

Parcours du patient en chirurgie ambulatoire 2024
Fiches descriptives de l'indicateur « Qualité de la lettre de liaison à la sortie »

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 regroupent 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 musculeuse vésicale, par urétrocystoscopie
- Séjours pour Injection de toxine botulique dans la musculeuse 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 : Qualité de la lettre de liaison à la sortie

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

Définition	Les items règlementaires de la lettre de liaison et du bulletin de sortie s'appliquent à la chirurgie ambulatoire. Cet indicateur évalue la qualité de la lettre de liaison à la sortie d'hospitalisation. Il est présenté sous la forme d'un score de qualité 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. L'indicateur est calculé à partir de 10 critères qualité, adaptés à la chirurgie ambulatoire : Deux critères indispensables : (1) « Lettre de liaison à la sortie retrouvée » ; (2) « Lettre de liaison à la sortie datée du jour de la sortie » (qui est également le jour d'entrée et le jour d'intervention). En l'absence de conformité d'un de ces deux critères, le score est égal à 0. Le score est calculé, en cas de conformité des critères indispensables, à partir de la traçabilité des 8 critères « qualité » : Quatre critères médico-administratifs : (3) Remise au patient de la lettre de liaison à la sortie ; (4) Identification du patient dans la lettre de liaison ; (5) Identification et envoi au médecin traitant (si applicable) ; (6) Identification du signataire de la lettre de liaison (opérateur ou anesthésiste) ; Quatre critères médicaux : (7) Motif d'hospitalisation ; (8) Synthèse médicale du séjour ; (9) Traitements médicamenteux de sortie ; (10) Planification des soins.
Justification	La lettre de liaison est un élément clé de la continuité des soins. Elle ne crée pas de nouveau document car elle remplace le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie (article R1112-2 du code de santé publique - version du 1^{er} janvier 2017 modifiée par le décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 sur les lettres de liaison). Elle doit être remise au patient le jour de la sortie et adressée au médecin traitant. Elle résume les conclusions de l'hospitalisation et établit des préconisations de prise en charge après la sortie afin d'assurer une bonne coordination « hôpital/ville ». En chirurgie ambulatoire, la lettre de liaison et le bulletin de sortie s'appliquent. Une liste de 10 critères 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, la gestion de la douleur et la réduction des ré-hospitalisations évitables^{1,2}. 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 traitant³.

1 Truffert E, Fournier Charriere E, Treluyer JM, Blanchet C, Cohen R, Gardini B, *et al.* Guidelines of the French Society of Otorhinolaryngology (SFORL): Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) and pediatric ENT infections. Short version. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis 2019;136(4):289-94.

2 Cousin J, Le Viguelloux A, Boinin N. Récupération améliorée après chirurgie (RAAC) et chirurgie ambulatoire pour prothèse de hanche. Revue du rhumatisme monographies 2019.

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

	Le <u>Décret n°2016-995 publié le 20 juillet 2016</u> dans son article 1 a pour objet de favoriser la continuité des soins. Il instaure l'obligation pour les établissements de santé de remettre une lettre de liaison au patient le jour de sa sortie et de l'adresser dans le même temps à son médecin traitant. Le texte réglementaire définit également les éléments que doit contenir ce document. <u>Article R.1112-1-2 du CSP :</u> (créé par l'article 1 du décret n°2016-995 du 20 juillet 2016) : « I. 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. » « 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 ». « II. Cette lettre de liaison contient les éléments suivants (cf décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison) : 1) identification du patient, du médecin traitant, le cas échéant du praticien adresseur, ainsi que l'identification du médecin de l'établissement de santé qui a pris en charge le patient avec les dates et modalités d'entrée et de sortie d'hospitalisation ; 2) motif d'hospitalisation ; 3) synthèse médicale du séjour précisant le cas échéant, les événements indésirables survenus pendant l'hospitalisation, l'identification de micro-organismes multirésistants ou émergents, l'administration de produits sanguins ou dérivés du sang, la pose d'un dispositif médical implantable ; 4) traitements prescrits à la sortie de l'établissement (ou ordonnances de sortie) ... en précisant, notamment pour les traitements médicamenteux, la posologie et la durée du traitement ; 5) annonce, le cas échéant, de l'attente de résultats d'examens ou d'autres informations qui compléteront cette lettre de liaison ; 6) suites à donner, le cas échéant, y compris d'ordre médico-social, tels que les actes prévus et à programmer, recommandations et surveillances particulières ». L'article L. 1112-1 du code de la santé publique prévoit que : « La lettre de liaison est, dans le respect des exigences prévues aux quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 1111-2, remise, au moment de sa sortie [de l'établissement de santé], au patient ou, avec son accord et dans les conditions prévues à l'article L. 1111-6, à la personne de confiance. »
Utilisation	L'objectif de performance est fixé à 80/100. 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 permettant la comparaison inter-établissements. Score composite. Pas d'ajustement sur le risque.
Score individuel	Un score individuel est calculé pour chaque dossier. Il correspond à la somme des critères conformes divisé par le nombre de critères applicables. Si un des deux critères « indispensables » n'est pas conforme, le score individuel est égal à 0. Quand un critère est non applicable, il n'est pas pris en compte dans le calcul de l'indicateur.
Score global	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).
Echantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 70 séjours, tirés au sort sur l'année 2023 (année N-1).

