

Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins
« Evaluation et prise en charge de la douleur » en MCO
 - Version 2022 -

Définition	<p>Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux de conformité, évalue la traçabilité de l'évaluation de la douleur avec une échelle dans le dossier patient ET pour les patients présentant des douleurs au minimum d'intensité modérée¹, la mise en oeuvre d'une stratégie de prise en charge de la douleur et une ré-évaluation de la douleur.</p> <p>Remarque : l'exigence porte sur la traçabilité de la prise en charge des douleurs au minimum d'intensité modérée², ce qui n'exclut pas une prise en charge adaptée des patients présentant des douleurs d'intensité faible.</p>
Justification	<p>La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 intègre la prévention de la douleur comme une priorité de la politique nationale de santé. Elle s'appuie sur les changements de pratiques et organisations soutenus par les 3 plans (1998, 2005, 2016) de lutte contre la douleur et la loi de 2002 relative aux droits des malades qui indique « <i>Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée</i> ».</p> <p>La prévention de la douleur repose sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et réseaux de soins ; • L'amélioration des traitement médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité ; • Une meilleure prise en charge des douleurs chroniques rebelles.
Utilisations	<ul style="list-style-type: none"> • L'objectif de performance est fixé à 80%, soit 8 dossiers sur 10 ; • Pilotage interne 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	<p>Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements.</p> <p>Indicateur de type de taux.</p> <p>Pas d'ajustement sur le risque.</p>
Numérateur	<p>Nombre de séjours de patients pour lesquels :</p> <ul style="list-style-type: none"> • on retrouve une évaluation de la douleur avec une échelle* dans le dossier ; <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> • pour les patients présentant des douleurs au minimum d'intensité modérée, on retrouve : <ul style="list-style-type: none"> - la mise en oeuvre d'une stratégie de prise en charge de la douleur dans le dossier du patient : moyens médicamenteux et/ou moyens non médicamenteux ; <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> - une ré-évaluation de la douleur avec une échelle* suite à la mise en oeuvre de cette stratégie de prise en charge de la douleur. <p>* voir la liste des échelles acceptées.</p>
Dénominateur	<p>Nombre de séjours évalués.</p>
Echantillon	<p>L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 séjours tirés au sort sur l'année N-1.</p>
Critères d'inclusion	<p>Séjours hors séances d'au moins un jour.</p>
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ; ▪ Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ; ▪ Séjours des nouveau-nés dits « non hospitalisés » ;

1 Douleur modérée » ou « douleur intense » ou « douleur insupportable ».

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissement, que ce soit en établissement « demandeur » ou en établissement « prestataire » ; ▪ Séjours avec un GHM erreur ; ▪ Séjours avec un GHM 23K02Z (explorations nocturnes et apparentées) ; ▪ Séjours en UHCD non suivis d'un séjour en MCO.
<p>Mode d'évaluation de l'indicateur</p>	<p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire.</p> <p>La prise en charge de la douleur associe selon les cas des traitements médicamenteux et/ou non médicamenteux (techniques de soins).</p> <p>Il convient de retrouver la mise en œuvre de la stratégie de prise en charge de la douleur : i) pour les moyens médicamenteux, il est attendu l'administration du (des) médicament(s) ; ii) pour les moyens non médicamenteux, il est attendu un compte rendu de réalisation de la mise en œuvre <u>OU</u> une information sur la réalisation de la mise en œuvre.</p> <p>Le critère est satisfait si :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ On retrouve une évaluation de la douleur avec une échelle* dans le dossier ; <p><u>ET</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour les patients présentant des douleurs au minimum d'intensité modérée, on retrouve : <ul style="list-style-type: none"> - la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge de la douleur dans le dossier du patient : moyens médicamenteux et/ou moyens non médicamenteux ; - ET une ré-évaluation de la douleur avec une échelle* suite à la mise en œuvre de cette stratégie de prise en charge de la douleur. <p>* voir la liste des échelles acceptées.</p>

Historique de l'indicateur « Evaluation et prise en charge de la douleur »**Rappel sur le développement de l'indicateur « Evaluation et prise en charge de la douleur »**

En 2017, il a été proposé au groupe de travail en charge du suivi des indicateurs du dossier patient de faire évoluer l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » en un indicateur intitulé « Evaluation et prise en charge de la douleur ». Ce nouvel indicateur évalue la traçabilité de l'évaluation de la douleur avec une échelle dans le dossier patient, ET pour les patients nécessitant une prise en charge, la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge de la douleur et une ré-évaluation de la douleur.

L'indicateur a été expérimenté dans 182 établissements volontaires parmi les 1158 établissements ayant réalisé la campagne nationale 2018.

L'expérimentation de l'indicateur a été concluante au vu de la bonne faisabilité du recueil des données et les résultats étaient encourageants pour la mise en place d'actions d'amélioration des pratiques relatives à la prise en charge et au suivi de la douleur.

Indicateur recueilli lors du premier recueil national en 2019

La première campagne nationale de recueil a eu lieu en 2019.

Les résultats de l'indicateur sont diffusés dans Scope santé et pris en compte dans IFAQ.

Les modifications apportées en 2020

Pour 2020, la construction de l'indicateur « Evaluation et prise en charge de la douleur » est inchangée par rapport à la campagne 2019.

Des modifications sont apportées dans le libellé de l'indicateur : « douleurs nécessitant une prise en charge » est remplacé par « douleurs au minimum d'intensité modérée » (« douleur modérée » ou « douleur intense » ou « douleur insupportable »).

Les modifications apportées en 2022

Pour la campagne 2022, il n'y a pas de modification de construction apportée dans l'indicateur PCD.

L'échantillon sur lequel l'indicateur PCD est calculé passe de 60 à 50.

Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins
« Qualité de la lettre de liaison à la sortie » en MCO
 - Version 2022 -

Définition	<p>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.</p> <p>L'indicateur est calculé à partir de 12 critères qualité :</p> <p>Deux critères sont indispensables :</p> <p>(1) « Lettre de liaison à la sortie retrouvée » ; (2) « Lettre de liaison à la sortie datée du jour de la sortie ».</p> <p>En l'absence de conformité d'un de ces deux critères, le score est égal à 0.</p> <p>Le score est calculé, en cas de conformité des critères indispensables, à partir de la traçabilité des 10 critères « qualité » :</p> <p>Cinq critères médico-administratifs :</p> <p>(3) Remise au patient de la lettre de liaison à la sortie ; (4) Identification et envoi au médecin traitant (si applicable) ; (5) Identification du patient ; (6) Date d'entrée et date de sortie ; (7) Identification du signataire de la lettre de liaison ;</p> <p>Cinq critères médicaux :</p> <p>(8) Motif de l'hospitalisation ; (9) Synthèse médicale du séjour ; (10) Actes techniques et examens complémentaires ; (11) Traitements médicamenteux de sortie ; (12) Planification des soins.</p>
Justification	<p>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 d 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 ».</p> <p>Le décret n°2016-995 publié le 20 juillet 2016, 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.</p> <p>Article R.1112-1-2 du CSP (créé par l'article 1 du décret n°2016-995 du 20 juillet 2016) :</p> <p>« 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. »</p> <p>« 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. »</p> <p>« II. Cette lettre de liaison contient les éléments suivants (cf décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison) :</p> <p>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</p>

