

« Evaluation du parcours de patients en chirurgie ambulatoire » Indicateurs de processus et de résultats retenus après expérimentation

Document d'information

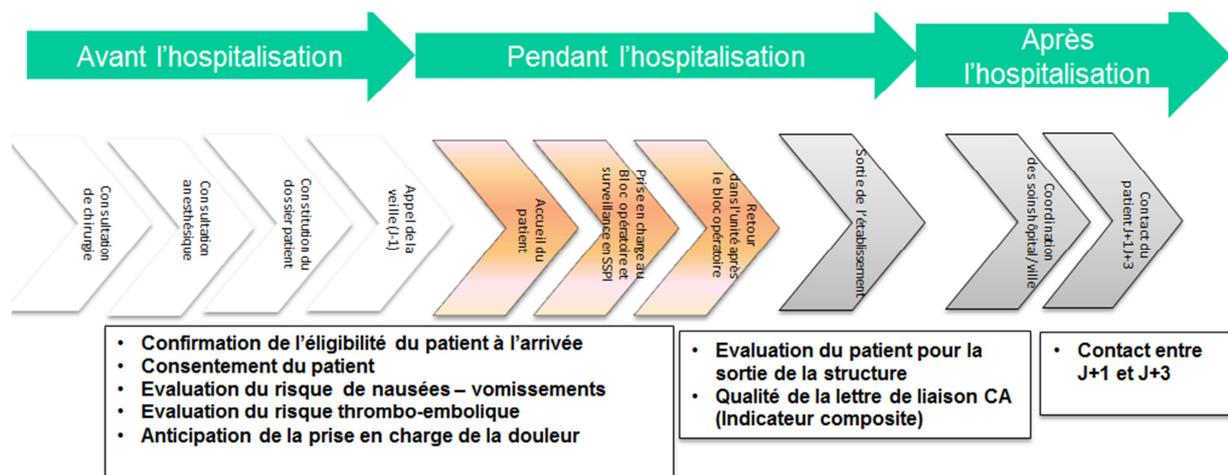
Juillet 2017

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

Indicateurs de processus

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

Synthèse : Les 8 indicateurs retenus pour la 1^{ère} campagne nationale en 2018



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

- Cette évaluation est recherchée dans le dossier du patient : sous la forme d'une check-list à l'admission (qui selon le questionnaire structure, était mise en œuvre dans 69% des établissements), ou toute autre modalité à préciser.
- En l'absence de trace d'une évaluation de l'éligibilité à l'admission, il sera demandé si l'on retrouve dans le dossier la trace d'une évaluation de l'éligibilité du patient réalisée avant l'admission par un ou plusieurs des éléments suivants : compte rendu de la consultation pré-opératoire avec le chirurgien ou avec un autre opérateur, lettre de liaison à l'entrée¹, compte rendu de la consultation préopératoire avec l'anesthésiste, fiche de liaison du chirurgien, fiche d'anesthésie ou une mention dans le dossier type « OK chir ambu ».

¹ 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).



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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).

En l'absence de trace d'une évaluation de l'éligibilité à l'admission, il sera demandé si l'on retrouve dans le dossier la trace d'une évaluation de l'éligibilité du patient réalisée avant l'admission par un ou plusieurs des éléments suivants : compte rendu de la consultation pré-opératoire avec le chirurgien ou avec un autre opérateur, lettre de liaison à l'entrée, compte rendu de la consultation pré-opératoire avec l'anesthésiste, fiche de liaison du chirurgien, fiche d'anesthésie ou une mention type « OK chir ambu ».

Indicateur 2 : Consentement du patient

Aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne (Article L. 1111-4 du Code de la santé publique). En l'absence de disposition spécifique pour la chirurgie ambulatoire notamment concernant le consentement, les règles de droit commun s'appliquent. Comme avant tout acte médical, le consentement du patient est exigé dans le cadre de la chirurgie ambulatoire.

Le consentement éclairé du patient (et celui de ses représentants légaux s'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur protégé sous tutelle) doit être recueilli par les professionnels de santé et tracé dans le dossier, quelle que soit sa forme (expression écrite ou orale). Le consentement écrit est requis pour certaines situations : prélèvement d'organe sur donneur vivant, interruption volontaire de grossesse, actes médicaux et chirurgicaux à visée esthétique, assistance médicale à la procréation, etc.

