

**JAB**  
2020



**JOURNÉES NATIONALES DE  
CHIRURGIE AMBULATOIRE**

29/30 JANVIER 2020 - PALAIS D'ISSY LES MOULINEAUX



International Association  
for Ambulatory Surgery

# INDICATEURS DE PILOTAGE EN CHIRURGIE AMBULATOIRE : ACTIVITÉ VERSUS QUALITÉ ?

## INDICATEURS DE QUALITÉ INTERNATIONAUX

**Dr Xavier Falières**

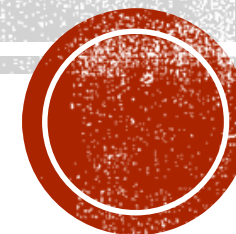
*Anesthesiologist. Medical director day care hospital. Instructor anesthesiology*

*Albert Schweitzer Hospital. Dordrecht – The Netherlands*


*President of the Dutch Society Ambulatory Care (NVDK)*

*Executive committee of the International Association for Ambulatory Surgery (I.A.A.S)*

*University lecturer, University of medicine I, Yangon, Myanmar.*



# INTRODUCTION

- La popularité de la chirurgie ambulatoire est en constante augmentation:
  - avantages cliniques, économiques et sociaux associés.
  - faibles taux d'événements indésirables ou de complications péri-opératoires ou postopératoires immédiates.
- Concurrence accrue  rendement: surveillance permanente afin de garantir des qualités de service optimales.
- Mesurer et rapporter qualité et sécurité sont essentiels:

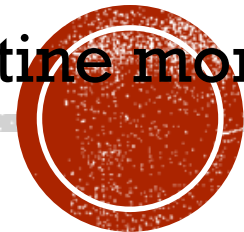
Nécessité d'indicateurs de qualité

**DES INDICATEURS CLINIQUES, ET EN PARTICULIER  
DES MESURES DE RÉSULTATS, DEVRAIENT ÊTRE MIS  
EN ŒUVRE POUR ASSURER UNE CHIRURGIE  
AMBULATOIRE SÛRE, EFFICACE ET EFFICIENTE.**

**RENDEMENT – QUALITÉ - SÉCURITÉ**



Les indicateurs cliniques ne sont pas encore des outils de routine mondiaux pour l'évaluation de la performance de qualité.





# L'I.A.A.S

- L'un des objectifs les plus importants de l'Association internationale de chirurgie ambulatoire (I.A.A.S) est l'identification d'indicateurs cliniques universellement acceptables pour une garantie de qualité en chirurgie ambulatoire.
  
- Récemment, l'IAAS a développé un projet européen, baptisé Day Surgery Data Project (DSDP), financé par la Commission européenne visant à identifier et valider un ensemble d'indicateurs et à développer des systèmes d'information sur la chirurgie ambulatoire en Europe.



# LES INDICATEURS CLINIQUES

- Les indicateurs cliniques sont des mesures qualitatives et quantitatives directes utilisées pour déterminer la qualité des soins de santé: normes, des critères, des modèles standards et autres.
- Ils doivent être faciles à définir et à analyser, être valides et fiables: notion de fréquence et de reflet d'aspects importants de la qualité.
- Le DSDP a identifié différents facteurs à prendre en compte:
  - Entrée des données (Input),
  - Données patients,
  - Accès aux soins,
  - Processus organisationnel,
  - Rendement (Output)
  - Résultats (Outcome)
  - Sécurité,
  - Satisfaction / réactivité
  - Coût / productivité.



