

# SEMINAIRE

## REUSSIR LE VIRAGE AMBULATOIRE



**SAINT LEU**  
**29 octobre 2018**

**ANFH**  
Océan  
Indien

# **Piloter les activités de Médecine ambulatoire et de HDJ SSR**

**Lundi 29 octobre 2018**

**ANFH Océan Indien**

*Madame Laurence JOSSE*

*Cadre Supérieur de Rééducation,*

*Responsable du Centre de Ressources et de Responsabilité de rééducation (C2R),*

*Hôpital Lariboisière,*

*Hôpitaux Universitaires Saint-Louis, Lariboisière, Fernand-Widal (AP-HP)*

# PILOTER LES ACTIVITÉS DE MÉDECINE AMBULATOIRE ET DE HDJ SSR

- 1. Qualification de l'activité de médecine ambulatoire et d'HDJ de SSR et instruction frontière**
- 2. Niveaux et outils de pilotage**

# **Qualification de l'activité de médecine ambulatoire et instruction frontière**

# Cadre juridique

---

- Arrêté du 5 mars 2006 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) et prises en application de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale
- Circulaire (« frontière ») du 31 août 2006 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée **remplacée par l'instruction N°DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010** relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).
- Mise en place des forfaits « sécurité environnement » (SE) en 2017
- Arrêté du 19 février 2009 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale
- Code de la sécurité sociale (articles L.162-22-6 et R.162-32)

# Instruction n° DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010

---

- **Ne pas facturer indûment des GHS à l'assurance maladie pour des prises en charge qui relèvent de « l'activité externe »**
  
- **Facturation de l'activité externe :**
  - A l'acte selon les règles de la CCAM ou de la NGAP
  - Ajout, le cas échéant, de la facturation d'un forfait sécurité environnement « SE » ou du forfait de petit matériel « FFM ».
  
- **Les « séances » au sens du PMSI et de la classification des GHM sont également exclues de cette circulaire.**
  - Chimiothérapie, transfusion, dialyse (entraînement et hémodialyse), radiothérapie (pour les établissements ex-dg uniquement), oxygénothérapie hyperbare, aphérèse

# Forfait sécurité environnement

---

- **Catégorie de prestation visant à couvrir les dépenses résultants des soins non suivis d'une hospitalisation et nécessitant la mise à disposition des moyens nécessaires à la réalisation d'actes requérant l'utilisation d'un secteur opératoire ou l'observation du patient dans un environnement hospitalier**
  - **SE 1** : acte d'endoscopie sans anesthésie générale ou locorégionale inscrit sur la liste 1 de l'annexe 11, nécessitant le recours à un secteur opératoire
  - **SE 2** : acte sans anesthésie générale ou locorégionale inscrit sur la liste 2 de l'annexe 11, nécessitant le recours à un secteur opératoire
  - **SE 3 ou SE 4** : acte inscrit respectivement sur la liste 3 ou 4 (saignée thérapeutique, FEJF003) de l'annexe 11, nécessitant une mise en observation du patient dans un environnement hospitalier

# Instruction « frontière » : nouveautés 2017

---

- **Arrêté du 2 mai 2017 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 modifié relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile**
  
- **Dispositions générales : conditions cumulatives (art. 11)**
  - Une admission dans une structure d'hospitalisation individualisée [...] pour répondre aux risques potentiels des actes réalisés
  - Un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie ou la prise en charge par une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin ou une sage-femme
  - L'utilisation d'un lit ou d'une place pour une durée nécessaire à la réalisation de l'acte ou justifiée par l'état de santé du patient



# Instruction « frontière » : Forfait Prestation Intermédiaire

---

- **Le Forfait Prestation Intermédiaire (FPI) concerne :**
  - Consultations pluri professionnelles ou pluridisciplinaires (au moins trois)
  - Dont au moins une profession médicale
  - Nécessitant une coordination médicale + rédaction d'une synthèse médicale
  
- **Pathologies actuellement concernées :**
  - Diabète de type 1 ou type 2 ou diabète gestationnel
  - Polyarthrite rhumatoïde évolutive
  - Spondylarthrite grave
  - Insuffisance cardiaque grave

# **Instruction « frontière » : forfaits APE, AP2 et SE5**

---

- **Concernent l'administration de produits de la réserve hospitalière donc administrés en hospitalisation (HC – HDJ – HAD)**
  
- **Mais depuis 2017, par dérogation, certains de ces produits ne sont plus spécifiquement administrés sous couvert d'une hospitalisation**
  - Mais dans un environnement hospitalier
  - Avec une facturation externe
  - Complétée par un forfait

# Instruction « frontière » : forfait SE 5 ou le SE 6 nouveautés 2018

---

- **Forfait SE5 : injection de toxine botulique dans les paupières**
  - Séance d'injection unilatérale ou bilatérale de toxine botulique au niveau des paupières (BALB001)
- **Forfait SE6 : injection de toxine botulique dans les muscles striés**
  - Séance d'injection de toxine botulique dans les muscles striés par voie transcutanée, sans examen électromyographique de détection (PCLB002)
  - Séance d'injection de toxine botulique dans les muscles striés par voie transcutanée, avec examen électromyographique de détection (PCLB003)
- **Non cumulable avec** : accueil et traitement des urgences (ATU), forfait petit matériel (FFM), prélèvement d'organes (PO), administration en externe de produits et prestations (APE), AP2
- **Cumulable avec FPI, et avec SE1 à 4 mais à 50% pour le moins cher**

# Risque de requalification des HDJ en actes et consultations externes

---

- **Contrôles ciblés par l'assurance maladie sur le codage diagnostic et le respect de l'instruction frontière**
  - Périodicité des contrôles : le plus souvent annuelle
  - Nombre de thèmes explorés limité
- **De ce fait, l'établissement doit anticiper une politique qualité**
  - Développer des liens entre cliniciens, DIM et direction des finances
  - Respecter les textes
  - Disposer d'un dossier patient exhaustif : élément de preuve

# Risque de requalification des HDJ en actes et consultations externes

---

- **Etablir par service la typologie des prises en charge des patients**
- **Formaliser pour chaque modalité le détail de ces prises en charge**
  - Intervenants, organisation, temporalité, etc.
- **Modifier le schéma de prise en charge du patient**
  - Ajout d'une ou plusieurs prestations si la performance médicale et / ou de la qualité des soins sont améliorées
- **Anticiper le déclassement**
  - Facturation externe ..... pas nécessairement déficitaire

# Niveaux et outils de pilotage

# Niveaux et outils de pilotage

---

## ■ Les niveaux

- ARS
- Etablissement
- Pôles, services

## ■ Les outils MCO /SSR

- Référentiels de prise en charge (EBM, ...), élaboration de chemin cliniques
- Tableaux de bord
- Rapports d'activité / services / établissements
- Importance du codage : CCAM, CSARR, NGAP, ... données PMSI
- Scan santé, ORFEE : Outil de représentation des flux entre établissements, OVALIDE : Outil de VALIdation des Données des Etablissements de santé

# Indicateurs de suivi de l'activité

---

- Casemix = éventail de cas
- GHS/GHM
- Durées de prise en charge par CM, GN, RGME, GME
- SSR : dépendance physique lourde à l'entrée // Moyenne régionale
- SSR : dépendance psychique lourde à l'entrée // Moyenne régionale
- Moyenne d'âge
- % de patients > 75 ans
- Origine géographique des patients : % de patients issu du territoire  
→ cartographie du PMSI SSR
- Origine médicale: dans ou hors filières, dans ou hors GHT