	<p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>5) annonce, le cas échéant, de l'attente de résultats d'examens ou d'autres informations qui compléteront cette lettre de liaison ;</p> <p>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 ».</p> <p>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 <u>personne de confiance</u>. »</p>
Utilisations	<p>L'objectif de performance est fixé à 80/100.</p> <p>Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé.</p> <p>Procédure de certification des établissements de santé.</p> <p>Diffusion publique, Incitations financières à l'amélioration de la qualité (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet – cf cadre réglementaire.</p>
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements.</p> <p>Score composite.</p> <p>Pas d'ajustement sur le risque.</p>
Score individuel	<p>Un score individuel est calculé pour chaque dossier. Il correspond à la somme des critères conformes divisée par le nombre de critères applicables.</p> <p>Si un des deux critères « indispensables » n'est pas conforme, le score individuel est égal à 0.</p> <p>Quand un critère est non applicable, il n'est pas pris en compte dans le calcul de l'indicateur.</p>
Score global	<p>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).</p>
Echantillon	<p>L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 70 séjours, tirés au sort sur l'année N-1.</p>
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours hors séances d'au moins un jour ; ▪ Séjours de patients sortis à « domicile » (code de mouvement « 8 »).
Critères d'exclusion	<p>Exclusions à partir du tirage au sort principal :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ; ▪ Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ; ▪ Séjours des nouveau-nés dits « non hospitalisés » ; ▪ Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissement, que ce soit en établissement « demandeur » ou en établissement « prestataire » ; ▪ Séjours avec un GHM erreur ; ▪ Séjours avec un GHM 23K02Z (explorations nocturnes et apparentées) ; ▪ Séjours en UHCD non suivis d'un séjour en MCO. <p>Exclusion spécifique à l'indicateur QLS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjours de patients non sortis à domicile.
Mode d'évaluation de la conformité des critères de l'indicateur	<p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire permettant de calculer les critères.</p> <p>▪ Deux critères indispensables :</p> <p>1. Lettre de liaison à la sortie retrouvée (critère 1)</p> <p>Le critère est satisfait si la lettre de liaison à la sortie est retrouvée dans le dossier médical.</p>

Quand le critère n'est pas satisfait, le score est 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 de rédaction notée dans la lettre de liaison est la date de sortie administrative du patient.

Quand le critère n'est pas satisfait, le score est égal à 0.

▪ **Cinq 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 la remise au patient de sa lettre de liaison à la sortie ;

OU

- Si on retrouve la mention du refus du patient de recevoir sa lettre de liaison ;

OU

- Si on retrouve la justification de la non remise au patient.

4. Identification et envoi au médecin traitant (critère 4) (si applicable)

Ce critère ne concerne que les patients ayant déclaré un médecin traitant ou pour lesquels la réponse est « ne sait pas » à la déclaration du médecin traitant.

Le critère est satisfait :

- Si on retrouve dans la lettre de liaison à la sortie ou dans le dossier 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 sa lettre de liaison soit envoyée au médecin traitant.

5. Identification du patient dans la lettre de liaison (critère 5)

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 **ET** prénom **ET** date de naissance **ET** sexe.

6. Date d'entrée et date de sortie (critère 6)

Le critère est satisfait si on retrouve, dans la lettre de liaison à la sortie, de façon lisible, une référence aux dates du séjour (date d'entrée **ET** date de sortie).

7. Identification du signataire de la lettre de liaison (critère 7)

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).

▪ **Cinq critères médicaux :**

8. Motif d'hospitalisation (critère 8)

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

9. Synthèse médicale du séjour (critère 9)

Le critère est satisfait si les deux éléments suivants sont retrouvés dans la lettre de liaison à la sortie :

- 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.

ET

- une synthèse de la situation clinique du patient à sa sortie.

10. Actes techniques et examens complémentaires (critère 10)

Le critère est satisfait :

- Si au minimum une conclusion ou une information concernant le (les) acte(s) technique(s) ou examen(s) complémentaire(s) réalisé(s) pendant l'hospitalisation est retrouvée dans la lettre de liaison à la sortie ;

OU

- S'il est noté qu'aucun acte technique / examen complémentaire n'a été réalisé durant l'hospitalisation, dans la lettre de liaison à la sortie ;

OU

- S'il est noté que les résultats sont en attente.

11. Traitements médicamenteux de sortie (critère 11)

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

- La liste des médicaments à la sortie du patient, avec pour chaque prescription de médicament : sa dénomination (DCI et/ou nom commercial), sa posologie (dosage unitaire ET rythme d'administration), sa voie d'administration ET sa durée de prescription, ou la mention de l'absence de traitement à la sortie.

ET

- La mention de la suppression, de la modification, ou de la poursuite du traitement habituel ou la mention de l'absence de traitement habituel.

12. Planification des soins (critère 12)

Le critère est satisfait si on retrouve une information dans la planification des soins dans la lettre de liaison à la sortie, qu'elle soit prévue en amont de l'hospitalisation (ex : programme personnalisé de soins réévalué/à jour...), déjà faite ou à faire par le patient (rendez-vous médicaux (y compris chez le médecin traitant), examens complémentaires à faire, soins infirmiers ou de rééducation), ou s'il est mentionné que le patient ne nécessite pas de soins immédiats.

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 »

En 2014, le service évaluation et amélioration des pratiques a élaboré un référentiel d'informations relatives au séjour et nécessaires à la continuité et la sécurité des soins en sortie d'hospitalisation, intitulé « **Document de sortie d'hospitalisation - contenu métier¹** », comportant 5 rubriques médicales obligatoires, 8 rubriques médicales facultatives et 6 rubriques médico-administratives. L'indicateur « Qualité du document de sortie » (QDS) a été développé à partir de ce référentiel, dans le cadre du groupe de travail Dossier Patient en MCO. Il a évalué la qualité du document de sortie² et sa transmission au patient et au médecin destinataire le jour de la sortie d'hospitalisation, à travers 5 critères médicaux et 7 critères médico-administratifs. Cet indicateur a été expérimenté en 2015, dans 64 établissements de santé volontaires. La pertinence, les qualités métrologiques et la faisabilité du recueil ont été validées par la HAS.

La parution du décret³ portant sur le contenu de la lettre de liaison a conduit à modifier l'intitulé de l'indicateur "**Qualité du document de sortie (QDS)**" par l'intitulé "**Qualité de la lettre de liaison à la sortie (QLS)**".

Ce décret reprend les exigences du référentiel « **Document de sortie d'hospitalisation-contenu métier** »¹, élaboré par la HAS.

Indicateur recueilli lors du premier recueil national en 2016

Pour la campagne nationale 2016, l'indicateur QLS comportait **14 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 12 critères « qualité » :

Six critères médico-administratifs :

- (3) Remise au patient de la lettre de liaison à la sortie ;
- (4) Nom et coordonnées du médecin destinataire ;
- (5) Identification du patient ;
- (6) Date d'entrée et date de sortie ;
- (7) Nom et coordonnées du signataire de la lettre de liaison ;
- (8) Destination du patient à la sortie.

Six critères médicaux :

- (9) Motif de l'hospitalisation ;
- (10) Synthèse médicale du séjour ;
- (11) Risques liés à l'hospitalisation
- (12) Actes techniques et examens complémentaires ;
- (13) Traitements médicamenteux ;
- (14) Planification des soins.

1 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/document_de_sortie_fiche_utilisation_23102014.pdf

2 Pour rappel, la dénomination « Document de sortie » s'applique à tout document remis au patient à la sortie d'une hospitalisation et adressé aux professionnels de santé amenés à le prendre en charge en aval du séjour (compte rendu d'hospitalisation et lettre rédigée à l'occasion de la sortie (Article R 1112-1 et 2 CSP), lettre ou document de liaison, courrier de fin d'hospitalisation...).