# LES INDICATEURS EN DÉTAIL

- **Entrée des données (Input):**
  - Nombre d'admissions et % de lits de chirurgie ambulatoire / nombre total de lits de chirurgie (pour les unités non autonomes)
  - Nombre de structures et % de chirurgie ambulatoire public / privée
  - Nombre et pourcentage de salles d'opérations entièrement dédiées à la chirurgie ambulatoire / nombre total de salles d'opérations disponibles
- **Données patients: comorbidités, score ASA, social,...**
- **Accès aux soins:**
  - **Moyenne de temps d'attente:**
    - Par rapport à la liste globale des procédures
    - Pour chaque procédure.
- **Processus organisationnel :**
  - Ce sont différents indicateurs décrivant les activités de soins de santé.
  - L'indicateur choisi est le pourcentage de patients qui ont bénéficié d'une consultation ou une évaluation pré-anesthésique. L'évaluation pré-anesthésique peut permettre de découvrir des facteurs (comorbidité) contraindiquant un acte en ambulatoire, prévenant ainsi à la fois annulations et complications.



# LES INDICATEURS EN DÉTAIL (2)

- Rendement (Output):
  - Révèle le volume absolu d'activités.
  - Mesure le pourcentage d'interventions effectuées en ambulatoire rapporté à la totalité des interventions qui devraient être effectuées en ambulatoire.
  - Ce pourcentage est également un indicateur de la pertinence des soins.
  - Il détermine dans quelle mesure le rendement de la chirurgie ambulatoire atteint les objectifs fixés.
  
- Résultats (Outcome):
  - % d'admissions non planifiées d'une nuit (conversion) par cause
    - chirurgicale / anesthésique / médicale sociale / administrative
  - % de réinterventions et % de réadmissions non planifiées: dans les 24 heures, dans un délai de 7 jours
  - % de réinterventions et % de réadmissions non planifiées dans un délai de 28 jours (IAAS - Boston 2003)
  - Mortalité dans les 30 jours pour toutes les procédures chirurgicales électives (total et par procédure)



**Des taux trop élevés de réadmissions et réinterventions non planifiées doivent être considérés et gérés comme un signe avant-coureur de processus dysfonctionnels à ne pas négliger. Ils doivent inciter à étudier en profondeur la causalité et à envisager la nécessité de repenser les structures, les processus et procédures et à évaluer les compétence du personnel soignant (y compris médecins).**





# LES INDICATEURS EN DÉTAIL (3)

- Sécurité: Événements indésirables chirurgicaux et anesthésiologiques en pourcentages:
  - saignement postopératoire nécessitant un traitement dans les 2h et 24h
  - transfusion non planifiée
  - arrêt cardio-pulmonaire
  - accident thrombo-embolique
  - nausées non contrôlées dans les 2h et 24h
  - douleur non contrôlée dans les 2h et 24h
  - % erreur site opératoire, erreur côté, mauvais patient, mauvaise procédure, mauvais implant.
  - % de chutes dans le service
  - % d'infections du site opératoire
  - % de septicémies postopératoire
  - % d'erreurs médicamenteuse
- Satisfaction / réactivité : plaintes écrites, par causes: soins, attitude, organisation



# LES INDICATEURS EN DÉTAIL (4)

- **Coût / productivité :**
  - % d'annulations d'interventions chirurgicales sans avertissement par le patient (« n'est pas venu »)
  - % d'annulations de la procédure après admission, par exemple:
    - Raison médicale
    - Jeûne non respecté
    - Raisons organisationnelles
  - % d'occupation des salles d'opérations et leur efficacité
  - % de retard de plus de 30 minutes par rapport au programme prévu et mesure de ces retards
  - Temps d'opération moyen par procédure chirurgicale.





Tous ces indicateurs n'ont de valeur que si ils sont utilisés à la fois à l'intérieur d'une structure hospitalière et entre ces structures (Benchmarks)



L'établissement de normes acceptables doit être une décision concertée à un niveau national



# % DE RÉINTERVENTIONS ET DE % RÉADMISSIONS NON PLANIFIÉES DANS UN DÉLAI DE 28 JOURS

- 2 facteurs: population vieillissante et augmentation des patients à haut risque (ASA 3+/ 4)
- Quel est l'impact de la chirurgie et de l'anesthésie?
- Quel est le risque de rendre un patient indépendant dépendant par un acte chirurgical?