Situer l'activité dans un système d'indicateurs pour se comparer



# Indicateurs de suivi de l'activité

---

- Taux d'occupation de l'HDJ par rapport au nombre de places
- Nombre de venues par jour
- Taux de rotation sur les places d'HDJ / nombre de nouveaux patients par an
- Temps de présence des patients
- Nombre de séances par venue
- Nombre d'intervenants médicaux et non médicaux
- Nombre d'actes CCAM, CSARR
- Taux d'annulation à J0 / taux de non venues

# Indicateurs de suivi de l'activité

---

- **Taux de déprogrammation : analyse des causes**
  - **Absences de ressources médicales et paramédicales**
    - Importance d'anticipation et connaissances des absences
    - En SSR : possibilité d'inclure un patient dans une prise en charge de groupe
  - **Annulation du fait du patient**
  - **Panne sur le plateau technique (imagerie, ...)**
  
- **Taux de repli** : contractualiser avec les services de spécialités en cas d'aggravation de l'état de santé du patient pour un passage en HC (éligibilité à l'HDJ??)
  
- **Indicateurs cliniques, critères d'évaluation des chemins cliniques**
  
- **Indicateurs qualité (IPAQSS, ...)**

# Quel est le potentiel des séjours en hospitalisation conventionnelle qui serait à basculer en HDJ?

---

## ■ Evaluation difficile

- **Taux de séjours forains** : pourcentage d'hospitalisation sans nuitée dans une structure d'hospitalisation complète
- **Constat dans certaines spécialités** (hématologie clinique, immunologie, hépato-gastro-entérologie, pneumologie, cardiologie) **de séjours en hospitalisation complète ne dépassent pas une nuit : passage en HDJ?**
- **Analyser les séjours en hospitalisation complète entre zéro et une nuit**
- **Élaborer des référentiels scientifiques de prise en charge en HDJ** (pathologie éligible, organisation, facturation)

# Codage de l'activité de médecine ambulatoire

---

- **Le codage s'inscrit dans le cadre des règles générales du codage**
  - Situation de diagnostic
  - Situation de traitement : unique, itératif (séances)
  - Bilan de suivi
- **Revoir le codage lorsqu'il y a modification de la prise en charge du patient (HDJ → HC)**
- **Expertise clinicien et DIM**
  - Codage centralisé : mono activité
  - Codage décentralisé : multi activité
  - Intérêt des dossiers informatisés et des compte-rendu d'hospitalisation

# Traçabilité et exhaustivité des informations dans le dossier patient

---

- **Le dossier patient est un élément majeur dans la production de l'information médicale**
  - Continuité et qualité des soins
  - Critères de la certification des établissements
  - Aspect médico-légal (article R1112-2 du code de la santé publique)
  - Eléments de preuve en cas de :
    - Contrôle de l'assurance maladie (articles L 162-22-17 et 18 du code de la SS)
    - Contentieux sur la prise en charge

# Optimiser le codage: la réglementation

---

## ■ Article R6113-4 (CSP) :

- « Le praticien responsable d'une structure médicale ou médicotechnique ou le praticien ayant dispensé les soins est garant, pour ce qui le concerne, de **l'exhaustivité** et de la **qualité des informations** qu'il transmet pour traitement au médecin responsable de l'information médicale dans l'établissement. Ce médecin conseille les praticiens pour la production des informations. Il veille à la qualité des données qu'il confronte, en tant que de besoin, avec les dossiers médicaux et les fichiers administratifs. »

# Optimiser le codage: l'organisation

---

- **Politique d'établissement => +/- inscrite dans son règlement intérieur**
- **Organisation de la production**
  - Production par le praticien des éléments de codage
  - Codage professionnalisé ou non
  - Référentiels de codage par situation clinique
  - **Supports standardisés de codage**
    - CRH bien structurés
    - Dossier informatisé
    - Attention au sous / sur codage
  - **Rôle du DIM ++**

# Définir le cadre de l'activité d'HDJ SSR

---

## ■ Modes de recrutement des patients

- **Médecin hospitalier, libéral, médico-social, spécialiste ou généraliste**
- **Au décours d'une hospitalisation complète :**
  - Dans un service de SSR (MPR, réadaptation cardiaque, gériatrie, polyvalent...).  
Orientation thérapeutique: spasticité, appareillage, troubles de déglutition, accès à des techniques de soins, de traitement ou de rééducation plus ou moins spécifiques
  - Dans un service de MCO, ViaTrajectoire, EM de réadaptation
- **A la suite d'une CS sans hospitalisation,**
  - Pour bilan /évaluation ou un avis spécialisé
  - Ou thérapies de rééducation itératives (répétées sur une période brève pour des objectifs définis).
- **En mode combiné alternant l'HTP et une autre prise en charge, HAD, prise en charge libérale**



# Programmer l'activité et gérer les flux de patients en HDJ de SSR

---

- La gestion des flux est un enjeu majeur
- Cette fonction est souvent insuffisamment organisée surtout si prises en charges diversifiées (rythmes, cycles, ateliers)
- DMS plus courte qu'en HC → turn over important, charge de travail importante de gestion des flux (planification, répartition des entrées)
- Intérêt d'un outil informatique de planification/organisation pour repérer les créneaux de PEC disponibles
- Aléas de l'absentéisme des patients: moins « captifs » qu'en HC
- Mode d'enregistrement précis des présences et absence et accueil bien organisé (grille des motifs d'annulations)

# Piloter l'activité et gérer les flux de patients en HDJ de SSR dans un environnement en mutation

---

- **Rapports d'activité: origines des patients, ...**
- **Modification d'activités des services adresseurs, de capacitaire, d'effectifs des structures d'aval, de l'offre des soins de ville**
- **Restructuration (GHT), filières actuelles et nouvelles filières prioritaires**
- **Connaissance du secteur médico-social de re-domiciliation, d'orientation et d'hébergement**
- **Goulots d'étranglement (ex: filières internes MCO-SSR)**
- **Fonctionnement des filières**
  - En amont: problèmes des orientations du MCO vers le SSR ou d'autres alternatives post aigues
  - En aval: orientations post SSR avec la question des séjours longs et des impasses hospitalières

# Programmer l'activité en HDJ de SSR et gérer les flux de patients

---

- **Se baser sur la cartographie des flux et l'analyse selon les besoins en rééducation/ réadaptation/ réinsertion.**
  - Comparer les territoires de santé : consommation de soins pour 1.000 habitants, production de soins, démographie du territoire, taux d'équipement du territoire en lits SSR, accessibilité géographique de l'établissement (transports), capacitaire total de l'établissement.
  - Connaitre le positionnement de l'établissements dans le territoire (parts de marché, poids dans l'offre du territoire, zone de recrutement...)
  - Connaitre les autres établissements : détail de leur activité, ...
  - ViaTrajectoire: requêtes prescripteurs / receveurs
  - PMSI
  
- **Pour définir son activité en termes de programmes de soins.**

# Outils d'aide à la décision pour l'admission en SSR

---

- **Critères liés aux autorisations: peu précis**
- **Algorithme de la HAS: jugement clinique**
- **Recommandations exemple: parcours de la SOFMER**
  - **Profils de patients proches**
- **Critères d'inclusion dans les programmes de soins?**
  - **Caractéristiques socio-démographiques**
  - **Diagnostics**
  - **Statut fonctionnel**
  - **Potentiel de récupération/réadaptation**
  - **Autres déterminants (psycho-comportementaux)**