3 Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison. Lien :

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

Les modifications apportées pour le second recueil national 2018

Pour le second recueil national 2018, les modifications suivantes ont été apportées à l'indicateur QLS, en lien avec le groupe de travail en charge de l'actualisation des indicateurs du dossier patient MCO (GT-DPA) :

1) Modification du critère « Risques liés aux soins » :**• Mise à jour des deux items initiaux :**

- l'item « **recherche d'information sur la réalisation d'un test de portage de BMR / BHR** » (ou patient non concerné) a été remplacé par un item portant sur la « **recherche d'une information sur le statut connu porteur de BMR / BHR pendant le séjour** » (ou patient non concerné) ;
- l'item portant sur la « **recherche d'une information sur la réalisation d'une transfusion (ou non) pendant le séjour** » a été élargi à l'administration de produits sanguins ou dérivés du sang pendant le séjour.

• Ajout de deux nouveaux items :

- l'un sur la recherche d'informations sur les dispositifs médicaux implantables ;
- l'autre sur la recherche d'informations sur la survenue d'évènements indésirables.

En 2018, ces 2 items ont été recueillis mais n'ont pas été inclus dans le calcul du critère « **Risques liés aux soins** ».

2) Critère « Traitements médicamenteux » :

Pour le recueil national 2016, le traitement à l'entrée était accepté uniquement dans la lettre de liaison à la sortie. Pour le recueil national 2018, il a été décidé de prendre en compte l'indication du traitement habituel soit dans la lettre de liaison, soit sur des copies du traitement à l'entrée annexées à la lettre de liaison à (ex : ceux disponibles dans l'observation médicale à l'entrée, dans le plan de soins...), c'est-à-dire **appelées dans le corps du document** (ex : mention de « traitement habituel joint ») ou **agrafées au document**. Les copies du traitement habituel n'étaient pas prises en compte si elles étaient dans le dossier du patient, mais non annexées à la lettre de liaison.

L'indicateur QLS comportait les mêmes 14 critères que pour le recueil national 2016.

Les modifications apportées pour le troisième recueil national 2019

Pour le troisième recueil national 2019, les modifications suivantes ont été apportées à l'indicateur QLS :

1) Révision de la population analysée :

- Analyse uniquement des séjours de patients sortis à domicile (code 8) : exclusion des mutations, transferts et décès ;
- Exclusions secondaires : sorties contre avis médical.

2) Révision de l'indicateur en 2019 :

- Abandon du critère « **risques liés aux soins⁴** ». Les informations demandées dans ce critère sont attendues dans la synthèse médicale, quand elles ont lieu (idem décret n°2016-995 sur la lettre de liaison⁶).

« 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** », il a été décidé :

- de supprimer la question « Trace écrite du traitement du patient à son entrée », qui concerne le traitement habituel du patient et le traitement du patient à l'entrée ;
- **ET** d'inclure dans le calcul du score du critère l'item « Mention de la suppression, de la modification, ou de la poursuite du traitement habituel » ;

Dans cette question, seule la notion de traitement habituel a été conservée et il a été ajoutée la modalité de réponse « Non car patient sans traitement habituel » pour prendre en compte le cas où le patient n'a pas de traitement habituel.

Pour la campagne nationale 2019, l'indicateur QLS a comporté **12 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 » :

Cinq critères médico-administratifs :

- (3) Remise au patient de la lettre de liaison à la sortie ;
- (4) Identification du médecin traitant ;
- (5) Identification du patient dans la lettre de liaison ;
- (6) Date d'entrée et date de sortie ;
- (7) Identification du signataire de la lettre de liaison.

Cinq critères médicaux :

- (8) Motif d'hospitalisation ;
- (9) Synthèse médicale du séjour ;
- (10) Actes techniques et examens complémentaires ;
- (11) Traitements médicamenteux ;
- (12) Planification des soins.

3) 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 12 critères dont 2 indispensables (*lettre de liaison retrouvée, lettre de liaison datée du jour de la sortie*).

Les résultats ont été 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 12 critères* dont 3 indispensables (*lettre de liaison retrouvée, lettre de liaison datée du jour de la sortie, remise au patient*).

Les résultats ont été mis à disposition dans QUALHAS mais n'ont pas été diffusés publiquement dans Scope santé, ni pris en compte dans IFAQ.

4 Ce critère comportait des questions spécifiques sur la recherche d'une information sur le statut connu porteur/contact de BMR ou BHR ; sur la réalisation d'une transfusion ou d'une administration de produits sanguins ou dérivés du sang ; sur la pose d'un dispositif médical implantable (DMI) et sur la recherche d'une information sur la survenue d'événements indésirables (EIs) durant le séjour.

Pas de campagne de recueil en 2020 et 2021

Les modifications 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 4.

- **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 4 :** « Identification du médecin traitant ».

- Le critère 4 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 4.

- **Critère 3 :**

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

- **Critère 4 :**

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).

III) Autres modifications apportées.

- 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. Elle n'entrait pas dans calcul du 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.



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr

Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins « Bonnes pratiques de précautions complémentaires contact » en MCO¹	
Définition	<p>Cet indicateur évalue la conformité traçable de la mise en œuvre des précautions complémentaires contact chez les patients porteurs ou infectés par une entérobactérie productrice de beta lactamase à spectre étendue (EBLSE), par une bactérie hautement résistante émergente (BHRE), par un <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méticilline (SARM), ou par <i>Clostridium difficile</i> ou la gale.</p> <p>Il mesure le taux de patients adultes ou enfants porteurs ou infectés par une BLSE, BHRe, SARM, <i>Clostridium difficile</i> ou la gale pour lesquels la mise en place des précautions complémentaires contact a été réalisée selon les recommandations nationales.</p>
Justification	<p>La maîtrise de la diffusion des bactéries résistantes aux antibiotiques et des microorganismes à haut potentiel de transmission croisée représente un véritable enjeu de santé publique. Une étude conduite par Santé Publique France a estimé le poids des infections à bactéries multirésistantes en France à 158 000 infections et 12 000 décès en 2012². Dans ce contexte, l'application des mesures de précautions complémentaires en complément des précautions standard est fortement recommandée pour garantir la maîtrise du risque de diffusion des microorganismes émergents et/ou à haut potentiel de transmission croisée dont les BHRe, <i>Clostridium difficile</i>, les EBLSE, le SARM et la gale³.</p>
Utilisations	<p>L'objectif de performance est fixé à 80%, soit 8 dossiers sur 10. Pilotage interne dans les établissements de santé. Procédure de certification en 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.</p>
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements. Indicateur de type taux. Pas d'ajustement sur le risque.</p>
Numérateur	<p>Nombre de séjours de patients (adultes et enfants) porteurs ou infectés par une BLSE, BHRe, SARM, <i>Clostridium difficile</i> ou gale pour lesquels on retrouve dans le dossier patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La trace de la mise en place effective des précautions complémentaires contact par l'équipe soignante <p>Ou/ Et (en fonction des indicateurs)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La trace de l'information au patient ou à l'entourage du statut porteur ou infecté par un microorganisme nécessitant la mise en place de précautions complémentaires contact
Dénominateur	<p>Nombre de séjours évalués.</p>
Echantillon	<p>L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 séjours tirés au sort sur l'année 2021.</p>
Critères d'inclusion	<p>Séjours de l'année 2021, hors séances, de 72h (3 nuits) au minimum, dont le séjour comporte en DP, DA ou DAS au moins un code suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - A047 - ENTEROCOLITE A CLOSTRIDIUM DIFFICILE pour les patients à partir de 5 ans. - B86 – GALE

¹ L'indicateur est appelé PCC MCO dans QUALHAS.

² Santé Publique France. Morbidité et mortalité des infections à bactéries multirésistantes aux antibiotiques en France en 2012. Etude burden BMR. 2015.

