



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Indicateurs de qualité et de sécurité des soins Chirurgie ambulatoire Processus et Résultats

Rose Derenne, adjointe au chef de service
Dr Linda Banaei-Bouchareb, chef de projet
Service des Indicateurs pour l'Amélioration de
la Qualité et de la Sécurité des Soins
(SIPAQSS)

Développement d'indicateurs pour mesurer le niveau de qualité et de sécurité de la prise en charge des patients en chirurgie ambulatoire

- Démarche innovante combinant indicateurs de processus et indicateurs de résultats pour la CA
- Indicateurs développés avec un groupe de travail pluri professionnels à partir de recommandations professionnelles
- Concertation des conseils nationaux professionnels
- Expérimentation des indicateurs dans 67 établissements de santé, volontaires, en 2016
- Dispositif national concernant tous les établissements concernés par la CA
 - Tous les séjours de patients admis pour une chirurgie en ambulatoire (en dehors de l'urgence)
 - Indicateurs génériques et applicables à toute chirurgie programmée en ambulatoire

Cadre de l'évaluation

— Indicateurs de processus (source : données du dossier patient) - 67 ES participants

- Analyse de 80 séjours / ES, sélectionnés aléatoirement à partir des codes PMSI
- 5 381 dossiers de 2014 analysés



— Indicateurs de résultats (source : données du PMSI) - 43 ES participants

- Indicateurs calculés automatiquement par l'ATIH
- Analyse de 20 séjours de conversions et 15 séjours de réadmissions toutes causes à 3 jours / ES
- 532 dossiers de conversions et 385 dossiers de réadmissions de 2014 analysés

Principaux résultats issus de l'expérimentation auprès de 67 établissements de santé volontaires

— Type d'organisation de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA) :

- Intégrée : 61%,
- Unités dédiées (accueil/séjour) mais blocs communs : 16%,
- Autonome : 17%,
- Indépendante : 4%,
- Satellite : 1,3%.

— L'UCA est

- multidisciplinaire : 98,5 %,
- mono disciplinaire : 1,5%

Organisation des établissements concernés par la chirurgie ambulatoire : des pistes d'amélioration ?

% des ES

Un médecin coordonnateur référent de l'UCA	97%
Une charte de fonctionnement de l'UCA	93%
Un dispositif d'évaluation de la satisfaction des patients pris en charge en ambulatoire	93%
Procédure écrite pour l'analyse des événements indésirables	87%
Un passeport ambulatoire ou livret d'accueil	85%
Un personnel dédié à la chirurgie ambulatoire	84%
Suivi d'indicateurs	76%
Une procédure écrite pour l'appel du lendemain	71%
Résultats en deçà de 70 %	
Une procédure écrite pour l'appel de la veille	69%
Une check-list pour l'admission du patient en CA	69%
Une procédure écrite pour la programmation des patients au bloc opératoire	66%
Une check-list pour la sortie du patient de la structure	62%
Un chemin clinique pour la prise en charge programmée pour l'adulte en CA	56%
Un chemin clinique pour la prise en charge programmée pour l'enfant en CA	31%
Une consultation dédiée pour dispenser au patient une information sur la prise en charge en ambulatoire	23%
Un bloc dédié à l'ambulatoire	13%

Quelques résultats : indicateurs de processus

	% des ES
Évaluation de l'éligibilité du patient à la CA / chirurgien	47
Évaluation de l'éligibilité du patient à la CA / anesthésiste	66
Information et consentement du patient pour PEC en CA	65
Évaluation du risque thrombo-embolique	61
Anticipation accompagnant pour la sortie	65
Prescription d'antalgiques avant l'admission	10
Contact avec le patient entre J-1 et J-3	45
Évaluation du risque de NVPO	44
Évaluation de la douleur avec une échelle en post-opératoire	90
Évaluation des nausées, vomissements en post-opératoire	72
Évaluation du patient pour la sortie de la structure (score)	81
Bulletin de sortie remis au patient à sa sortie	53
Compte rendu opératoire remis au patient à sa sortie	20
Soins à réaliser en post-hospitalisation	68
Contact entre J+1 et J+3	48