# Codage du PMSI SSR

---

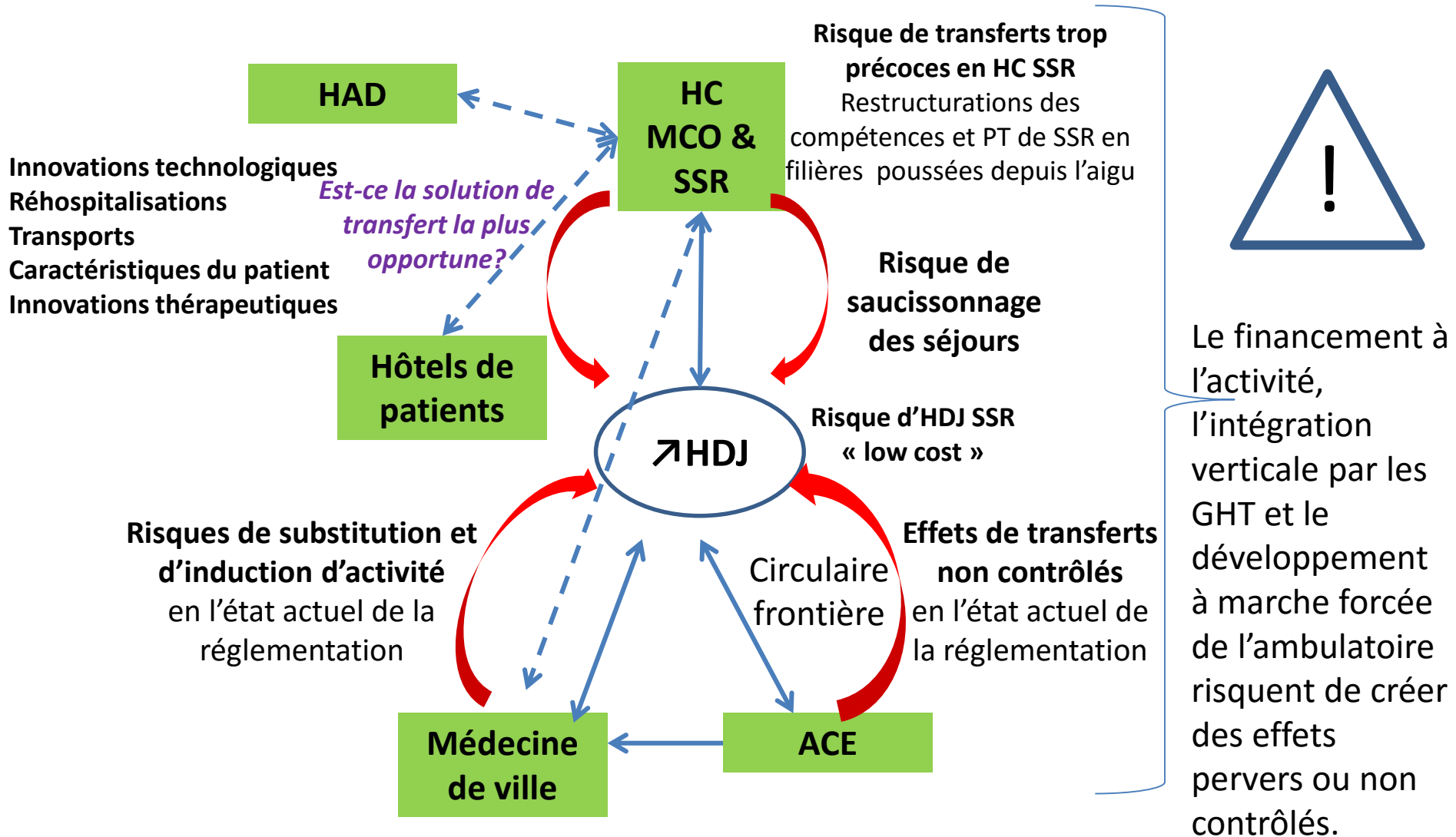
- **Le codage des activités de rééducation et réadaptation est un enjeu important pour la valorisation des séjours**
  - Diagnostic, niveaux de sévérité
  - Etiologie
  - Dépendance
  - Actes de rééducation / réadaptation
    - Codage des actes, plateaux techniques spécialisés, extensions documentaires, individuel/collectif
  
- **Charge de travail ++ en raison :**
  - Du nombre de séjour élevé
  - De la file active : nombre de patients simultanément suivis chaque semaine plus important que le nombre de patients quotidiens.

# Coordination et nouveaux modes de financement

---

- **Coordination par le GHT**
- **Coordination par les plateformes territoriales d'appui**
- **En France, plusieurs expérimentations**
  - Forfait global par type de parcours partiellement reversé par l'hôpital aux professionnels de ville, complexe face à la dualité du système (libéral et public)
  - Plan obésité: expérimentation en 2017 pour rémunérer une prise en charge médicale coordonnée, ville et hôpital, de l'obésité sévère de l'enfant afin d'accroître le recours auprès des centres spécialisés et de mieux encadrer le recours à la chirurgie bariatrique chez l'enfant
  - « Financement à la pathologie » ./.. enveloppes données (ex :mucoviscidose) avec deux idées sur le partage du forfait entre hôpital et médecin traitant
  - « Accrocher » le forfait au patient lorsqu'il s'agit de maladies chroniques mais avec un risque de non consommation ou de renoncement aux soins.

# Risques cumulés du financement à l'activité, des GHT et d'un pilotage par le taux de développement des hôpitaux de jour



Adapté de : [Rapport IGF IGAS Développement des prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine 2015](#)

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie: [Stratégie de transformation de notre système de santé](#)

Avis HCAAM: [Médecine spécialisée et organisation des soins](#)

# Conclusion

---

- **Le virage ambulatoire un challenge pour répondre aux besoins et aux attentes de nos concitoyens:**
  - Intervention d'une pluralité d'acteurs
  - Multiplicité de lieux : établissements de santé, professionnels libéraux, établissements médico-sociaux,...
  - Majoration des efforts de coordination tout au long de la prise en charge des patients pour aboutir à un parcours de santé.



