

Parcours du patient en chirurgie ambulatoire 2024

Fiches descriptives de l'indicateur « Anticipation de la prise en charge de la douleur »

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).

5 indicateurs de processus obligatoires recueillis à partir des dossiers des patients ont été retenus pour l'année 2024.

Ce document présente :

- les fiches descriptives des 5 indicateurs de processus retenus pour l'année 2024 ;
- un relevé de modification des indicateurs de processus entre la campagne 2022 et l'année 2024.

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.*
- *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. En 2019 un retour aux dossiers sera réalisé pour identifier les prises en charge avec un fort potentiel d'amélioration, qui en 2020 seront ciblés par des indicateurs.*

Indicateurs de processus pour l'année 2024

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 d'au plus 70 séjours : les établissements ayant moins de 70 séjours cibles font le recueil sur tous leurs séjours, ceux qui ont plus de 70 séjours cibles, font le recueil sur 70 séjours tirés au sort.

Le tirage au sort permet de sélectionner aléatoirement à partir du PMSI MCO complet 2023 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 nuitée
- 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
- Séjours pour Injection de toxine botulique dans la musculature vésicale, par urétrocystoscopie (Acte CCAM JDLE332)
- Séjour de patientes pour don d'ovocyte (DP Z5280)

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.

Indicateur : Anticipation de la prise en charge de la douleur

Libellé complet	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. Cette pratique est recherchée sous la forme d'une copie de la prescription d'antalgiques datée d'avant l'admission ou sa retranscription dans le dossier datée d'avant l'admission ou d'une mention précisant que le patient a déjà des antalgiques à son domicile, hors chirurgie ophtalmique. Proportion de dossiers patients pour lesquels est retrouvée : • la copie de la prescription d'antalgiques (papier ou informatisée) datée d'avant l'admission ou sa retranscription dans le dossier ; - OU • 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	La douleur post-opératoire reste une cause fréquente de ré-hospitalisations précoces. Son anticipation et sa gestion représentent un enjeu majeur en chirurgie ambulatoire¹. 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 patients². 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. 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. D'après la société française d'ophtalmologie sollicitée en 2019 : l'anticipation de la douleur, n'est pas systématique pour la chirurgie ophtalmique. La SFAR a par ailleurs publié des recommandations concernant la chirurgie ambulatoire en proctologie (2015) et en urologie (2013).^{3,4}
Type d'indicateur	Indicateur de processus de type taux
Utilisation	L'objectif de performance est fixé à 80 %. Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé. Procédure de certification des établissements de santé. Diffusion publique, Incitations financières à l'amélioration de la qualité (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet – cf cadre réglementaire.
Ajustement	Pas d'ajustement
Numérateur	Nombre de dossiers de patients avec une stratégie d'anticipation de la prise en charge de la douleur.
Dénominateur	Nombre de dossiers de patients de la population cible (hors chirurgie ophtalmique).
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.

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

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

3 Chirurgie ambulatoire en proctologie : texte des recommandations SNCFP, Mars 2015.

<https://sfar.org/wp-content/uploads/2016/08/RECOCHIRAMBUSNFCP-120315.pdf>

4 Recommandations AFU/SFAR/AFCA/ANAP Chirurgie ambulatoire en urologie, Novembre 2013.

https://sfar.org/wp-content/uploads/2015/10/2_PUROL_Recommandations-chirurgie-ambulatoire-en-urologie.pdf

Algorithme de calcul Anticipation de la prise en charge de la douleur		
Variable		Algorithme
Pourcentage de dossiers i $\frac{\sum_{i=1}^{50} [\text{num IND CA} - \text{DLR_V2}]}{\sum_{i=1}^{50} [\text{den IND CA} - \text{DLR_V2}]}$	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 : [INCLUSION_DOSSIER] = 1 Et [CA_P_2] = 1 Et [CA_P_2_2] = 4 Et ([SORTIE_DOM] = 1 Ou ([SORTIE_DOM] = 0 Et ([SORTIE_DOM_1] = 1 Ou [SORTIE_DOM_1] = 2 Ou [SORTIE_DOM_1] = 3)) <i>Hors chirurgie ophtalmique</i>

Historique de l'indicateur « Anticipation de la prise en charge de la douleur »
Rappel sur le développement de l'indicateur
Cet indicateur est pertinent et très spécifique de la chirurgie ambulatoire. (Cf. Recommandations formalisées d'experts SFAR 2010 et Beaussier et al. 2017, consensus du groupe de travail).
Modifications de l'indicateur recueilli en 2019
Il a été décidé de maintenir cet indicateur en modifiant les consignes ainsi que les modalités de réponses acceptables.
Modifications de l'indicateur en 2020
Il a été décidé de maintenir cet indicateur en ajoutant une modalité de réponse acceptée : la retranscription dans le dossier de la prescription anticipée d'antalgiques avant l'admission. Les dossiers de chirurgies ophtalmiques ne sont pas concernés par l'indicateur. Pas de campagne en 2020
Modifications de l'indicateur en 2021
Pas de campagne en 2021
Modifications de l'indicateur en 2022
Les modifications prévues en 2020 sont appliquées. L'effectif cible de dossiers passe de 60 à 50 pour limiter la charge de travail liée au recueil, suite à une analyse statistique de l'impact de ce changement.
Modifications de l'indicateur en 2024
Pas de modification de l'indicateur