Critères d'inclusion	Cf Critères d'inclusion PMSI. Dossiers de patients de la population cible de l'évaluation, sortis le jour même vers le domicile.
Critères d'exclusion primaires	Cf Critères d'exclusion PMSI.
Critères d'exclusion secondaires	Cf Critères d'exclusion secondaires.
Mode d'évaluation de la conformité des critères de l'indicateur QLS	L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire permettant de calculer les critères. ▪ Deux critères indispensables : 1. Lettre de liaison à la sortie retrouvée (critère 1) Le critère est satisfait si la lettre de liaison à la sortie est retrouvée dans le dossier médical. Quand le critère n'est pas satisfait le score de l'indicateur QLS sera égal à 0. 2. Lettre de liaison à la sortie datée du jour de la sortie (critère 2) Le critère est satisfait si la date notée dans la lettre de liaison à la sortie est la date de sortie d'hospitalisation administrative du patient (qui est aussi la date d'entrée en chirurgie ambulatoire). Quand le critère n'est pas satisfait le score de l'indicateur QLS sera égal à 0. ▪ Quatre critères médico-administratifs : Les éléments requis pour la traçabilité de chacun des critères « qualité » sont décrits ci-dessous : 3. Remise au patient de la lettre de liaison à la sortie (critère 3) Le critère est satisfait : • Si on retrouve la mention de remise au patient de la lettre de liaison à la sortie ; • Si on retrouve la mention du refus du patient de recevoir sa lettre de liaison ; • Si on retrouve la justification de la non-remise au patient. 4. Identification et envoi au médecin traitant (critère 5) (si applicable) Ce critère ne concerne que les patients ayant déclaré un médecin traitant. Le critère est satisfait : • Si on retrouve dans la lettre de liaison à la sortie ou dans le dossier du patient, de façon lisible l'identification du médecin traitant : nom ET adresse (postale ou électronique) ; ET • Si la date d'envoi de la lettre de liaison au médecin traitant est le jour de la sortie du patient OU • S'il est mentionné que le patient refuse que la lettre de liaison soit transmise au médecin traitant. 5. Identification du patient dans la lettre de liaison (critère 4) Le critère est satisfait si on retrouve, dans la lettre de liaison à la sortie, de façon lisible, l'identification conforme du patient : nom de naissance (ou nom de jeune fille) ET prénom ET date de naissance ET sexe. 6. Identification du signataire de la lettre de liaison (critère 6) Le critère est satisfait si on retrouve, dans la lettre de liaison à la sortie, de façon lisible, l'identité du signataire du document (nom ET service ET hôpital) ET ses coordonnées (adresse (postale ou mail) ou téléphone). Pour la chirurgie ambulatoire, le signataire est l'opérateur ou l'anesthésiste.

▪ **Quatre critères médicaux :**

7. Motif d'hospitalisation (critère 7)

Le critère est satisfait si le motif d'hospitalisation est retrouvé dans la lettre de liaison à la sortie.

8. Synthèse médicale du séjour (critère 8)

Le critère est satisfait si une synthèse de la prise en charge du patient au cours du séjour, comportant le cas échéant, la mention d'un ou plusieurs des quatre éléments suivants (quand présents dans le dossier analysé) : événements indésirables associés 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.