**Merci pour votre attention**

---

# SEMINAIRE

## REUSSIR LE VIRAGE AMBULATOIRE



SAINT LEU  
29 octobre 2018

ANFH  
OCEAN  
INDIEN

# Piloter l'activité de Chirurgie ambulatoire

Lundi 29 octobre 2018

ANFH Océan Indien

Professeur Corinne VONS

Chirurgien digestif

Professeur à la faculté de Paris XIII



# Introduction

---

1. Un pilotage qui doit être

2. National

3. Par la CME et la direction

2. Par les coordonateurs médical et paramédical de l'Unité

3. Par chacune des spécialités concernées



# Pilotage national

---

Taux national nouveau périmètre

Taux par région, par établissement du même type, par établissement de même case mix, bientôt GHT

Taux pour les 18 gestes « marqueurs »

Taux pour les 55 gestes MSAP

Volume d'actes, indice d'organisation, innovation: IPC

## HOSPIDIAG



# Les repères pour les taux de chirurgie ambulatoire par spécialité et par acte

---

- Taux ont été calculés par l'ATIH et sont à consulter sur son site
- L'accès aux données CA par spécialité de 2013 à 2017, évoquées ce jour en séance : <http://www.scansante.fr/applications/action-gdr-chirurgie-ambulatoire-spec>



# Les repères pour les potentiels (CNAMts)

---

■ VISUCHIR



# Pilotage de l'activité par la CME

---

1. Taux de chirurgie ambulatoire de l'établissement (Zéro jour)
  1. Séjours ASOc: séjours chirurgicaux en C
  2. Inclus la stomatologie (en K), les PAC, les IVG instrumentales,
  3. Exclus les endoscopies et la radiologie interventionnelles
4. Chirurgie ambulatoire en UCAA
  1. Réglementaire (décret de Aout 2012)
  2. Qualité des soins et sécurité des patients
  3. Organisation optimisée (sortie)
5. Chirurgie ambulatoire hors UCAA
  1. Dite foraine
  2. Doit être proscrite, Tire vers le bas





## Pilotage de l'activité par la CME

---

- Les taux de chirurgies ambulatoires globale et foraine de l'établissement, doivent être contractualisés avec les services de chirurgie de façon annuelle
- Un intéressement peut être proposée (sur taux ou innovation)
- Les résultats doivent être suivis (avec les résultats qualitatifs) tous les ans et discutés
- Les volumes par spécialités peuvent être aussi évalués spécifiquement et les « parts de marché » acquises identifiées; ils peuvent être comparés aux résultats nationaux acte par acte



# Pilotage l'activité par les coordonnateurs médical et paramédical

---

1- Nombre de patients accueillis chaque jour dans l'UCA

Par spécialité

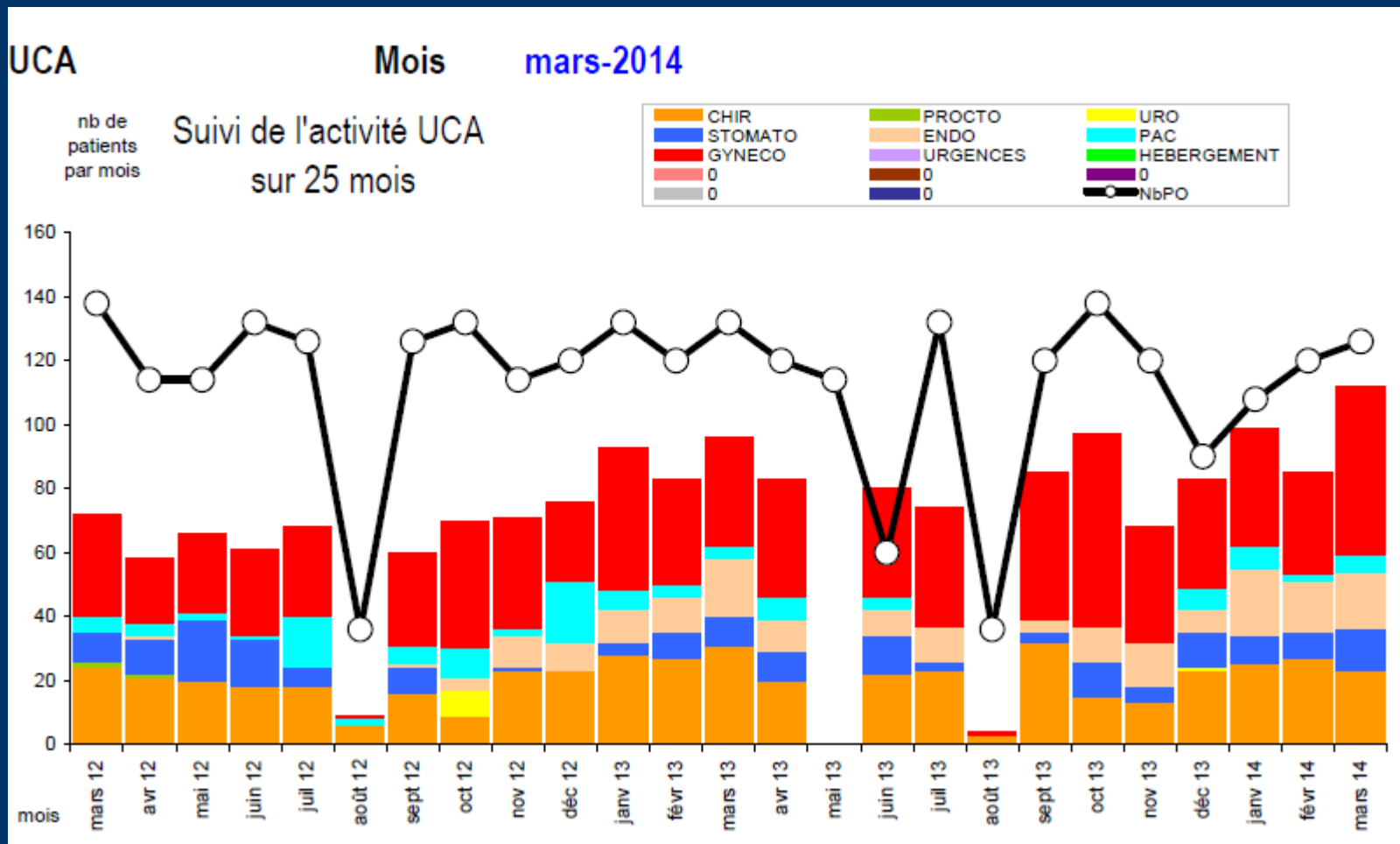
Selon le nombre de jours ouverts

*(rotation, taux occupation)*

2- les indicateurs de qualité à rentrer chaque jour

Il existe des outils informatiques permettant d'avoir  
un visuel convivial de cette activité

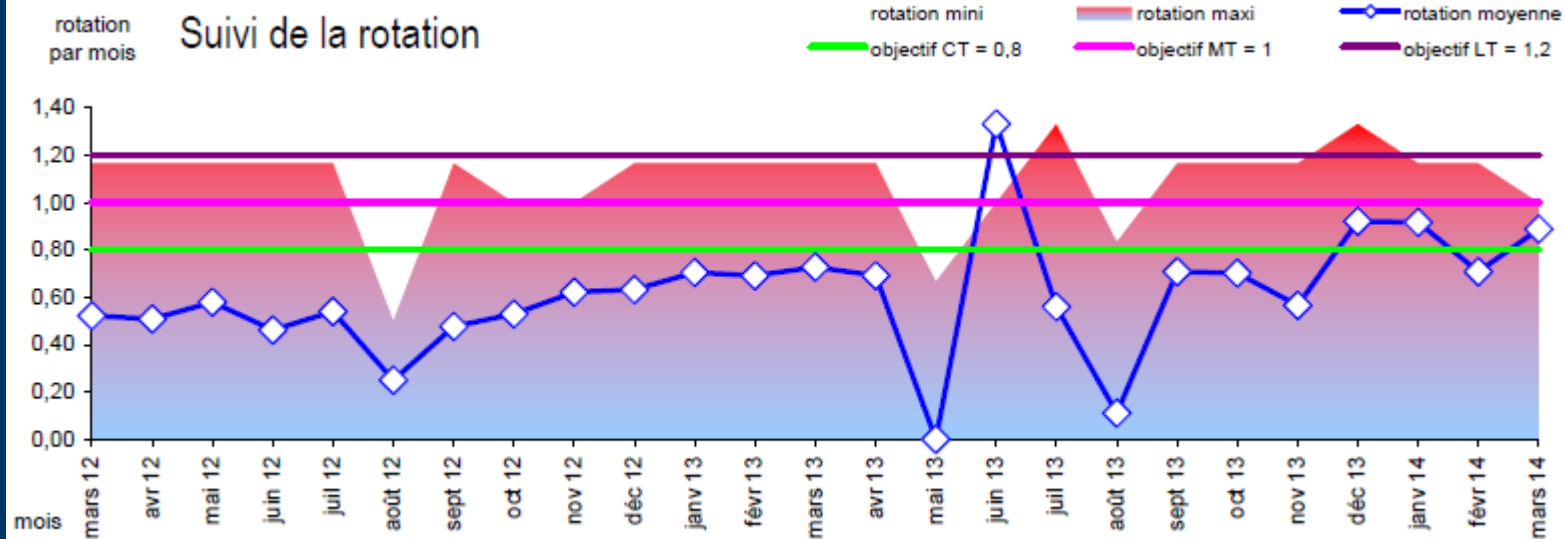
# Suivi de l'activité de chirurgie ambulatoire



