

Parcours du patient en chirurgie ambulatoire 2024

Fiches descriptives de l'indicateur « Évaluation à l'admission de l'éligibilité à l'intervention »

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.*

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

Définition	Cet indicateur mesure la trace <u>à 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. 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. Proportion de dossiers patients pour lesquels est retrouvée : - 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 ; ET - qui évalue le respect des consignes d'hygiène et le respect des consignes de jeûne et la recherche des signes d'infection et l'organisation du retour.
Justification	À l'admission, il relève de la responsabilité de l'établissement de vérifier le respect des consignes (exemple : respect des consignes de jeûne¹, douche, modalités de retour au domicile, prise de la température...), 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 professionnels². 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. 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 ambulatoire³.
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.
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.

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

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

3 Socle de connaissance, 2012.

Algorithme de calcul Évaluation à l'admission de l'éligibilité à l'intervention		
Variable		Algorithme
Pourcentage de dossiers i $\frac{\sum_{i=1}^{50} [\text{num IND CA} - \text{ELIG_V2}]}{\sum_{i=1}^{50} [\text{den IND CA} - \text{ELIG_V2}]}$	Dossier i : [num IND CA- ELIG_V2]	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 Alors [num IND CA-ELIG_V2] = 1 Sinon [num IND CA-ELIG_V2] = 0 FinSi
	Dossier i : [den IND CA- ELIG_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))

Historique de l'indicateur « Évaluation à l'admission de l'éligibilité à l'intervention »
Rappel sur le développement de l'indicateur
Cet indicateur est spécifique de la CA, imputable uniquement à l'établissement (ES) et présente une marge d'amélioration existante. Il porte sur ce qui est réalisé à l' <u>admission et non avant</u> , et vise notamment à s'assurer au minimum la vérification des consignes transmises au patient avant l'admission pour que l'intervention puisse être réalisée comme prévu.
Modifications de l'indicateur recueilli en 2019
Cet indicateur n'a pas été modifié. Les consignes ci-dessous ont été précisées : - L'information peut être recherchée dans le dossier du patient et/ou le dossier anesthésique, - Elle porte sur ce qui est réalisé à l'admission et non avant, - 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.
Modifications de l'indicateur en 2020
Aucune modification de l'indicateur. Les consignes ont été complétées prenant en compte le retour des établissements lors de la campagne 2019. 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
Suites aux retours d'établissements de santé lors de la campagne 2022, des compléments de consignes ont été apportés.