## Ambulatoire vs hospitalisation « classique »?



Avant intervention



Après intervention



# MORTALITÉ DANS LES 30 JOURS POUR TOUTES LES PROCÉDURES CHIRURGICALES ÉLECTIVES

- Sur la base de 1,8 million de décès après 65 ans:
  - 8 % des avait subi une intervention chirurgicale dans la semaine précédente
  - 18 % dans le mois
  - 32 % dans l'année

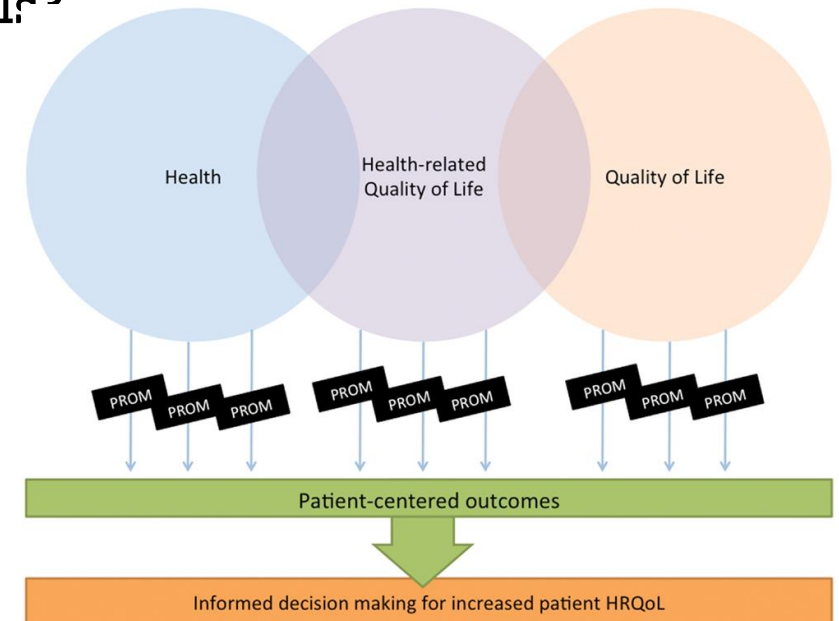
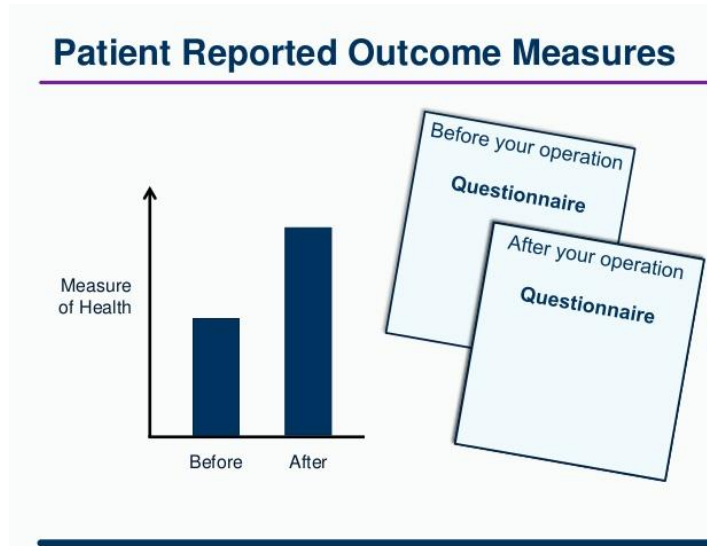
## Ambulatoire vs hospitalisation « classique »?



# L'AVENIR

Suivi à 1 an?

Évaluations des résultats (outcome) en utilisant les PROMs?



Prémices d'une coopération entre l'I.A.A.S et l'Institut néerlandais d'accréditation des soins de santé N.I.A.Z (Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg)



**MERCI DE VOTRE ATTENTION**

**DANK U VOOR UW AANDACHT**