par spécialité	nb	/M-1	/ Obj	
CHIR	23	↘	☹	63
PROCTO	0	→	☹	13
URO	0	→	😊	4
STOMATO	13	↗	👍	8
ENDO	18	↗	👍	13
PAC	5	↗	☹	17
GYNECO	53	↗	👍	8
URGENCES	0	→	####	
HEBERGEMENT	0	→	👍	

## Activité UCA du mois

globale	nb	/M-1	/ Obj
Patients par mois	112	↗	😊 109
Places ouvertes	126	↗	
Nb patients / jour - MOY	3,6	↗	
Nb patients / jour - MIN	0	→	
Nb patients / jour - MAX	6	↘	





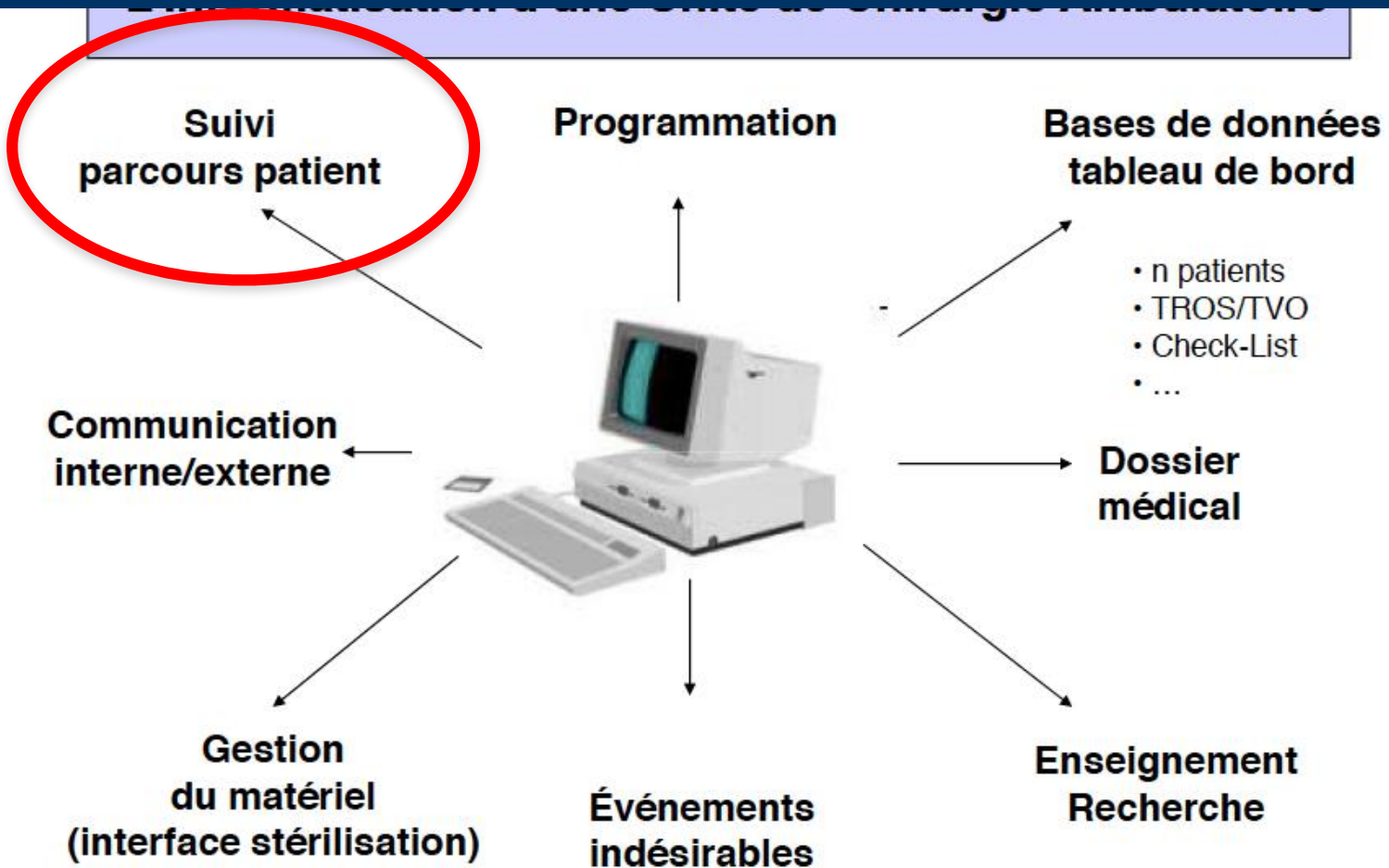
# Pilotage l'activité par les coordonnateurs médical et paramédical

---

## Autres éléments du pilotage

- 1- apprécier la durée du séjour des patients pouvoir prévoir leur heure de sortie
- 2- connaître les lieux d'attente des patients (durée anormalement longue) en déterminer les causes  
amélioration
- 3- connaître la durée de chaque étape+++++

# Pilotage l'activité par les coordonnateurs médical et paramédical



# Pilotage l'activité par les coordonnateurs médical et paramédical

## Les moyennes journalières par spécialité et type d'intervention

Menu

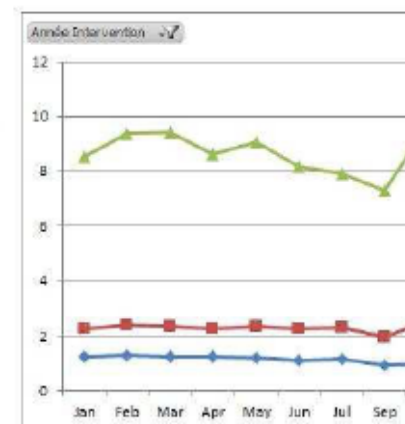
Activité par spécialité et motif d'intervention