9. Traitements médicamenteux de sortie (critère 9)

Il s'agit de l'évaluation de la prescription de sortie :

- Prescription d'antalgiques anticipée et/ou remise à la sortie avec ou sans modification ;
- Autre traitement qu'antalgique si applicable ;
- Traitement habituel modifié.

OU

- D'une information sur l'absence ou la poursuite du traitement habituel.

Le critère est satisfait si on retrouve dans la lettre de liaison à la sortie, de façon lisible :

- les prescriptions remises à la sortie du patient, avec pour chaque médicament sa dénomination (DCI ou nom commercial), sa posologie (dosage unitaire ET rythme d'administration), sa voie d'administration ET sa durée de prescription.
- **Ou** l'information sur la poursuite du traitement habituel ou la mention de l'absence de traitement habituel.

D'après la société française d'ophtalmologie, il existe un consensus stipulant que les patients après une chirurgie ophtalmique doivent sortir avec une prescription de collyre (la prescription d'un collyre antibiotique et un collyre anti-inflammatoire en post-opératoire).

10. Planification des soins (critère 10)

Le critère est satisfait si on retrouve une information sur la planification des soins dans la lettre de liaison à la sortie sur les 4 items requis en chirurgie ambulatoire :

- ✓ Des recommandations et surveillance particulières ou absence de nécessité de recommandations et surveillance ;
- ✓ Les actes prévus et à programmer ou absence de nécessité d'actes à prévoir ;
- ✓ Numéro de téléphone à contacter en cas d'urgences ;
- ✓ Les coordonnées de l'établissement de santé assurant la permanence et la continuité des soins.

Algorithme de calcul Qualité de la lettre de liaison à la sortie

Variable		Algorithme
Critère 1 : Lettre de liaison à la sortie retrouvée		
Pourcentage de dossiers [num QLS_V4_CRIT 1] / [den QLS_V4_CRIT 1]	Dossier i : [num QLS_V4_CRIT 1]	Si [QLS_1] = 1 Alors [num QLS_V4_CRIT 1] = 1 Sinon [num QLS_V4_CRIT 1] = 0 FinSi
	Dossier i: [den QLS_V4_CRIT 1]	Tous les dossiers inclus : [INCLUSION_DOSSIER] = 1 Et [CA_P_2] = 1 Et [CA_P_2_2] = 4 Et [SORTIE_DOM] = 1

Critère 2 : Lettre de liaison à la sortie datée du jour de la sortie

Pourcentage de dossiers [num QLS_V4_CRIT 2] / [den QLS_V4_CRIT 2]	Dossier i : [num QLS_V4_CRIT 2]	Si [CA_P_14_1] = 1 Alors [num QLS_V4_CRIT 2] = 1 Sinon [num QLS_V4_CRIT 2] = 0 FinSi
	Dossier i : [den QLS_V4_CRIT 2]	Tous les dossiers inclus : [INCLUSION_DOSSIER] = 1 Et [CA_P_2] = 1 Et [CA_P_2_2] = 4 Et [SORTIE_DOM] = 1 Et [QLS_1] = 1

Critère 3 : Remise au patient de la lettre de liaison à la sortie

Pourcentage de dossiers [num QLS_V4_CRIT3] / [den QLS_V4_CRIT3]	Dossier i : [num CRIT 3]	Si [QLS_3] = 1 OU [QLS_3] = 0 ET [QLS_3_1] = 1 OU [QLS_3] = 0 ET [QLS_3_1] = 0 ET [QLS_3_1_1] = 1 Alors [num QLS_V4_CRIT3] = 1 Sinon [num QLS_V4_CRIT3] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT 3]	Tous les dossiers inclus : [INCLUSION_DOSSIER] = 1 Et [CA_P_2] = 1 Et [CA_P_2_2] = 4 Et [SORTIE_DOM] = 1 Et [QLS_1] = 1 Et [CA_P_14_1] = 1

Critère 5 : Identification et envoi au médecin traitant (si applicable)