³ Société Française d'hygiène Hospitalière. Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact. HygièneS, 2009.

	<ul style="list-style-type: none"> - U82.100 - SARM, SITUATION INFECT. - U82.101 - SARM, SITUATION PORTAGE SAIN - U82.2+0 - RESISTANCE PAR BLSE, SITUATION INFECT. - U82.2+1 - RESISTANCE PAR BLSE - U83.700 - BHRE, SITUATION INFECT. - U83.701 - BHRE, SITUATION PORTAGE SAIN
<p>Critères d'exclusion</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Séances - Séjours des nouveau-nés dits « non hospitalisés » ; - Séjours d'enfant de moins de 5 ans avec code A047 en DP, DR, DAS. - Séjours avec un GHM en erreur - Séjours avec un problème de chainage (selon le code « ano_retour ») - Séjours ayant débuté avant le 1er janvier 2021 - Séjours se terminant après le 31 décembre 2021
<p>Mode d'évaluation de l'indicateur</p>	<p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire.</p> <p>Trois indicateurs sont calculés :</p> <p>L'indicateur PCC pour lequel un dossier est conforme si :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La mise en place effective des PCC par l'équipe soignante ou médicale est retrouvée ; ou si elle n'est pas retrouvée mais que les résultats du prélèvement sont arrivés tardivement, ou il existe un protocole SARM et/ou <i>E.Coli</i> BLSE <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une information au patient sur la nécessité de la mise en place de PCC est retrouvée ; ou le patient est décédé avant que l'on ait pu l'informer, ou l'information est donnée à l'entourage si le patient est non communicant, ou le résultat est arrivé après la sortie du patient. <p>L'indicateur PCC_MEP pour lequel un dossier est conforme si :</p> <ul style="list-style-type: none"> o Il est retrouvé la trace de la mise en place effective des précautions complémentaires contact par l'équipe soignante o Ou cette trace n'est pas retrouvée mais on retrouve que les résultats du prélèvement sont arrivés au moment ou après la sortie du patient o Ou, pour les patients colonisés ou infectés par SARM et/ou <i>E.Coli</i> BLSE, un protocole institutionnel établi par l'EOH et signé par la CME prévoit que seules les précautions standard sont requises dans le service concerné <p>L'indicateur PCC_INF pour lequel un dossier est conforme si :</p> <ul style="list-style-type: none"> o Il est retrouvé la trace de l'information au patient du statut porteur ou infecté par un microorganisme nécessitant la mise en place de précautions complémentaires contact o Ou le patient est décédé avant que l'équipe soignante ai pu l'informer o Ou, si le patient était non communicant, il est retrouvé dans le dossier que l'entourage a reçu l'information o Ou l'information de positivité à un microorganisme nécessitant des PCC a été transmise à l'équipe soignante en charge du patient seulement après la sortie du patient de l'établissement

	<p align="center">Indicateur de consommation des solutions hydroalcooliques (ICSHA) : recueil 2022</p>
<p>Définition</p>	<p>L'indicateur ICSHA est exprimé sous la forme d'un pourcentage et d'une classe de performance (A à C). Cet indicateur objective le volume de solution/produits hydroalcooliques délivré dans (SHA/PHA) des secteurs cliniques et l'imagerie de l'établissement de santé. Le volume minimal de SHA à délivrer au sein de l'établissement est défini en fonction de l'activité par type de soins et du nombre minimal de frictions recommandées pour chacune de ces activités par jour et par patient.</p> <p>ICSHA est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains (selon une technique de référence).</p>
<p>Justification</p>	<p>L'utilisation large des SHA, technique à la fois rapide et efficace, permet la maîtrise du risque de transmission croisée de microorganismes manuportés et contribue ainsi à la diminution du taux d'infections associées aux soins et de la dissémination des bactéries multirésistantes et hautement résistantes émergentes.</p> <p>La consommation de SHA reflète le niveau d'application de l'hygiène des mains par la technique de friction hydroalcoolique qui remplace dans la plupart des circonstances le lavage des mains à l'eau et au savon.</p>
<p>Type d'indicateur</p>	<p>Indicateur de processus</p>
<p>Résultat chiffré</p>	<p>ICSHA est le pourcentage de volume de solutions hydroalcooliques réel délivré par rapport au volume minimal théorique de SHA à délivrer.</p> <p>Deux résultats sont produits :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'indicateur principal « ICSHA » : calculé à partir du volume délivré dans les services cliniques et l'imagerie, y compris bloc opératoire et SSPI. Le volume minimal théorique de SHA à délivrer est déterminé à partir de la Statistique Annuelle des Etablissements de santé (SAE). Le ratio entre volume réel délivré et le volume minimal théorique de SHA est exprimé sous la forme d'un pourcentage du volume minimal théorique de SHA à délivrer. Ce pourcentage peut dépasser 100%, dès lors que le volume de SHA consommé par l'établissement dépasse son volume minimal théorique de SHA à délivrer. • Information complémentaire « ICSHA hors bloc et SSPI » : à usage strictement interne à l'établissement. Ce résultat est calculé à partir du volume délivré dans les services cliniques et l'imagerie, hors bloc opératoire et SSPI. Ces deux services sont en effet l'utilisation prépondérante de SHA dans de nombreux établissements, susceptible de marginaliser l'utilisation des SHA des autres services cliniques. Cette information n'est pas diffusée au public mais permet à l'établissement de santé de mettre en perspective le résultat global.

Classe de performance	<p>Les résultats du score de délivrance dans les services cliniques et l'imagerie sont rendus sous forme de classe de performance de A à C :</p> <table border="1" data-bbox="517 315 1399 495"> <thead> <tr> <th data-bbox="517 315 967 383">Classe de performance de l'établissement</th> <th data-bbox="967 315 1399 383">% du volume minimal théorique de PHA à délivrer</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="517 383 967 421">A</td> <td data-bbox="967 383 1399 421">≥ 100%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="517 421 967 459">B</td> <td data-bbox="967 421 1399 459">De 80% à 99%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="517 459 967 495">C</td> <td data-bbox="967 459 1399 495"><80%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Les établissements ne saisissant pas leurs données sont classés comme non-répondants.</p>	Classe de performance de l'établissement	% du volume minimal théorique de PHA à délivrer	A	≥ 100%	B	De 80% à 99%	C	<80%
Classe de performance de l'établissement	% du volume minimal théorique de PHA à délivrer								
A	≥ 100%								
B	De 80% à 99%								
C	<80%								
Critères d'inclusion	<p>Tous les établissements de santé à l'exception de ceux identifiés dans les critères d'exclusion.</p>								
Critères d'exclusion	<p>Établissements de psychiatrie (activité exclusive de santé mentale) Maison d'enfants à caractère sanitaire spécialisée (MECSS) Établissement de post-cure alcoolique exclusive ou SSR addictologie exclusifs Centres d'auto-dialyse exclusifs Centres de basse vision</p>								

Parcours du patient en chirurgie ambulatoire 2022

Fiches descriptives des indicateurs de qualité et de sécurité des soins de processus

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 2022.