L'information donnée permettant un consentement libre et éclairé est délivrée au patient et doit être tracée dans le dossier médical. Elle doit être adaptée à la spécificité de l'intervention et de l'anesthésie.

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

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

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

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

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



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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

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

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

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

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

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

Évaluation du patient pour la sortie avec :

- un score de Chung
- une autre échelle ou score

Pour chaque, préciser s'il est tracé une :

- évaluation de la douleur
- évaluation des nausées vomissements

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

Il s'agit d'un indicateur composite. Il a été adapté pour la chirurgie ambulatoire à partir du décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison, et à partir de l'indicateur « QLS - Qualité de lettre de liaison à la sortie » mesuré en 2016 dans les établissements MCO pour les séjours d'au moins 1 jour. Il a été complété au regard de l'obligation réglementaire liée au bulletin de sortie qui s'applique toujours. Ainsi la lettre de liaison peut aussi faire office de bulletin de sortie dès lors que l'ensemble des informations prévues dans le bulletin de sortie figure bien dans la lettre de liaison remise au patient suite à une hospitalisation pour chirurgie ambulatoire.

Les 13 critères ci-dessous ont été validés. 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



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

3. Trace de la remise de la lettre de liaison au patient. La remise du CRO (complet ou en attente de complétude) au patient sera évaluée dans cet item. 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.
4. Identification du patient.
5. Identification du médecin traitant.
6. Nom et coordonnées du signataire de la lettre de liaison.
7. Date d'entrée et date de sortie.
8. Heure de sortie. Sa pertinence a été discutée, et cette information obligatoire dans le cadre du bulletin de sortie mais pas dans la lettre de liaison, a été jugée importante à tracer à l'échelle nationale en termes d'amélioration organisationnelle pour la CA.
9. Destination à la sortie.
10. Motif d'hospitalisation.
11. Synthèse médicale du séjour précisant le cas échéant, les événements indésirables survenus pendant l'hospitalisation.
12. Traitements (ou ordonnances) de sortie de l'établissement.
13. 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

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

À noter :

- Si un des deux critères « indispensables » (critères 1 et 2) n'est pas conforme, le score individuel est égal à 0.
- Le score global est calculé pour l'ensemble des dossiers. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x100).

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

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

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

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

Algorithme de détection des séjours de la population cible

Critères d'inclusion au dénominateur des indicateurs de processus :

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

Critères d'exclusion au dénominateur

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

Critères d'exclusions secondaires

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

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



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Indicateurs de résultats

Conversions en hospitalisation complète

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

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

Réhospitalisations toutes causes entre 1 et 3 jours

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

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

Critères d'inclusion au dénominateur :

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

- Séjour dans un GHM avec 3ème caractère en "C" (avec acte classant opératoire)
 - + 7 autres racines
 - 03K02 Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires
 - 05K14 : Mise en place de certains accès vasculaires pour des affections de la CMD 05, séjours de moins de 2 jours
 - 11K07 : Séjours de la CMD 11 comprenant la mise en place de certains accès vasculaires, en ambulatoire
 - 12K06 : Séjours comprenant une biopsie prostatique, en ambulatoire
 - 09Z02 : Chirurgie esthétique
 - 23Z03 : Interventions de confort et autres interventions non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire
 - 14Z08 : Interruptions volontaires de grossesse : séjours de moins de 3 jours (hors IVG médicamenteuses dans la racine 14Z08 (JNJP001)).
- Séjour avec durée de séjour de 0 jour
- Admission 1er RUM en hospitalisation partielle (HP), quel que soit le type d'UM
- Mode d'entrée domicile hors urgences (=8 différent de provenance = 5)
- Mode de sortie domicile (=8)



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

- Age \geq 6 mois

Critères d'exclusion au dénominateur :

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

Critères d'inclusion au numérateur :

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

Critères d'exclusion au numérateur :

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

Conclusions - Perspectives

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

Le taux de conversions ne sera pas restitué aux établissements, car il n'est utilisable que dans les ES qui codent les MultiRUM.

Le taux de réadmissions toutes causes entre 1 et 3 jours sera restitué aux ES fin 2017 (sur les données 2016), accompagné d'informations complémentaires.

Les travaux de développement du questionnaire de satisfaction du patient en chirurgie ambulatoire ont débuté en mai 2017, l'expérimentation sera menée avant la fin 2017 pour une diffusion publique fin 2018.