Pourcentage de dossiers [num QLS_V4_CRIT5] / [den QLS_V4_CRIT5]	Dossier i : [num CRIT 5]	Si [MED_TT] = 1 ET [QLS_4] = 1 ET [QLS_EMT_1] = 1 ET [QLS_EMT_1_1] = 1 ou [MED_TT] = 1 ET [QLS_4] = 1 ET [QLS_EMT_1] = 0 ET [QLS_EMT_1_2] = 1 Alors [num QLS_V4_CRIT5] = 1 Sinon [num QLS_V4_CRIT5] = 0 FinSi
	Dossier i : [den QLS_V4_CRIT 5]	Tous les dossiers inclus : [INCLUSION_DOSSIER] = 1 Et [CA_P_2] = 1 Et [CA_P_2_2] = 4 Et [SORTIE_DOM] = 1 Et [QLS_1] = 1 ET [MED_TT = 1] Et [CA_P_14_1] = 1

Critère 4 : Identification du patient

Pourcentage de dossiers [num QLS_V4_CRIT 4] / [den QLS_V4_CRIT 4]	Dossier i : [num QLS_V4_CRIT 4]	Si [QLS_5_1] = 1 ET [QLS_5_2] = 1 ET [QLS_5_3] = 1 ET [QLS_5_4] = 1 Alors [num QLS_V4_CRIT 4] = 1 Sinon [num QLS_V4_CRIT 4] = 0 FinSi
	Dossier i : [den QLS_V4_CRIT 4]	Tous les dossiers inclus : [INCLUSION_DOSSIER] = 1 Et [CA_P_2] = 1 Et [CA_P_2_2] = 4 Et [SORTIE_DOM] = 1 Et [QLS_1] = 1 Et [CA_P_14_1] = 1

Critère 6 : Identification du signataire de la lettre de liaison

Pourcentage de dossiers [num QLS_V4_CRIT 6] / [den QLS_V4_CRIT 6]	Dossier i : [num QLS_V4_CRIT 6]	Si [QLS_7] = 1 Alors [num QLS_V2_CRIT 6] = 1 Sinon [num QLS_V2_CRIT 6] = 0 FinSi
---	---------------------------------------	---

	Dossier i : [den QLS_V4_CRIT 6]	Tous les dossiers inclus : [INCLUSION_DOSSIER] = 1 Et [CA_P_2] = 1 Et [CA_P_2_2] = 4 Et [SORTIE_DOM] = 1 Et [QLS_1] = 1 Et [CA_P_14_1] = 1
Critère 7 : Motif d'hospitalisation		
Pourcentage de dossiers [num QLS_V4_CRIT 7] / [den QLS_V4_CRIT 7]	Dossier i : [num QLS_V4_CRIT 7]	Si [QLS_9] = 1 Alors [num QLS_V4_CRIT 7] = 1 Sinon [num QLS_V4_CRIT 7] = 0 FinSi
	Dossier i : [den QLS_V4_CRIT 7]	Tous les dossiers inclus : [INCLUSION_DOSSIER] = 1 Et [CA_P_2] = 1 Et [CA_P_2_2] = 4 Et [SORTIE_DOM] = 1 Et [QLS_1] = 1 Et [CA_P_14_1] = 1
Critère 8 : Synthèse médicale du séjour		
Pourcentage de dossiers i [num QLS_V4_CRIT 8] / [den QLS_V4_CRIT 8]	Dossier i : [num QLS_V4_CRIT 8]	Si [CA_P_23] = 1 Alors [num QLS_V4_CRIT 8] = 1 Sinon [num QLS_V4_CRIT 8] = 0 FinSi
	Dossier i : [den QLS_V4_CRIT 8]	Tous les dossiers inclus : [INCLUSION_DOSSIER] = 1 Et [CA_P_2] = 1 Et [CA_P_2_2] = 4 Et [SORTIE_DOM] = 1 Et [QLS_1] = 1 Et [CA_P_14_1] = 1
Critère 9 : Traitements médicamenteux de sortie		
Pourcentage de dossiers [num QLS_V4_CRIT 9] / [den QLS_V4_CRIT 9]	Dossier i : [num QLS_V4_CRIT 9]	Si ([CA_P_24] = 1 ET [QLS_13_3_1] = 1 ET [QLS_13_3_2] = 1 ET [QLS_13_3_3] = 1 ET [QLS_13_3_4] = 1) OU (((CA_P_24] = 0 ET [CA_P_24_5] = 1) OU ((CA_P_24] = 0 ET [CA_P_24_5] = 0 ET [CA_P_24_5_1] = 1)) Alors [num QLS_V4_CRIT 9] = 1 Sinon [num QLS_V4_CRIT 9] = 0 FinSi
	Dossier i : [den QLS_V4_CRIT 9]	Tous les dossiers inclus : [INCLUSION_DOSSIER] = 1 Et [CA_P_2] = 1 Et [CA_P_2_2] = 4 Et [SORTIE_DOM] = 1 Et [QLS_1] = 1 Et [CA_P_14_1] = 1
Critère 10 : Planification des soins		
Pourcentage de dossiers [num QLS_V4_CRIT 10] / [den QLS_V4_CRIT 10]	Dossier i : [num QLS_V4_CRIT 10]	Si ([CA_P_25_1_1] = 1 OU [CA_P_25_1_1] = 2) ET ([CA_P_25_1_2] = 1 OU [CA_P_25_1_2] = 2) ET [CA_P_25_2_1] = 1 ET [CA_P_25_2_2] = 1 Alors [num QLS_V4_CRIT 10] = 1 Sinon [num QLS_V4_CRIT 10] = 0 FinSi
	Dossier i : [den QLS_V4_CRIT 10]	Tous les dossiers inclus : [INCLUSION_DOSSIER] = 1 Et [CA_P_2] = 1 Et [CA_P_2_2] = 4 Et [SORTIE_DOM] = 1 Et [QLS_1] = 1 Et [CA_P_14_1] = 1