### 2. Moyenne nombre de patients par jour

Année Intervention 2011

	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Sep	Oct	Nov	Dec	Total
Ⓜ Digestif	1.26	1.29	1.26	1.26	1.21	1.11	1.16	0.95	1.00	1.26	1.13	12.89
Ⓜ Gynécologie	2.26	2.41	2.37	2.26	2.37	2.26	2.32	1.95	2.60	2.37	1.75	24.92
Ⓜ Ortho	8.53	9.35	9.42	8.63	9.05	8.16	7.89	7.26	9.67	9.42	7.50	94.89
AMOS	1.42	2.06	1.84	1.58	1.63	1.42	1.53	1.37	1.13	1.84	0.25	16.07
Cheville : Achille									0.07			0.07
Cheville : exérèse kyste	0.05		0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05		0.05	0.13	0.55
Chondrome	0.05	0.06	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05		0.05		0.48
Coude : arthroscopie	0.05	0.06	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05		0.05		0.48
Coude : épicondylite ciel ouvert									0.07			0.07
Cure de pseudarthrose scap	0.05		0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05		0.05		0.42
Doigt : Dupuytren	0.32	0.24	0.32	0.32	0.32	0.32	0.26	0.26	0.13	0.32	0.25	3.04
Doigt : kyste	0.16	0.12	0.16	0.16	0.16	0.16	0.16	0.16	0.27	0.16	0.13	1.77
Doigt : panaris	0.32	0.24	0.32	0.32	0.32	0.32	0.32	0.32	0.13	0.32	0.13	3.02
Doigt : phlegmon											0.13	0.13
Épaule : acromioplastie									0.07			0.19
Épaule : arthrolyse arthrosc	0.11	0.12	0.11	0.05	0.11	0.11	0.05			0.11	0.13	0.87
Épaule : arthroscopie	0.05	0.06	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05		0.05		0.48





# Piloter la qualité et la sécurité en chirurgie ambulatoire

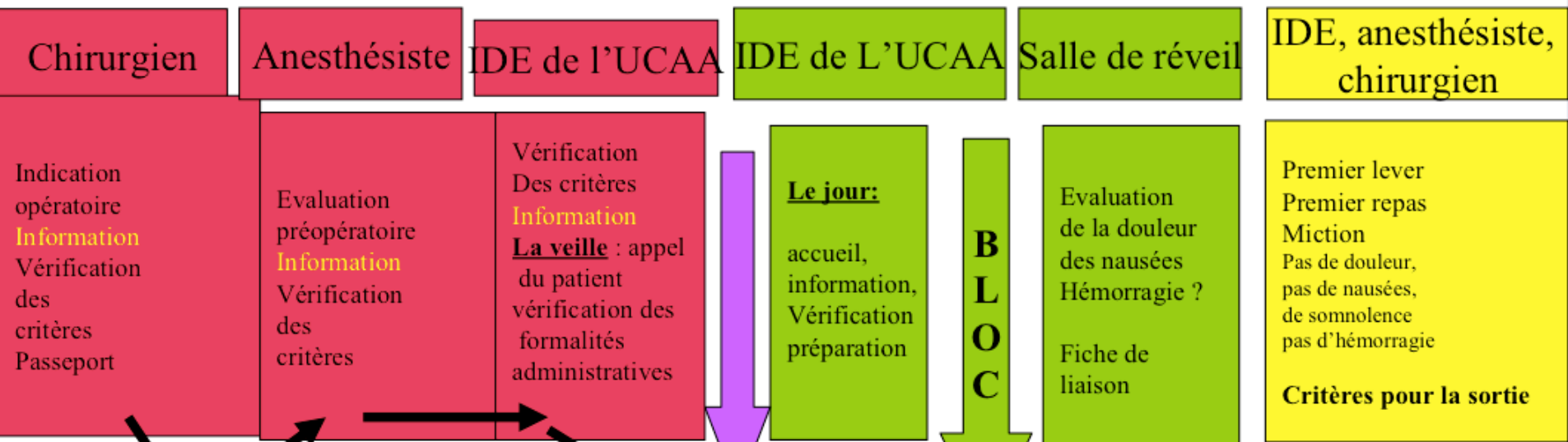
---

## Indicateurs de qualités en chirurgie ambulatoire: pendant le séjour (IAAS)

- 1- Déprogrammations:
- 2- Retours en salle d'opération de la SSPI
- 3- Admissions non programmées
- 4- Sorties retardées:



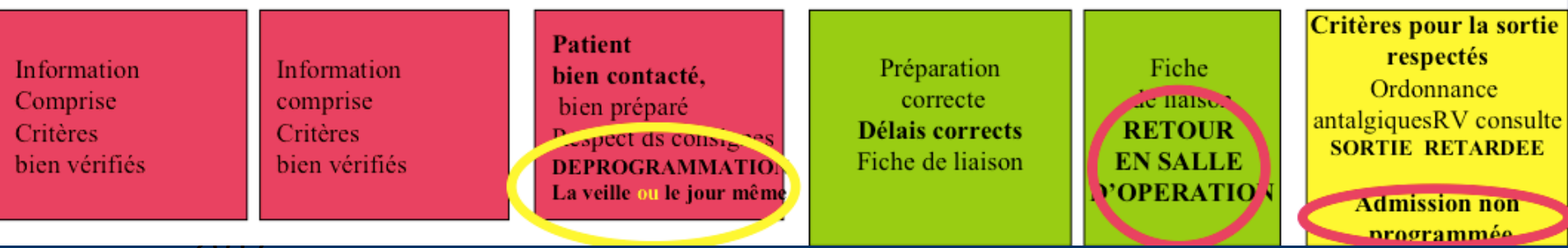
# Chemin clinique -Chirurgie ambulatoire



Passeport.....



## Pertinence des actes – Évaluation des délais et du processus global





# Pilotage de la qualité et de la sécurité

---

## 1 - Taux de déprogrammations

Patient n'arrive pas :

Il a prévenu les jours précédents ( aurait pu être récupéré)

Il n'a pas prévenu, mais il n'a pas répondu à l'appel préop ( aurait pu être récupéré)

Il n'a pas prévenu mais n'a pas été à la consultation d'anesthésie ( aurait pu être récupéré)