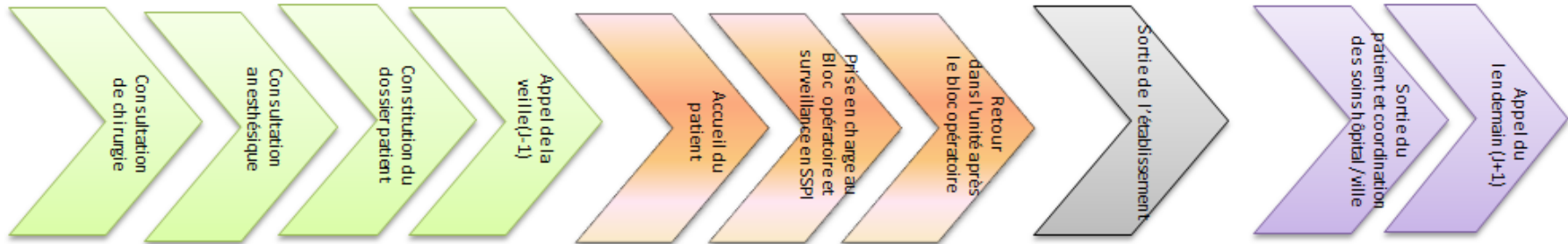
Parcours du patient en chirurgie ambulatoire

Indicateurs de processus retenus après expérimentation par le groupe de travail

Avant l'hospitalisation

Pendant l'hospitalisation

Après l'hospitalisation



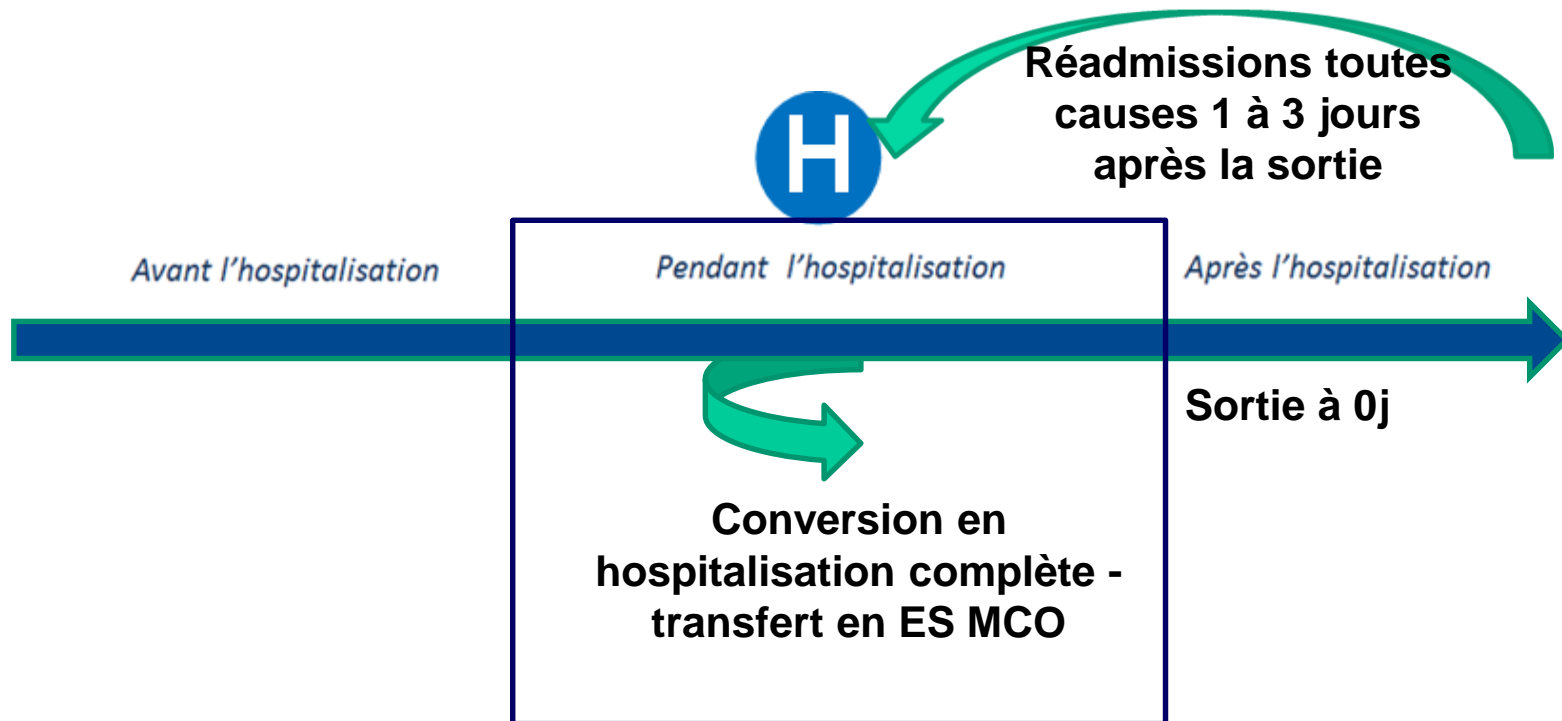
- Éligibilité du patient à la CA
- Information et consentement du patient
- Évaluation des risques de nausées – vomissements
- Évaluation des risques thrombo-emboliques
- Anticipation de la prise en charge de la douleur