Algorithme de calcul **Qualité de la lettre de liaison à la sortie** **Score qualité de l'indicateur QLS**

Variable		Algorithme
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. 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. $[CA_QLS_V4] = \frac{\sum_{i=1}^{70} [IND\ CA_QLS_V4i]}{70}$	Dossier i : [num IND CA_QLS_V4]	Si [num QLS_V4_CRIT 1] = 1 ET [num QLS_V4_CRIT 2] = 1 Alors $[IND\ CA_QLS_V4i] = ([num\ QLS_V4_CRIT\ 3] + [num\ QLS_V4_CRIT\ 4] + [num\ QLS_V4_CRIT\ 5] + [num\ QLS_V4_CRIT\ 6] + [num\ QLS_V4_CRIT\ 7] + [num\ QLS_V4_CRIT\ 8] + [num\ QLS_V4_CRIT\ 9] + [num\ QLS_V4_CRIT\ 10]) / ([den\ QLS_V4_CRIT\ 3] + [den\ QLS_V4_CRIT\ 4] + [den\ QLS_V4_CRIT\ 5] + [den\ QLS_V4_CRIT\ 6] + [den\ QLS_V4_CRIT\ 7] + [den\ QLS_V4_CRIT\ 8] + [den\ QLS_V4_CRIT\ 9] + [den\ QLS_V4_CRIT\ 10])$ Sinon $[IND\ CA_QLS_V4i] = 0$ FinSi
	Dossier i : [den IND CA-QLS_V4]	Tous les dossiers inclus : [INCLUSION_DOSSIER] = 1 Et [CA_P_2] = 1 Et [CA_P_2_2] = 4 Et [SORTIE_DOM] = 1