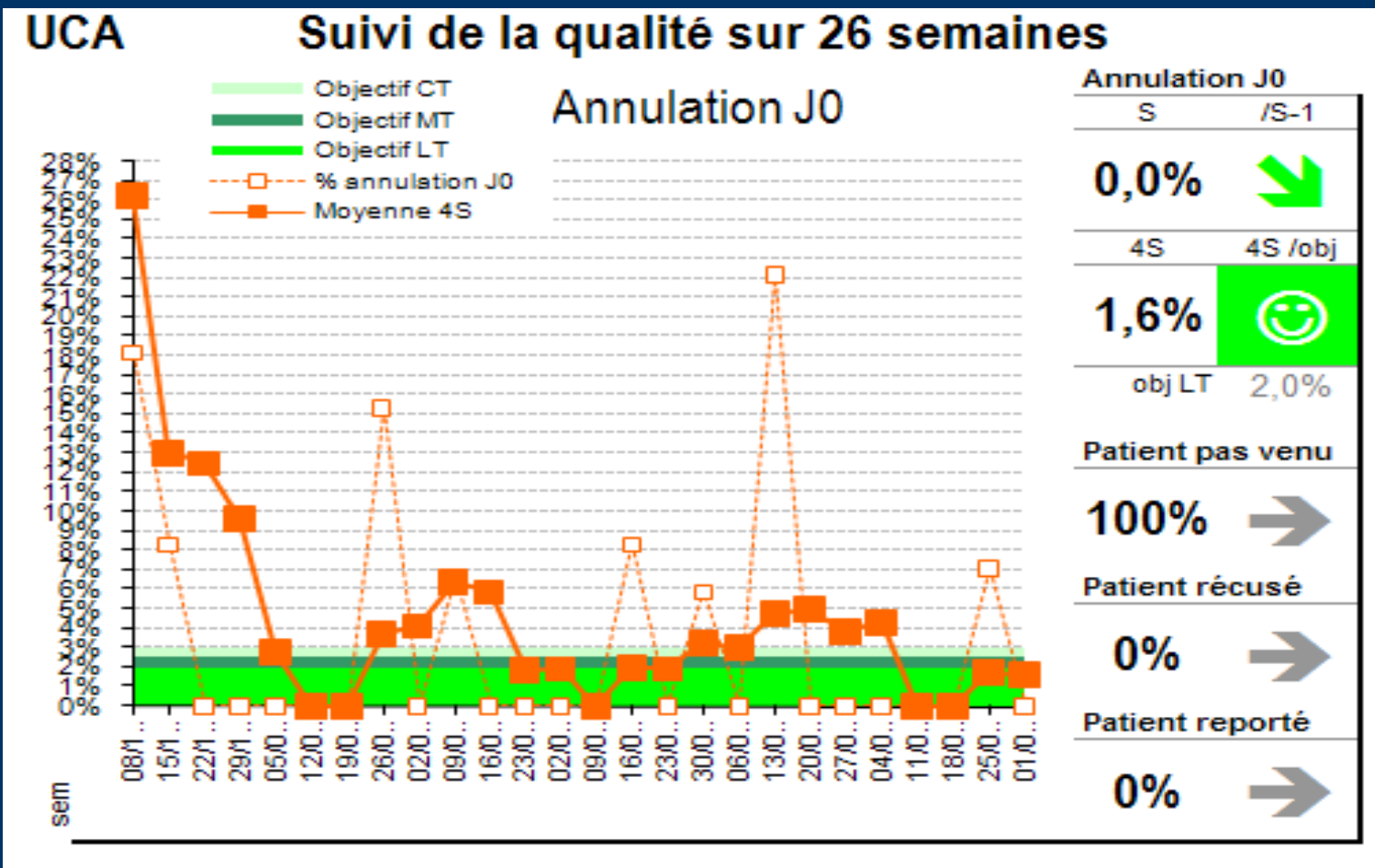
Patient arrive mais récusé pour l'ambulatoire pour raison médicale préexistante (aurait pu être évité)

Patient arrive mais récusé pour l'ambulatoire pour raison médicale aiguë

Déprogrammation pour des raisons administratives ou absence d'accompagnant ( aurait pu être évité)

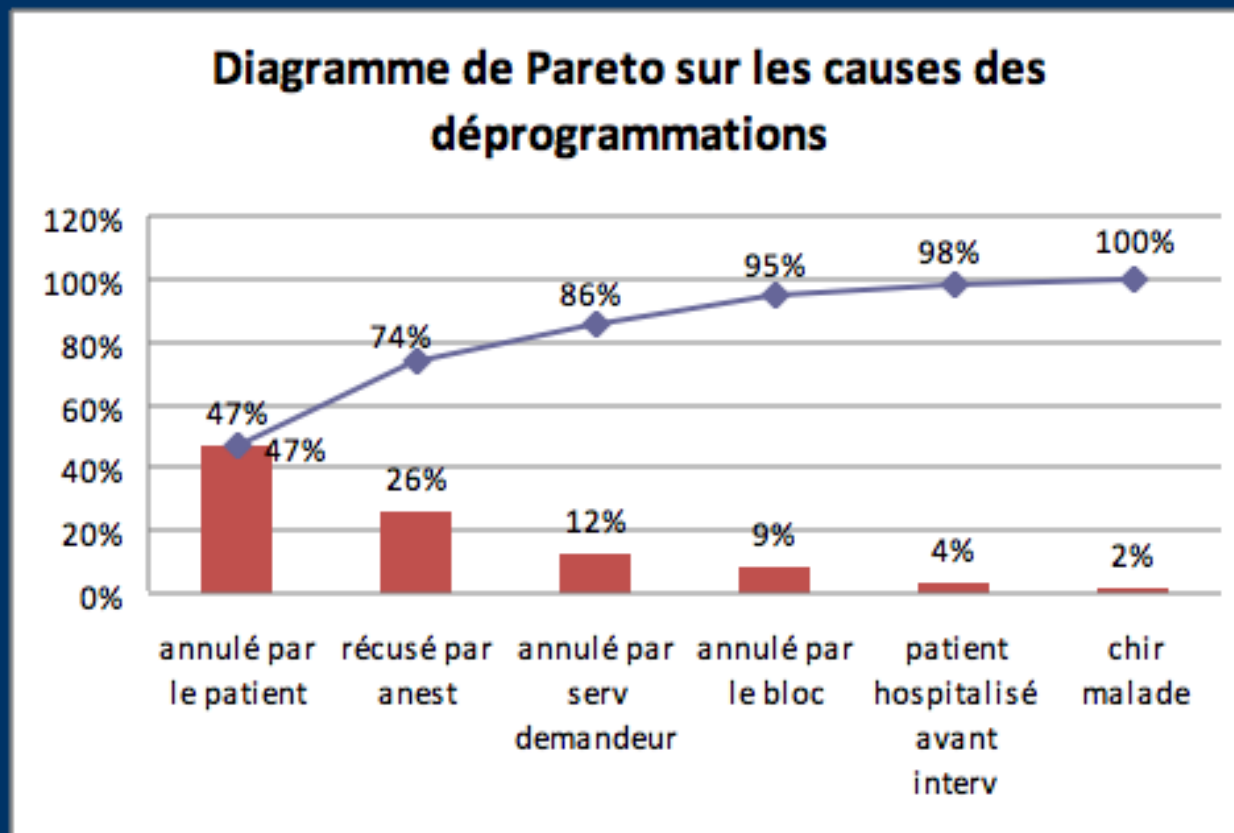
Le taux de déprogrammation doit être inférieur à 5 %

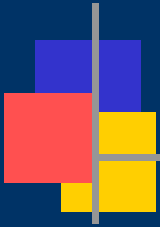
# Evolution du taux de patients déprogrammés