Ce document présente :

- **les fiches descriptives des 5 indicateurs de processus retenus pour l'année 2022.**
- **un relevé de modification des indicateurs de processus entre la campagne 2019 et l'année 2022.**

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 2022

5 indicateurs,

Dont 1 indicateur obligatoire :

- Qualité de la lettre de liaison à la sortie

Et 4 indicateurs optionnels :

- 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 2021 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 ≥ 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

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	<p>Les items règlementaires de la lettre de liaison et du bulletin de sortie s'appliquent à la chirurgie ambulatoire.</p> <p>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.</p> <p>L'indicateur est calculé à partir de 10 critères qualité, adaptés à la chirurgie ambulatoire :</p> <p>Deux critères indispensables :</p> <ul style="list-style-type: none">(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). <p>En l'absence de conformité d'un de ces deux critères, le score est égal à 0.</p> <p>Le score est calculé, en cas de conformité des critères indispensables, à partir de la traçabilité des 8 critères « qualité » :</p> <p>Quatre critères médico-administratifs :</p> <ul style="list-style-type: none">(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) ; <p>Quatre critères médicaux :</p> <ul style="list-style-type: none">(7) Motif d'hospitalisation ;(8) Synthèse médicale du séjour ;(9) Traitements médicamenteux de sortie ;(10) Planification des soins.
Justification	<p>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 ».</p> <p>En chirurgie ambulatoire, la lettre de liaison et le bulletin de sortie s'appliquent.</p> <p>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}.</p>

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, Boivin N. Récupération améliorée après chirurgie (RAAC) et chirurgie ambulatoire pour prothèse de hanche. Revue du rhumatisme monographies 2019.

	<p>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.</p> <p>Le Décret n°2016-995 publié le 20 juillet 2016 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.</p> <p>Article R.1112-1-2 du CSP : (créé par l'article 1 du décret n°2016-995 du 20 juillet 2016) :</p> <p>« 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. »</p> <p>« 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 ».</p> <p>« II. Cette lettre de liaison contient les éléments suivants (cf décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison) :</p> <p>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 ;</p> <p>2) motif d'hospitalisation ;</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>5) annonce, le cas échéant, de l'attente de résultats d'examens ou d'autres informations qui compléteront cette lettre de liaison ;</p> <p>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 ».</p> <p>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, <u>à la personne de confiance</u>. »</p>
Utilisation	<p>L'objectif de performance est fixé à 80/100.</p> <p>Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé.</p> <p>Procédure de certification des établissements de santé.</p> <p>Diffusion publique, Incitations financières à l'amélioration de la qualité (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet – cf cadre réglementaire.</p>
Type d'indicateur	Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements.

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

	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 2021 (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	<p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire permettant de calculer les critères.</p> <p>▪ Deux critères indispensables :</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>▪ Quatre critères médico-administratifs : Les éléments requis pour la traçabilité de chacun des critères « qualité » sont décrits ci-dessous :</p> <p>3. Remise au patient de la lettre de liaison à la sortie (critère 3) Le critère est satisfait :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.

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 règlementaires 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.

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>

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 (*lettre de liaison retrouvée, lettre de liaison datée du jour de la sortie*). 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 (*lettre de liaison retrouvée, lettre de liaison datée du jour de la sortie, remise au patient*).

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

Pas de campagne de recueil en 2020 et 2021

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.

Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins

Tenue du dossier patient

Définition	<p>Cet indicateur évalue la tenue du dossier des patients hospitalisés à domicile. Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score est proche de 100.</p> <p>Le score de qualité est calculé à partir de 9 critères au maximum.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Document médical de demande d'admission en HAD (critère 1) 2. Éléments relatifs à la pré-admission (critère 2) 3. Accord du médecin traitant pour la prise en charge du patient en HAD (si applicable) (critère 3) 4. Accord du patient ou de son entourage pour sa prise en charge en HAD (critère 4) 5. Trace des prescriptions médicamenteuses nécessaires au démarrage de la prise en charge (critère 5) 6. Mention de l'identité de la personne de confiance (si applicable) (critère 6) 7. Mention de l'identité de la personne à prévenir (critère 7) 8. Traçabilité de l'évaluation des risques liés à la prise en charge au domicile (critère 8) 9. Document relatif à la continuité des soins à la sortie d'HAD (critère 9).
Justification	<p>La bonne tenue du dossier du patient contribue à la continuité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Elle est le reflet de la qualité de la pratique professionnelle. Le dossier est également un support privilégié de l'évaluation des pratiques. Il est enfin un outil d'enseignement et de recherche pour les professionnels de santé. Pour ces raisons, l'amélioration du dossier est une thématique constante des démarches d'amélioration continue de la qualité des soins dans les établissements de santé [ANAES. <i>Dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu. Réglementation et recommandations. Paris: ANAES; juin 2003</i>].</p>
Utilisations	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Objectif de performance à atteindre fixé à 80 % (8 dossiers sur 10) ▪ Pilotage interne dans les établissements de santé ▪ Procédure de certification en établissement de santé ▪ Diffusion publique, Incitation financière à la qualité : se référer à l'arrêté sur le sujet. Cf cadre réglementaire.
Type d'indicateur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements ▪ Score composite ▪ Pas d'ajustement sur le risque.
Score individuel	<p>Un score individuel est calculé pour chaque dossier. Il correspond à la somme des critères satisfaits divisée par la somme des critères applicables.</p>
Score global	<p>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).</p>
Échantillon	<p>Le score global est calculé sur un échantillon aléatoire de 60 dossiers.</p>
Critères d'inclusion	<p>L'échantillon principal est constitué de séjours de patients adultes, hospitalisés au moins 8 jours en HAD, séjours non précédés d'un autre séjour en HAD dans le mois précédent et non suivis d'un séjour en HAD dans le mois suivant.</p>
Critères	

<p>d'exclusion</p>	<p>Sont exclus, les séjours :</p> <ul style="list-style-type: none"> - inférieurs ou égaux à 7 jours - des patients ayant moins de 18 ans au moment du séjour - précédés et/ou suivi par un autre séjour sur une période d'un mois - avec un GHPC erreur
<p>Mode d'évaluation de l'indicateur TDP3 HAD</p>	<p>L'indicateur est calculé à partir de 9 critères :</p> <p>1. Document médical de demande d'admission en HAD (Critère 1)</p> <p>Le critère est satisfait si le document médical de demande d'admission est retrouvé. Il peut s'agir d'un document à en-tête d'un médecin ou d'un établissement de santé : courrier, demande d'admission, ou du courrier de sortie de l'hospitalisation précédente en cas de transfert/mutation en HAD. La retranscription d'une demande téléphonique dans le dossier pourra être prise en compte.</p> <p>2. Éléments relatifs à la pré-admission (Critère 2)</p> <p>Le critère est satisfait si les documents de pré-admission comportent les cinq éléments suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> (1). Antécédents (2). Pathologie à l'origine de la prise en charge (3). Motif de la prise en charge (4). Évaluation de la dépendance par une échelle ou un questionnaire formalisé (5). Évaluation sociale (si applicable) <p>3. Accord du médecin traitant pour la prise en charge du patient en HAD (Critère 3) (si applicable)</p> <p>Le critère est satisfait si l'accord du médecin traitant pour la prise en charge du patient en HAD est retrouvé dans le dossier. Il peut s'agir d'une retranscription d'un entretien téléphonique, un accord écrit, etc...</p> <p><u>Remarque</u> :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) le critère est non applicable si la demande de prise en charge en HAD est faite par le médecin traitant ou quand la patiente est prise en charge en obstétrique. b) Le critère est non applicable s'il est expressément tracé dans le dossier que le patient n'a pas déclaré de médecin traitant <p>4. Accord du patient ou de son entourage pour sa prise en charge en HAD (Critère 4)</p> <p>Le critère est satisfait s'il est notifié dans le dossier que le patient (ou son entourage) accepte ou non sa prise en charge en HAD OU s'il est notifié dans le dossier que le patient n'est pas en état de recevoir d'informations et qu'il n'a pas d'entourage.</p> <p>5. Trace des prescriptions médicamenteuses nécessaires au démarrage de la prise en charge (Critère 5)</p> <p>Le critère est satisfait :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si les prescriptions médicamenteuses ou l'ordonnance nécessaires au démarrage de la prise en charge sont retrouvées et datées au plus tard dans les 48h suivant l'admission. Elles peuvent être antérieures à l'admission - OU s'il est noté dans le dossier que le patient n'a pas de traitement à l'admission. <p>6. Mention de l'identité de la personne de confiance (nom, prénom et tel ou</p>

adresse) (critère 6) (si applicable)

Le critère est satisfait si la mention de l'identité de la personne de confiance est tracée **OU** si l'on retrouve la trace de l'absence de désignation d'une personne de confiance par le patient **OU** si le patient est dans l'incapacité de désigner une personne de confiance et que c'est clairement mentionné dans le dossier

On définit par identité :

- La trace du nom et du prénom de la personne de confiance
- ET**
- Soit de son numéro de téléphone
- Soit de son adresse

Remarque : ce critère est non applicable pour les patients majeurs sous tutelle.

