

## Parcours du patient en chirurgie ambulatoire 2026

Fiches descriptives de l'indicateurs « Contact entre la structure et le patient, entre J+1 et J+3 »

### Importance du thème

La chirurgie ambulatoire, hospitalisation de moins de 12 heures sans hébergement de nuit, est 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 à une pratique ambulatoire majoritaire de 70% en 2022, et de 80 % selon les préconisations récentes de l'ANAP et la SFAR<sup>1</sup>.

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).

#### 5 indicateurs de processus obligatoires, recueillis à partir des dossiers patients, ont été retenus pour 2026 :

- Qualité de la lettre de liaison à la sortie ;
- 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 de la structure ;
- Contact avec le patient entre J+1 et J+3.

#### Ce document présente :

- la fiche descriptive de l'indicateur de processus « Contact entre la structure et le patient, entre J+1 et J+3 » (CSP) pour l'année 2026 ;
- un relevé des modifications réalisées pour cet indicateur entre les différentes campagnes (2022, 2024, et 2026).

#### 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 et ne peut être considérée comme une mesure nationale et n'est donc pas restituée aux établissements ;
- Mesure des réhospitalisations entre 1 et 3 jours, après chirurgie ambulatoire, à partir du PMSI : les réhospitalisations entre 1 et 3 jours après une chirurgie en ambulatoire représentent un des enjeux de qualité et de sécurité des soins, pour que le gain en durée de séjour ne se fasse pas aux dépens de la sécurité des patients. Cf. « [Indicateurs de résultats en chirurgie ambulatoire : réhospitalisations entre 1 et 3 jours par type de prise en charge](#) ».
- Mesure de la satisfaction et de l'expérience du patient hospitalisé pour une chirurgie ambulatoire à partir du questionnaire e-satis MCO CA : cf. enquête « [Patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire \(e-Satis MCO CA\)](#) ».

### Indicateurs de processus pour l'année 2026

#### 5 indicateurs obligatoires :

- Qualité de la lettre de liaison à la sortie ;
- 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 de la structure ;
- Contact avec le patient entre J+1 et J+3.

## Échantillon – Population cible

Le recueil des indicateurs porte sur un même échantillon aléatoire.

Le tirage au sort permet de sélectionner aléatoirement à partir du PMSI MCO complet 2025 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
  - 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 nuitée ;
- Patient venant de son lieu de résidence (domicile ou structure médico-sociale) (Mode d'entrée = 8) ;
- Age ≥ 6 mois.

### Critères d'exclusion PMSI primaires

- CMD 14 (Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum), dont les IVG médicamenteuses (dans la racine 14Z08 (JNJP001)), mais pas les IVG chirurgicales ;
- 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 opérés dans le cadre de l'urgence :
  - Admission via les urgences (provenance = passage dans une structure des urgences 5 ou U ou V) ;
  - OU 1ère UM UHCD (dont les 2 premiers caractères du 1er ou 2ème type d'autorisation de l'UM = 07) ;
  - OU 1ère UM en réanimation ou soins intensifs ou soins de surveillance continue : les UM concernées sont celles dont les 2 premiers caractères du 1<sup>er</sup> ou 2<sup>ème</sup> type d'autorisation de l'UM sont : 01, 02, 03, 05, 06, 13, 14, 15, ou 18.
- Séjours de patients avec acte CCAM JDLE332 : injection de toxine botulique dans la musculature vésicale, par urétrocystoscopie ;
- Séjour de patientes pour don d'ovocyte (DP Z5280) ;
- Séjours de patients mal chaînés (ANO\_RETOUR ne 000000000) ;
- Séjours avec un GHM en erreur : CMD = 90 ;
- Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements, que ce soit en établissement « demandeur » (Sej\_Typ = A) ou en établissement « prestataire » (Sej\_Typ = B).

### Critères d'exclusion secondaires

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

- 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.