De 17 % à 1,6 %

# Causes des déprogrammations





## 2- Admissions non programmées la nuit

### Causes

Douleurs

Nausées et vomissements

Stress

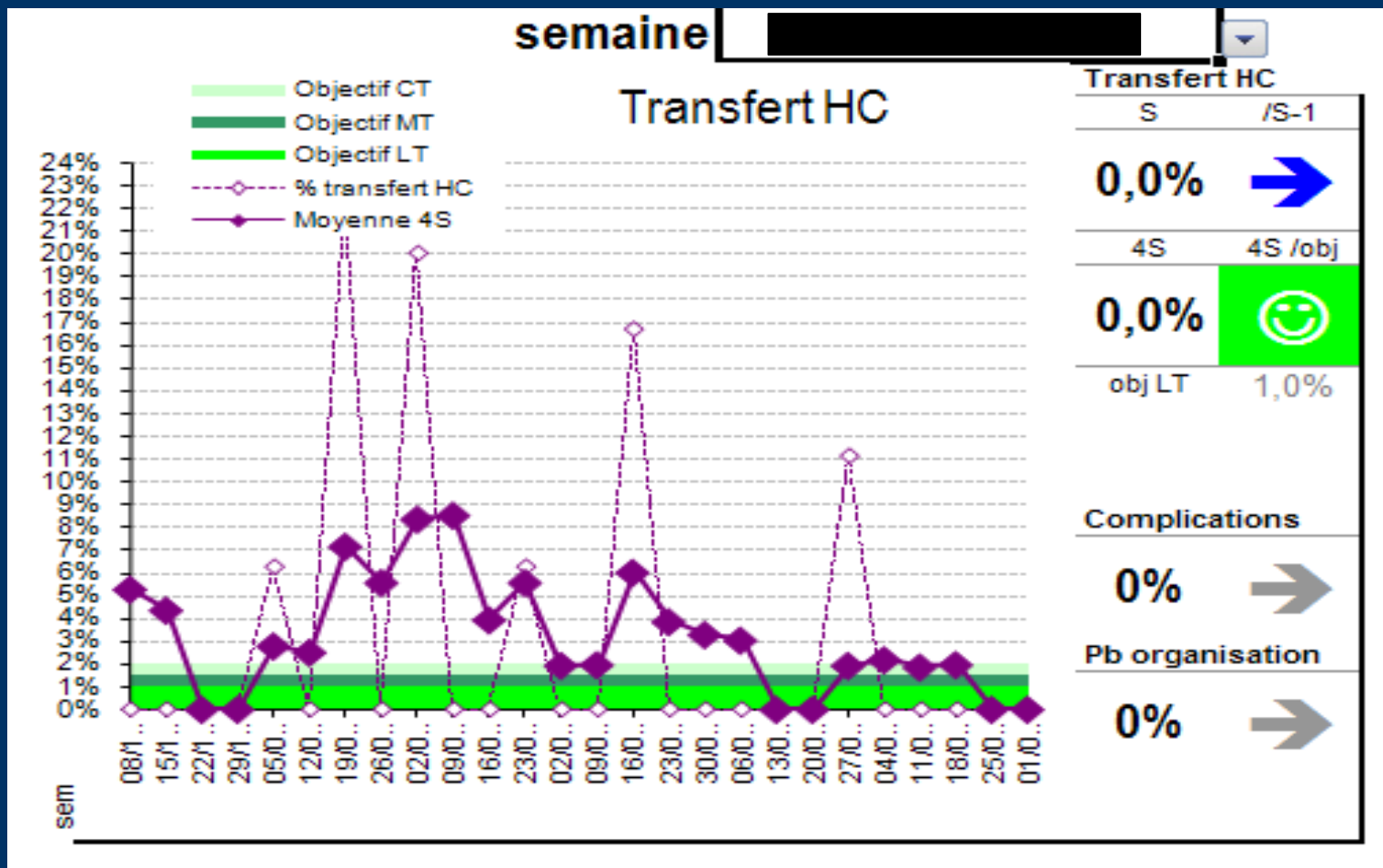
Pas d'accompagnant

Intervention qui finit trop tard

Le plus souvent évitables

**Le taux de déprogrammations doit être inférieur à 1 %**

## 2- Admissions non programmées la nuit après cholécystectomie



De 7 % à moins de 1 %

# Pilotage de la qualité et de la sécurité

## 3- Sorties retardées

Pour les unités à maturité

Signifie une grande maîtrise

Mais importance +++

pour le patient

pour son entourage

# Indicateurs de qualité et de sécurité en chirurgie ambulatoire après la sortie

---

Satisfaction des patients++

Consultations non programmées après la sortie

Gloalement

Pour des pathologies ciblées

Admissions non programmées après la sortie

Gloalement

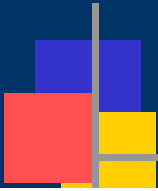
Pour des pathologies ciblées

Réinterventions non programmées

Gloalement

Pour des pathologies ciblées





## 4- Satisfaction du patient++++++

**Problème des questionnaires de satisfaction**

**À récupérer par l'UCAA**

**Doivent être ciblés UCAA**

**Courts**

**Adaptés aux patients qui n'ont pas trop envie de répondre**

# QSS - e-Satis MCOCA :

## expérimentation du dispositif de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire

- Contexte
- Depuis janvier 2015, la HAS pilote la mise en œuvre du dispositif national de mesure de la satisfaction e-Satis. Dans un premier temps, l'enquête a porté sur le champ des hospitalisations de plus de 48h en MCO. Afin de compléter l'évaluation de la satisfaction dans le secteur MCO, la HAS souhaite désormais étendre le champ à la chirurgie ambulatoire.
- La prise en charge pour une chirurgie en ambulatoire confère au patient une place primordiale : il est au cœur du succès de cette organisation. C'est le patient, de par son éligibilité et son consentement éclairé, qui rend possible la réalisation d'un acte en ambulatoire. L'information qui lui est transmise, à toutes les étapes de son parcours est particulièrement importante car elle permet notamment l'optimisation de la gestion des flux de patients. La mesure de la satisfaction et de l'expérience-patient lors de la prise en charge contribue à la mise en place d'actions en vue de l'amélioration de la prise en charge.
- Cette mesure complètera par ailleurs :
- l'évaluation quantitative de la qualité et de la sécurité du parcours du patient en chirurgie ambulatoire par les indicateurs de processus et de résultats déjà développés par la HAS.
- l'évaluation par l'audit de processus et par le patient traceur en chirurgie ambulatoire via le dispositif de la Certification.

# QSS - e-Satis MCOCA :

expérimentation du dispositif de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire

- Déroulement de l'expérimentation
- L'expérimentation a démarré en octobre 2017 et s'est achevée le 26 février 2018.  
Tous les établissements ayant une activité de chirurgie ambulatoire ont pu participer.
- L'ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation) a créé un compte pour chaque établissement sur la plateforme pilote nationale spécifique à l'expérimentation e-Satis chirurgie ambulatoire, accessible avec les mêmes identifiants que pour e-Satis +48h MCO. La participation des établissements était basée sur le volontariat.
- Pour participer, chaque établissement a dû déposer sur la plateforme pilote, les adresses mails recueillies grâce à un "fichier de dépôt".

# Les facteurs décisifs de la satisfaction des patients en postopératoire (1)

- 1) l'attitude avenante de l'équipe du bloc
- 2) la visite du chirurgien en zone de repos

---

- 3) la prise en charge de la douleur postopératoire
- 4) la délicatesse au moment de l'intraveineuse
- 5) la chasse aux délais d'attente

# Les facteurs décisifs de la satisfaction des patients en postopératoire (2)

- 6) le délai de récupération
- 7) l'information régulière des proches sur le déroulement des différentes étapes de la prise en charge
- 8) la prise en charge des nausées - vomissements

Tarazi EM, Philip BK. Amer J Anesth 1998;25:154-7



# Conclusion

---

- Le pilotage de l'activité de chirurgie ambulatoire doit être national, régional, au niveau de établissements de santé, et au niveau des UCA
- Il doit porter sur les taux globaux, par spécialité, par acte, les volumes, mais aussi la qualité (admission le soir, consultation, réadmissions et réinterventions imprévues à 30 jours et bien sur la satisfaction des patients

**Merci pour votre attention**

---

# SEMINAIRE

## REUSSIR LE VIRAGE AMBULATOIRE



**SAINT LEU**  
**29 octobre 2018**

**ANFH**  
Océan  
Indien