- Evaluation du patient pour la sortie de la structure
- Lettre de liaison

- Contact entre J+1 et J+3

8 indicateurs de processus
Une 20^e de questions

Résultats de l'expérimentation de la chirurgie programmée en ambulatoire



Expérimentation : Analyse de 532 dossiers de conversions (1/2)

— Traçabilité dans les dossiers analysés

- Motifs des conversions : 77%
- Conversions liées aux complications médicales : 87%

— Complications les plus fréquentes :


- malaises, hypotension, hypertension, perte de sensibilité ou somnolence : 19%
- douleurs : 19%
- hémorragies, hématomes : 16%
- nausées, vomissements, céphalées : 11%

VPP à
90 %

Expérimentation : Analyse des conversions (2/2)

Difficultés identifiées
– retour des ES
expérimentateurs

Limites de la
mesure via le
PMSI

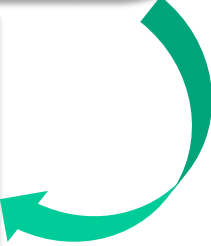


- Validité tributaire de la qualité et de l'homogénéité du codage dans le PMSI des séjours de patients admis pour une CA
- Identification des conversions possible uniquement dans les ES qui codent du MultiRUM après un 1^{er} RUM en HP

Conséquence actuellement pour le taux de conversions :

- sous estimation des conversions
- comparabilité du résultat inter-ES non fiable

→ indicateur inutilisable pour la mesure nationale des conversions et la comparaison des ES



Expérimentation: Analyse de 385 dossiers de réadmissions toutes causes entre 1 et 3 jours

- 60% des réadmissions entre 1 et 3 jours sont non programmées
- Traçabilité dans les dossiers analysés :
 - Motifs de réadmissions : 94%
 - Motif de réadmission lié au séjour index : 69%
- Motifs de réadmissions les plus fréquents
 - douleurs : 28%
 - hémorragies, hématomes : 20%
 - nausée, vomissement, céphalée , malaise vagal, hypotension : 11%
 - infections superficielles (exemple : infections de plaies chirurgicales superficielles, désunion de plaie externe, abcès de paroi...) : 9%
 - rétention urinaire, dysurie : 9%
- Indicateur *a priori* valide pour une restitution aux ES : informations complémentaires à restituer pour aider à l'analyse et amélioration des pratiques (taux par GHM, réadmissions toutes causes non ajustées à 7 jours, à 30 jours...) **en cours d'analyse**

VPP à
93,8%

Agenda prévisionnel, 2017

- Développement d'e-Satis en chirurgie ambulatoire
- 1^{ère} restitution aux ES de l'indicateur « Taux de réadmissions de 1 à 3 jours »
- 1^{ère} campagne nationale de recueil dans tous les ES des 8 indicateurs de processus
- Mobilisation d'un groupe de travail sur « Lettre de liaison à la sortie » (décret applicable depuis 1^{er} janv.)



Chirurgie ambulatoire : Performance - Qualité - Sécurité de la prise en charge des patients

- Mode de prise en charge centré sur le patient : *expertise médicale - organisation - anticipation*
 - Diminution du risque infectieux nosocomial
 - Satisfaction des patients
- Levier pour optimiser l'offre de soins et augmenter l'activité médicale, mais



... sans concession à la qualité et à la sécurité de la prise en charge des patients, avant, pendant et après l'acte de chirurgie



Je vous remercie de votre attention