7. Mention de l'identité de la personne à prévenir (critère 7)

Le critère est satisfait si la mention de l'identité de la personne à prévenir est tracée **OU** si le patient n'a pas voulu en désigner et que cette information est tracée **OU** si le patient est dans l'incapacité de désigner une personne à prévenir et que c'est clairement mentionné dans le dossier.

Cette information peut se retrouver dans l'ensemble du séjour concerné.

On définit par identité :

- La trace du nom et du prénom de la personne
- ET**
- Soit de son numéro de téléphone
- Soit de son adresse

8. Traçabilité de l'évaluation des risques liés à la prise en charge au domicile (critère 8)

Le critère est satisfait si la trace d'une évaluation des risques liés à la prise en charge au domicile est retrouvée dans le dossier.

On définit les risques par :

- Les risques liés au patient : risque d'hémorragie lié à un traitement anticoagulant, patient dément, patient toxicomane, risque infectieux d'un patient porteur de BMR...
- Les risques liés à des traitements : chimiothérapies, stockage au domicile,...
- Les risques liés à l'environnement : patient seul au domicile, patient avec conjoint dément, conditions d'hébergement précaires, animaux au domicile, difficultés d'accès au domicile, ...
- Les risques liés à des problèmes sociaux-économiques

9. Document relatif à la continuité des soins à la sortie d'HAD (critère 9) (si applicable)

Le critère est satisfait si un document relatif à la continuité des soins à la sortie d'HAD est retrouvé dans le dossier patient. Ce document peut être une lettre de liaison, un courrier, un compte-rendu d'hospitalisation, un document, une fiche de liaison, ou tout autre document ayant pour but la continuité des soins.

Les patients décédés ne seront pas concernés par ce critère.

Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre

Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux de conformité, évalue la traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre entre la pré-admission et au plus tard les 7 jours suivant l'admission chez le patient adulte.
Justification	<p>L'escarre, qui altère la qualité de vie, peut provoquer une gêne douloureuse accompagnée d'une souffrance morale et physique et une limitation des capacités fonctionnelles. Néanmoins, l'escarre est une pathologie que l'on peut prévenir dans une grande majorité des cas, avec des mesures de prévention simple. L'ANAES a publié en 1998 un premier guide d'évaluation des pratiques professionnelles sur le thème « Evaluation de la prévention des escarres »¹.</p> <p>La prévention est primordiale pour réduire l'incidence des escarres. La mise en place de mesures générales de prévention commence dès l'identification des facteurs de risque et concerne l'ensemble des professionnels en contact avec le patient. Celle-ci s'effectue au moyen du jugement clinique associé à l'utilisation d'une échelle validée d'identification des facteurs de risque.</p> <p>Depuis 2010, le recueil de l'indicateur est obligatoire pour les établissements ayant une activité HAD. La population concernée par l'indicateur est ciblée : patient dont l'indice de Karnofsky de la première semaine est inférieur ou égal à 50. Ce paramètre permet de rendre obligatoire le recueil de l'indicateur en HAD.</p> <p>Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs².</p>
Utilisations	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Objectif de performance à atteindre fixé à 80 % (8 dossiers sur 10) ▪ Pilotage interne dans les établissements de santé ▪ Procédure de certification en établissement de santé ▪ Diffusion publique, Incitation financière à la qualité : se référer à l'arrêté sur le sujet. Cf cadre réglementaire.
Type d'indicateur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements. ▪ Indicateur de type taux ▪ Pas d'ajustement sur le risque.
Numérateur	<p>Nombre de séjours de patients adultes pour lesquels on retrouve notés dans le dossier du patient dans la période entre la pré-admission et les 7 premiers jours suivant l'admission :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une évaluation du risque d'escarre : une échelle remplie OU un jugement clinique ; ET ▪ Une conclusion vis-à-vis du risque d'escarre.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Echantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 60 séjours.
Critères d'inclusion	Séjours d'au moins 8 jours non précédés par un autre séjour dans le mois précédent, ni suivis par un autre séjour dans le mois qui suit.

¹ ANAES. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Evaluation de la prévention des escarres. Juin 1998.

² <http://www.compaqpst.fr/fr/>

Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none">▪ Séjours inférieurs ou égal à 7 jours ;▪ Séjours des patients ayant moins de 18 ans au moment du séjour ;▪ Séjours précédés et/ou suivi par un autre séjour sur une période d'un mois ;▪ Séjours avec un GHPC erreur ;▪ Séjours de patients dont l'indice de Karnofsky est supérieur à 50 à l'admission (1ère semaine).
Mode d'évaluation de l'indicateur	<p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire.</p> <p>L'évaluation du risque d'escarre et sa conclusion sont recherchées dans le dossier du patient entre la pré-admission et les 7 jours suivant l'admission.</p> <p>L'évaluation s'effectue au moyen du jugement clinique ou d'une échelle d'évaluation du risque d'escarre.</p>

Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins Evaluation et prise en charge de la douleur	
Définition	<p>Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux de conformité, évalue la traçabilité de l'évaluation de la douleur avec une échelle dans le dossier patient ET pour les patients présentant des douleurs au minimum d'intensité modérée¹, la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge de la douleur et une ré-évaluation de la douleur.</p> <p>Remarque : l'exigence porte sur la traçabilité de la prise en charge des douleurs au minimum d'intensité modérée² ce qui n'exclut pas une prise en charge adaptée des patients présentant des douleurs d'intensité faible.</p>
Justification	<p>La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 intègre la prévention de la douleur comme une priorité de la politique nationale de santé. Elle s'appuie sur les changements de pratiques et organisations soutenus par les 3 plans (1998, 2005, 2016) de lutte contre la douleur et la loi de 2002 relative aux droits des malades « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée ». La prévention de la douleur repose sur</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et réseaux de soins notamment par une évaluation systématique ; ▪ L'amélioration des traitements médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité ; ▪ Une meilleure prise en charge des douleurs chroniques aiguës et rebelles.
Utilisations	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Objectif de performance à atteindre fixé à 80 % (8 dossiers sur 10) ▪ Pilotage interne dans les établissements de santé ▪ Procédure de certification en établissement de santé ▪ Diffusion publique, Incitation financière à la qualité : se référer à l'arrêté sur le sujet. Cf cadre réglementaire.
Type d'indicateur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements. ▪ Indicateur de type taux ▪ Pas d'ajustement sur le risque.
Echantillon	<p>L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 60 séjours tirés au sort sur l'année N-1.</p>
Numérateur	<p>Nombre de séjours de patients pour lesquels le dossier comporte :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une évaluation de la douleur avec une échelle* entre la pré admission et J7 dans le dossier ; <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les patients présentant des douleurs au minimum d'intensité modérée on retrouve : la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge de la douleur dans le dossier du patient : moyens médicamenteux et/ou moyens non médicamenteux ET une réévaluation de la douleur avec une échelle* suite à la mise en œuvre de cette stratégie de prise en charge de la douleur. <p>* Voir la liste des échelles acceptées.</p>
Dénominateur	<p>Nombre de séjours évalués.</p>
Critères d'inclusion	<p>L'échantillon principal est constitué de séjours de patients adultes, hospitalisés au moins 8 jours en HAD, séjours non précédés d'un autre séjour en HAD dans le mois précédent et non suivis d'un séjour en HAD dans le mois suivant.</p>

