-embolique veineux, au fait que ce risque serait évalué plus spécifiquement pour les interventions à haut risque (par ex les interventions en cancérologie et en chirurgie orthopédique), que l'absence de risque ne serait pas tracée ou encore que l'évaluation n'est pas réalisée et/ou pas tracée dans le dossier du patient hospitalisé. Par contre, ce résultat ne s'explique pas par la proportion de séjours réalisés sous anesthésie locale stricte. ➤ Le groupe propose de faire évoluer l'indicateur et de s'intéresser à l'évaluation du risque thrombo-embolique, veineux mais également artériel. 	56%	Information complémentaire

- L'exclusion des interventions réalisées sous anesthésie locale stricte a été rediscutée, mais non retenue. Le risque thrombo-embolique doit être évalué car pouvant être lié au patient aussi bien qu'à l'intervention, et d'autre part parce que l'absence de risque doit être tracée.
- Il a été décidé de maintenir l'évaluation de ce risque, en ouvrant au risque thrombo-embolique veineux et artériel et compte tenu de cette modification il sera recueilli en information complémentaire pour évaluer et faire évoluer les pratiques.
- Elle est donc maintenue à visée d'amélioration des pratiques de traçabilité de l'évaluation de ce risque dans le dossier du patient/dossier anesthésique du patient hospitalisé.
- Les consignes seront précisées : « Antécédents médicaux et chirurgicaux, facteurs de risque. Exemple : Troubles du rythme (ACFA), patients porteurs de valve mécanique, patients sous anticoagulants.....
- Le résultat sera rendu séparément pour le risque thrombo-embolique veineux (visé spécifiquement pour la chirurgie ambulatoire) et pour le risque thrombo-embolique artériel.
- Le résultat sera calculé hors population pédiatrique, et dans la sous-population des séjours réalisés sous anesthésie locale stricte.
- Conformité = Absence tracée de risque ou risque évalué (exemple, faible, modéré, élevé).

Anticipation de la prise en charge de la douleur (CA-DLR)

22%

Recueil
optionnel

- Cet indicateur est très spécifique de la chirurgie ambulatoire et très pertinent. (Cf. Recommandations formalisées d'experts [SFAR 2010](#) et [Beaussier](#) et al. 2017)

32. Il est souhaitable que les ordonnances d'antalgiques soient remises au patient dès la consultation préopératoire de chirurgie ou d'anesthésie.

- L'exigence pour sa conformité d'avoir la trace de la remise au patient de l'ordonnance d'antalgiques est liée à la recommandation de la SFAR de 2009, qui reste valide dans l'attente du travail en cours concernant les antalgiques de pallier 3 (opiacés) prescrits pour les interventions lourdes.
- La difficulté de tracer en pratique la remise au patient de cette ordonnance serait en partie responsable du résultat très insuffisant observé, qui par ailleurs ne s'explique pas par la proportion de séjours réalisés sous anesthésie locale stricte.
- Il a été décidé de maintenir cet indicateur en modifiant les consignes ainsi que les modalités de réponses acceptables.
- Conformité = présence dans le dossier du patient hospitalisé de la copie de l'ordonnance datée d'avant l'admission (papier ou informatisée) OU mention que le patient a des antalgiques à domicile avec si

- nécessaire adaptation de la posologie (ex patients douloureux chroniques...).
- Par ailleurs cette pratique est évaluée via la certification et par la mesure de la satisfaction du patient en chirurgie ambulatoire (e-SATIS CA).
- Cet indicateur a été intégré dans le programme de financement à l'amélioration de la qualité en 2018.