Historique de l'indicateur « Qualité de la lettre de liaison à la sortie »
Rappel sur le développement de l'indicateur « Qualité de la lettre de liaison à la sortie »
La lettre de liaison et le bulletin de sortie sont réglementaires et s'appliquent à la chirurgie ambulatoire. Une liste de 13 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. La parution du décret⁴ portant sur le contenu de la lettre de liaison a conduit à modifier et faire évoluer l'indicateur.
Modifications de l'indicateur recueilli en 2019
1) Révision de l'indicateur en 2019 : « Lors des contrôles qualité du recueil 2019, les médecins inspecteurs vérifieront : - quand au cours du séjour analysé, un ou plusieurs des quatre éléments suivants est (sont) retrouvé(s) dans le dossier : événements indésirables associés 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. • Abandon du critère « Destination du patient à la sortie ». • Pour le critère « Traitements médicamenteux à la sortie » : Evaluation sur la qualité de prescription quand le traitement est retrouvé ; Ajout d'une question sur la recherche d'information sur le traitement habituel, qui a été pris en compte dans la qualité et ajout sur la qualité des prescriptions de sortie. Pour la campagne nationale 2019, l'indicateur QLS a comporté 10 critères : Deux critères indispensables : (1) « Lettre de liaison à la sortie retrouvée » ; (2) « Lettre de liaison à la sortie datée du jour de la sortie ». En l'absence de conformité d'un de ces deux critères, le score est égal à 0. En cas de conformité des critères indispensables, le score est calculé à partir de 10 critères « qualité » : Quatre critères médico-administratifs : (3) Remise au patient de la lettre de liaison à la sortie ; (5) Identification et envoi au médecin traitant ; (4) Identification du patient dans la lettre de liaison ; (6) Identification du signataire de la lettre de liaison. Quatre critères médicaux : (7) Motif d'hospitalisation ; (8) Synthèse médicale du séjour ; (9) Traitements médicamenteux ; (10) Planification des soins.
2) Rendu des résultats en 2019 : En 2019, deux résultats ont été rendus aux établissements : 1. ceux de l'indicateur QLS : la remise de la lettre de liaison au patient rentre dans le calcul de l'indicateur. Il s'agit d'un score comportant 10 critères dont 2 indispensables (<i>lettre de liaison retrouvée, lettre de liaison datée du jour de la sortie</i>). Les résultats seront mis à disposition dans QUALHAS et diffusés dans scope santé. 2. un résultat complémentaire (indicateur SIMU_QLS) : la remise au patient devient un critère indispensable. Le score a été calculé à partir de 10 critères* dont 3 indispensables (<i>lettre de liaison retrouvée, lettre de liaison datée du jour de la sortie, remise au patient</i>). Les résultats ont été mis à disposition dans QUALHAS mais n'ont pas été utilisés en diffusion publique ou dans IFAQ. Il a été calculé uniquement en 2019

4 Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032922482&dateTexte=&categorieLien=id>

Pas de campagne de recueil en 2020 et 2021
Pas de campagne

Modifications de l'indicateur réalisées et appliquées pour 2022

Des modifications ont été apportées dans la construction de l'indicateur QLS afin de prendre en compte l'ensemble des éléments du décret, et une harmonisation a été faite pour tous les secteurs.

I) Modifications des critères 3 et 5

- **Critère 3 :** « Remise au patient de la lettre de liaison à la sortie ».

Des questions ont été ajoutées dans la grille de recueil, pour prendre en compte toutes les situations où le patient n'est pas en mesure de recevoir sa lettre de liaison ou la refuse :

- *Il s'agit de toute justification pouvant renvoyer à des motifs médicaux ou légaux ou à une justification propre à l'établissement.*

- **Critère 5 :** « Identification du médecin traitant ».

- Le critère 5 est renommé : « **Identification et envoi au médecin traitant (si applicable)** ».

Une question filtre sur la déclaration d'un médecin traitant par le patient a été ajoutée en début de questionnaire, et cette question conditionne l'ouverture des questions sur l'identification et l'envoi de la lettre au médecin traitant.

L'ajout des questions entraîne une modification des algorithmes de calcul des critères « Remise au patient de la lettre de liaison à la sortie » et « Identification et envoi au médecin traitant ».

II) Modification de l'algorithme de calcul pour les critères 3 et 5

- Critère 3 :

Le calcul du critère est modifié en prenant en compte les motifs de la non-remise de la lettre de liaison (refus du patient ou justifié par l'établissement) (cf algorithme ci-dessus).

- Critère 5 :

En plus de l'identification du médecin traitant il est demandé de rechercher l'envoi de la lettre de liaison au médecin traitant.

Le calcul du critère est modifié en ce sens (cf algorithme ci-dessus).

• Autres modifications apportées :

- Pour la chirurgie ambulatoire, la conformité du critère sur le traitement médicamenteux exige que dans la lettre de liaison soit retrouvé un traitement médicamenteux avec la qualité de la prescription et/ou le traitement habituel.
- Suppression de la question « La lettre de liaison est un document unique (hors annexe). Cette question portait sur le format du document étudié pour répondre aux questions précédentes. » Cette question n'entraîne pas dans calcul le score.
- L'effectif cible de dossiers passe de 80 à 70 pour limiter la charge de travail liée au recueil, suite à une analyse statistique de l'impact de ce changement.

Modifications de l'indicateur réalisées et appliquées pour 2024

Pas de modifications pour cette campagne

Modifications juin 2024 :

Une erreur a été détectée sur le critère 9 de QLS en 2022 et 2024. L'algorithme de calcul est corrigé sur 2024. Un calcul d'évolution sera fait entre 2022 et 2024 en prenant en compte avec ce nouvel algorithme. Les résultats individuels sont mis à jour.