<p>Critères d'exclusion</p>	<p>Sont exclus, les séjours :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ inférieurs ou égaux à 7 jours ; ▪ des patients ayant moins de 18 ans au moment du séjour ▪ précédés et/ou suivi par un autre séjour sur une période d'un mois ▪ avec un GHPC erreur
<p>Mode d'évaluation de l'indicateur</p>	<p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire.</p> <p>La prise en charge de la douleur associe selon les cas des traitements médicamenteux et/ou non médicamenteux (techniques de soins).</p> <p>Il convient de retrouver la mise en œuvre de la stratégie de prise en charge de la douleur : i) pour les moyens médicamenteux, il est attendu l'administration du (des) médicament(s) ; ii) pour les moyens non médicamenteux, il est attendu un compte rendu de réalisation de la mise en œuvre <u>QU</u> une information sur la réalisation de la mise en œuvre.</p> <p>Le critère est satisfait si :</p> <ul style="list-style-type: none"> • On retrouve une évaluation de la douleur avec une échelle* entre la pré admission et J7 dans le dossier ; <p><u>ET</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les patients présentant des douleurs au minimum d'intensité modérée, on retrouve : <ul style="list-style-type: none"> - La mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge de la douleur dans le dossier du patient : moyens médicamenteux et/ou moyens non médicamenteux ; - ET une ré-évaluation de la douleur avec une échelle* suite à la mise en œuvre de cette stratégie de prise en charge de la douleur

Historique sur le développement de l'indicateur et les modifications réalisées depuis le premier recueil national (2019)

Rappel sur le développement de l'indicateur « Evaluation et prise en charge de la douleur »

En 2017, il a été proposé au groupe de travail en charge du suivi des indicateurs du dossier patient de faire évoluer l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » en un indicateur intitulé « Evaluation et prise en charge de la douleur ». Ce nouvel indicateur évalue la traçabilité de l'évaluation de la douleur avec une échelle dans le dossier patient, ET pour les patients nécessitant une prise en charge, la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge de la douleur et une ré-évaluation de la douleur.

Cet indicateur a été expérimenté lors de la campagne nationale de recueil des indicateurs généralisés du thème DPA HAD en 2019. Au totale, 251 établissements volontaires parmi les 283 établissements ont participé à cette expérimentation.

La pertinence, les qualités métrologiques et la faisabilité du recueil ont été validés par la HAS. Le taux de conformité de l'indicateur était égal à 75% et un quart des établissements avait une moyenne inférieure à 63%. La variabilité inter-établissements de santé a justifié l'intérêt de généraliser cet indicateur pour le périmètre « hospitalisation à domicile ». L'expérimentation de l'indicateur a été concluante au vu de la bonne faisabilité du recueil des données et les résultats étaient encourageants pour la mise en place d'actions d'amélioration des pratiques relatives à la prise en charge et au suivi de la douleur.

Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins

Coordination de la prise en charge

Définition	<p>Cet indicateur évalue la coordination au moment de la prise en charge en HAD. Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité de la coordination est d'autant plus grande que le score est proche de 100.</p> <p>L'indicateur est calculé à partir de 4 critères au maximum.</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 - Protocole de soins renseigné, daté et transmis au médecin traitant (critère 1) 2- Organisation de la préparation et de l'administration du traitement médicamenteux (si applicable) (critère 2) 3 - Réunion pluri-professionnelle au cours du séjour avec présence du médecin coordonnateur (critère 3) 4 - Évaluation des moyens logistiques (critère 4)
Justification	<p>L'objectif de la coordination est de garantir la continuité des soins. L'analyse des textes a été conduite par la FNEHAD.</p>
Utilisations	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Objectif de performance à atteindre fixé à 80 % (8 dossiers sur 10) ▪ Pilotage interne dans les établissements de santé ▪ Procédure de certification en établissement de santé ▪ Diffusion publique, Incitation financière à la qualité : se référer à l'arrêté sur le sujet. Cf cadre réglementaire.
Type d'indicateur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements. ▪ Indicateur de type taux ▪ Pas d'ajustement sur le risque
Score individuel	<p>Un score individuel est calculé pour chaque dossier. Il correspond à la somme des critères satisfaits divisée par la somme des critères applicables.</p>
Score global	<p>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).</p>
Échantillon	<p>Le score global est calculé sur un échantillon aléatoire de 60 dossiers.</p>
Critères d'inclusion	<p>L'échantillon principal est constitué de séjours de patients adultes, hospitalisés au moins 8 jours en HAD, séjours non précédés d'un autre séjour en HAD dans le mois précédent et non suivis d'un séjour en HAD dans le mois suivant.</p>
Critères d'exclusion	<p>Sont exclus, les séjours :</p> <ul style="list-style-type: none"> - inférieurs ou égaux à 7 jours ; - des patients ayant moins de 18 ans au moment du séjour - précédés et/ou suivi par un autre séjour sur une période d'un mois - avec un GHPC erreur ;

Mode d'évaluation de l'indicateur

L'indicateur est calculé à partir de 4 critères :

1. Protocole de soins renseigné, daté et information du médecin traitant (critère 1)

Le critère est satisfait si on retrouve les éléments suivants :

- Protocole de soins daté au plus tard dans les 7 jours suivant l'admission (entre la préadmission et les 7 jours suivant l'admission)

ET

- La trace de l'information du médecin traitant au sujet du protocole de soins est retrouvée

Remarque : Non applicable si le patient n'a pas déclaré de médecin traitant

ET

- Les intervenants HAD ou libéral (IDE, kiné, ..) sont tracés dans le protocole avec leurs coordonnées (adresse et/ou téléphone)

ET

- Pour chaque intervenant identifié, il est précisé :
 - Le type d'intervention (type de soins fourni par le professionnel : pansement, rééducation respiratoire, ...)

ET

- La fréquence/le rythme ou le nombre d'interventions

2. Organisation de la préparation et de l'administration du traitement médicamenteux (Critère 2) (si applicable)

Le critère est satisfait si l'organisation du traitement médicamenteux au plus tard dans les 48h suivant l'admission contient les deux éléments suivants :

- Nom/fonction ou entité du responsable de la préparation des médicaments
- Nom/fonction ou entité du responsable de l'administration des médicaments

Remarque : Non applicable s'il est noté dans le dossier que le patient n'a pas de traitement à l'admission.

3. Réunion pluri-professionnelle au cours du séjour avec présence du médecin coordonnateur (Critère 3)

Le critère est satisfait si la trace d'une réunion de synthèse pluri-professionnelle est retrouvée dans le dossier du patient au moins une fois au cours du séjour (réunion pluri-professionnelle, réunion de synthèse, staff, ...)

ET

Si on retrouve la trace de la participation du médecin coordonnateur de l'HAD à au moins une réunion

ET

Pour les séjours > 1 mois, on retrouve la trace d'une deuxième réunion pluri-professionnelle

4. Évaluation des moyens logistiques (critère 4)

Le critère est satisfait si on retrouve la traçabilité de l'évaluation des moyens logistiques déjà en place (moyens déjà présents chez le patient) **ET** la traçabilité de l'évaluation des moyens logistiques à mettre en place au domicile, **OU** la trace de l'absence de nécessité de moyens logistiques.