## Indicateur : 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

<b>Définition</b>	Proportion de dossiers patients dans lesquels est retrouvée la trace d'un contact entre le patient et les professionnels de santé de la structure entre J+1 et J+3, hors patients dont le séjour a été converti en hospitalisation complète.
<b>Justification</b>	<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 post-opératoires, 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 ré-hospitalisation, d'améliorer la satisfaction du patient et <i>in fine</i> de contribuer à réduire les ré-hospitalisations précoces<sup>2,3,4,5</sup>.</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> <p>La NOTE D'INFORMATION N° DGOS/PF2/2016/164 du 24 mai 2016<sup>6</sup> précise : « 7. <i>Contact du patient dans les 72h après sa sortie : Sauf justification notifiée dans son dossier, le patient est recontacté sous 72h après sa sortie d'UCA afin de vérifier son état clinique et le respect des consignes de sortie. Cette procédure de contact utilise un questionnaire sous forme de check-list, elle est tracée et sa mise en œuvre est évaluée.</i> »</p> <p>En l'absence de référence professionnelle qui précise pour quelles interventions ce contact est recommandé, il est recherché pour tous les patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire, sauf refus du patient tracé dans le dossier.</p>
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de processus (taux).
<b>Utilisation</b>	<p>L'objectif de performance est fixé à 80 %.</p> <p>Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé.</p> <p>Procédure de certification des établissements de santé.</p> <p>Diffusion publique, Incitations financières à l'amélioration de la qualité (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet – cf cadre réglementaire.</p>
<b>Ajustement</b>	Pas d'ajustement.
<b>Numérateur</b>	Nombre de dossiers de patients avec trace d'un contact entre la structure et le patient entre J+1 et J+3.
<b>Dénominateur</b>	Nombre de dossiers de patients de la population cible de l'évaluation hors patients dont le séjour a été converti en hospitalisation complète.
<b>Echantillon</b>	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 séjours, tirés au sort sur l'année N-1.
<b>Critères d'inclusion</b>	<p>Cf critères d'inclusion PMSI.</p> <p>Dossiers de patients de la population cible de l'évaluation, sortis le jour même vers le domicile.</p>
<b>Critères d'exclusion primaires</b>	Cf critères d'exclusion PMSI primaires.

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

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

4 Socle de connaissance. HAS-ANAP, 2012.

5 Albaladejo P, Aubrun F, Samama CM, Jouffroy L, Baussier M, Benhamou D, *et al.* The structure, organisation and perioperative management of ambulatory surgery and anaesthesia in France : Methodology of the SFAR-OPERA study. *Anaesth Crit Care Pain Med* 2017 ;36(5):307-12.

6 NOTE D'INFORMATION N° DGOS/PF2/2016/164 du 24 mai 2016 : [http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/06/cir\\_40989.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/06/cir_40989.pdf)

<b>Critères d'exclusion secondaires</b>	Cf critères d'exclusion secondaires.
<b>Mode d'évaluation de l'indicateur</b>	<p>Recueil rétrospectif sur dossiers de patients.</p> <p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. Pour chaque dossier l'ensemble des éléments demandés est recherché.</p> <p><b>Le critère est conforme si on retrouve :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Un contact entre la structure et le patient dans le séjour analysé, entre J+1 et J+3 ;</li></ul> <p><b>OU</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Le refus du patient d'être contacté dans le séjour analysé.</li></ul>

<b>Algorithme de calcul</b>		
<b>Contact entre la structure et le patient, entre J+1 et J+3</b>		
<b>Variable</b>		<b>Algorithme</b>
Pourcentage de dossiers i $\frac{\sum_{i=1}^{50} [\text{num IND CA} - \text{CSP}]}{\sum_{i=1}^{50} [\text{den IND CA} - \text{CSP}]}$	Dossier i : [num IND CA- CSP]	Si [CA_P_26] = 1 OU ([CA_P_26] = 0 ET [CA_P_26_1] = 1) Alors [num IND CA-CSP] = 1 Sinon [num IND CA-CSP] = 0 FinSi
	Dossier i : [den IND CA- CSP]	Tous les dossiers inclus : [INCLUSION_DOSSIER] = 1 Et [CA_P_2] = 1 Et [CA_P_2_2] = 4 Et [SORTIE_DOM] = 1

<b>Historique de l'indicateur « Contact entre la structure et le patient, entre J+1 et J+3 »</b>
<b>Rappel sur le développement de l'indicateur</b>
<p>Pratique très spécifique de la chirurgie ambulatoire ayant un fort impact sur l'expérience et la satisfaction des patients, elle contribue à réduire les ré-hospitalisations évitables. Ce contact est également évalué dans le dispositif de mesure de la satisfaction des patients en chirurgie ambulatoire depuis 2018.</p>
<b>Modifications de l'indicateur recueilli en 2019</b>
<p>Les modalités acceptées de ce contact ont été élargies : 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.</p>
<b>Modifications de l'indicateur en 2020</b>
<p>Il a été décidé de maintenir cet indicateur. La conformité a été modifiée en acceptant l'absence de contact justifié par le refus tracé du patient. Pas de campagne en 2020.</p>
<b>Modifications de l'indicateur en 2021</b>
<p>Pas de campagne en 2021.</p>
<b>Modifications de l'indicateur en 2022</b>
<p>Les modifications prévues en 2020 sont appliquées. L'effectif cible passe de 60 à 50 dossiers pour limiter la charge de travail liée au recueil, suite à une analyse statistique de l'impact de ce changement.</p>
<b>Modifications de l'indicateur en 2024</b>
<p>Suites aux retours d'établissements de santé lors de la campagne 2022, des compléments de consignes ont été apportés.</p>
<b>Modifications de l'indicateur en 2026</b>
<p>Pas de modifications de l'indicateur.</p>