<p>Évaluation du patient pour la sortie de la structure (CA-EPSS)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pratique très pertinente car permettant d'autoriser ou pas la sortie du patient. ➤ Avec l'éligibilité du patient à la chirurgie ambulatoire, cette pratique permet d'éviter les réhospitalisations précoces pour complications. ➤ Le résultat est encourageant, et le score de Chung est utilisé dans 73% des dossiers. ➤ L'indicateur est maintenu tel quel, avec confirmation de la pertinence d'exiger pour sa conformité l'évaluation de la douleur avec une échelle et l'évaluation des NVPO. ➤ Cet indicateur est intégré dans le programme de financement à l'amélioration de la qualité en 2018. 	77%	Recueil optionnel
<p>Qualité de la lettre de liaison à la sortie après chirurgie ambulatoire (CA-QLS)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La qualité de la lettre de liaison représente un enjeu en chirurgie ambulatoire pour la continuité des soins et pour la remise au patient à sa sortie d'une information claire sur son séjour, les suites à donner et les contacts en cas d'urgence. ➤ Les résultats par critère ont été discutés et une marge d'amélioration existe en particuliers pour la trace de la remise au patient (retrouvée dans 41% des lettres de liaison) et la planification des soins après la sortie (conforme dans 25% des lettres de liaison). ➤ La pertinence de la date d'entrée et date de sortie a fait l'objet de questions par les établissements. La lettre de liaison pour être conforme doit être datée de la date de sortie, il sera précisé que cette date doit être la même que la date d'entrée et la date d'intervention car seuls les séjours avec sortie à 0 jour vers le domicile sont audités. Les séjours convertis en hospitalisation complète seront audités par ailleurs, par exemple dans le cadre de QLS MCO de plus de 48H. ➤ La pertinence de la destination à la sortie qui est retrouvée dans seulement 44% des cas, a été discutée car perçue comme relevant d'une information administrative sans lien avec la qualité des soins. Cependant elle est règlementaire, et utile à connaître pour la continuité des soins notamment si le patient ne rentre pas dans son lieu de résidence (et assimilé tel que hébergement chez la famille, à l'exclusion des hôtels). La destination à la sortie sera recueillie en information complémentaire et n'entrera pas dans le calcul du score. ➤ Le passeport ambulatoire remis avant l'admission, suit le parcours du patient jusqu'à sa sortie. Il ne 	46%	Obligatoire, en diffusion publique et intégré dans IFAQ

peut cependant être considéré comme lettre de liaison pour le contact en cas d'urgence car il ne contient pas toutes les autres informations exigées et surtout il ne peut être transmis au médecin traitant pour la continuité des soins.

- Le carnet de santé est une modalité acceptée de lettre de liaison pour la pédiatrie, sous réserve qu'une copie de ce qui a été remis au patient (ou parent pour les mineurs) figure dans le dossier.
- Les évolutions de cette lettre de liaison pour la chirurgie ambulatoire et le MCO de plus de 48H ont été harmonisées dans leur contenu et exigences de conformité. Pour la CA, la remise au patient sera testée comme critère obligatoire avec la présence de la lettre dans le dossier datée de la sortie, il n'y aura plus de question sur le CRO et l'heure de sortie. La survenue d'évènements indésirables, la pose d'un DMI ou la notion de contact ou de patient porteur de BHRE/BMR ne seront pas évaluées, car considérées faisant partie intégrante de la synthèse du séjour. En revanche, lors du contrôle externe, si ces éléments figurent dans le dossier du patient, leur trace dans la lettre de liaison sera vérifiée pour confirmer la conformité de l'indicateur.
- Le traitement de sortie et/ou la trace d'une information sur le traitement habituel (absence, poursuite ou modification) seront évalués.
- Une question sur le format de la lettre de liaison sera posée pour information. Dans l'idéal, ce devrait être un document synthétique pointant les points de vigilance et de suivi, et les changements thérapeutiques au cours du séjour.

Contact entre la structure et le patient entre J+1 et J+3 (CA-CSP)

- Pratique très spécifique de la chirurgie ambulatoire ayant un fort impact sur l'expérience et la satisfaction des patients, elle permet de réduire au possible les réhospitalisations précoces.
- Ce contact est également évalué dans le dispositif de mesure de la satisfaction des patients en chirurgie ambulatoire e-SATIS CA, et a un fort impact sur leur satisfaction.
- Les modalités acceptées de ce contact sont très larges : appel téléphonique, sms, message sur répondeur et/ou RDV de consultation programmée dans les 3 jours après la sortie.
- En l'absence de liste fermée d'actes ou de GHM pour lesquels cette pratique serait particulièrement recommandée, la conformité est recherchée pour tous les séjours réalisés en ambulatoire avec sortie vers le domicile.

57%

Optionnel