Indicateur « Repérage et proposition d'aide à l'arrêt des addictions chez les patients adultes »¹

Psychiatrie et santé mentale – périmètre « hospitalisation à temps plein »

Version 2022

Définition	<p>Cet indicateur évalue la qualité de l'évaluation et de la prise en charge des addictions chez les patients adultes au cours d'une hospitalisation.</p> <p>Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100.</p> <p>La qualité de cette évaluation et de prise en charge est d'autant plus grande que le score est proche de 100.</p> <p>L'indicateur est calculé à partir de 3 critères qualité :</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Repérage et proposition d'aide à l'arrêt de la consommation de tabac (si patient fumeur) ; (2) Repérage et proposition d'aide à l'arrêt ou la réduction de la consommation d'alcool (si consommation à risque) ; (3) Repérage et proposition d'aide à l'arrêt ou la réduction de la consommation de cannabis (si consommation).
Justification	<p>Le choix de cet indicateur fait suite aux recommandations de la Fédération Française de Psychiatrie pour l'amélioration de la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique (2015)². L'un des objectifs principaux de ces recommandations est « <i>l'amélioration de la prise en charge somatique des patients souffrant de troubles psychiatriques graves et chroniques</i> ». Elles préconisent « <i>d'identifier les conduites addictives systématiquement chez les patients présentant des troubles psychiatriques sévères en raison des conséquences de la comorbidité</i> » et de mettre en place une prise en charge de ces conduites. Pour un patient hospitalisé, ces préconisations conduisent notamment à évaluer la consommation et à proposer une aide à l'arrêt ou la réduction des addictions (tabac, alcool, cannabis...).</p>
Utilisations	<p>L'objectif de performance est fixé à 80/100.</p> <p>Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé.</p> <p>Procédure de certification des établissements de santé.</p> <p>Diffusion publique, Incitations financières à l'amélioration de la qualité (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet – cf cadre réglementaire.</p>
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements.</p> <p>Score composite.</p> <p>Pas d'ajustement au risque.</p>
Score individuel	<p>Un score individuel est calculé pour chaque dossier. Il correspond à la somme des critères conformes divisée par le nombre de critères applicables.</p>
Score global	<p>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).</p>

¹ Cet indicateur fait partie du set d'indicateurs relatifs à la prise en charge somatique en établissement de santé psychiatrique (pour le périmètre « hospitalisation à temps plein », il s'agit également des indicateurs « Evaluation et prise en charge de la douleur somatique », « Evaluation cardio-vasculaire et métabolique chez les patients adultes » et « Evaluation gastro-intestinale chez les patients adultes »).

² Fédération Française de Psychiatrie. Recommandation de bonne pratique en psychiatrie. Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. 2015.

Echantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 70 séjours, tirés au sort sur l'année N-1.
Critères d'inclusion	<p>Au sein du RIM-P de l'année N-1, parmi les RPS, sélection des séjours suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uniquement composés de séquences d'hospitalisation temps plein (code d'activité 01) ; • Hors formes combinées ; • Commencés et terminés entre Février de l'année N-1 et Novembre de l'année N-1 ; • D'une durée supérieure ou égale à 8 jours ; • Non précédés et non suivis par une séquence d'hospitalisation temps plein (code d'activité 01) dans les 30 jours ; • Le patient est âgé de 18 ans ou plus au début de la première séquence du séjour.
Critères d'exclusion primaires	<ul style="list-style-type: none"> • Exclusion des séjours de formes d'activités combinées (mode P - Parallèle - ou A - Associée) ; • Exclusion des séjours commencés en Janvier de l'année N-1 et des séjours terminés en Décembre de l'année N-1 ; • Exclusion des séjours d'une durée strictement inférieure à 8 jours ; • Exclusion des séjours précédés et/ou suivis dans les 30 jours d'une séquence d'hospitalisation à temps plein (code d'activité 01) ; • Exclusion des séjours où le patient est strictement âgé de moins de 18 ans au début de la première séquence du séjour.
Mode d'évaluation de la conformité des critères de l'indicateur	<p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire permettant de calculer les critères.</p> <p>Repérage et proposition d'une stratégie d'aide à l'arrêt ou à la réduction de la consommation de tabac (si patient fumeur) (critère 1)</p> <p>Le critère est satisfait si sont retrouvées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une mention d'un repérage à l'admission de la consommation de tabac OU la justification de l'absence de ce repérage ; • ET, quand le patient est fumeur, une mention d'une proposition au cours du séjour d'aide à l'arrêt ou la réduction de la consommation du tabac <p>Repérage et proposition d'une stratégie d'aide à l'arrêt ou à la réduction de la consommation d'alcool (si consommation à risque) (critère 2)</p> <p>Le critère est satisfait si sont retrouvées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une mention d'un repérage à l'admission de la consommation d'alcool OU la justification de l'absence de ce repérage ; • ET, quand le patient présente une consommation d'alcool à risque, une mention d'une proposition au cours du séjour d'aide à l'arrêt ou la réduction de la consommation d'alcool. <p>Repérage et proposition d'une stratégie d'aide à l'arrêt ou à la réduction de la consommation de cannabis (si consommation) (critère 3)</p> <p>Le critère est satisfait si sont retrouvées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une mention d'un repérage à l'admission de la consommation de cannabis OU la justification de l'absence de ce repérage ; • ET, quand le patient présente une consommation de cannabis, une mention d'une proposition au cours du séjour d'aide à l'arrêt ou la réduction de la consommation de cannabis.

Historique de l'indicateur « Evaluation et prise en charge des addictions chez les patients adultes »

Rappel sur le développement de l'indicateur

L'indicateur « Evaluation et prise en charge des addictions chez les patients adultes » a été développé à partir de la recommandation citée ci-dessus, dans le cadre d'un groupe de travail d'experts. Il évalue la qualité de l'évaluation et de la prise en charge des addictions au cours d'une hospitalisation à travers 3 critères.

Cet indicateur a été expérimenté au troisième trimestre 2019, dans 248 établissements de santé volontaires ayant une activité de psychiatrie. La pertinence, les qualités métrologiques et la faisabilité du recueil ont été validées par la HAS. Le score de conformité de l'indicateur était égal à 46,6% et un quart des établissements avait une moyenne inférieure à 28,7%. La variabilité inter-établissements de santé a justifié l'intérêt de généraliser cet indicateur pour le périmètre « hospitalisation à temps plein ». La première campagne nationale de recueil de cet indicateur devait avoir lieu en 2020. Elle a eu lieu en 2021 et il s'agissait du recueil d'établissements volontaires.

Les modifications apportées en 2020

À la suite de l'expérimentation, l'indicateur a évolué et les modifications ont porté sur :

- La question filtre « Le patient a un traitement par benzodiazépines et apparentés lors de son entrée dans l'établissement de santé » remplace la question « Traitement habituel : prescription de benzodiazépines et apparentés ». Cette question est en information complémentaire (c.à.d. non prise en compte dans le calcul de l'indicateur) ;
- La question « Réévaluation des prescriptions de benzodiazépines et apparentés » remplace la question « Bilan des prescriptions de benzodiazépines et apparentés ». Cette question est en information complémentaire (c.à.d. non prise en compte dans le calcul de l'indicateur).

Les modifications apportées pour la campagne nationale 2021

Aucune modification n'a été apportée à l'indicateur « Evaluation et prise en charge des addictions chez les patients adultes » pour 2021.

Les modifications apportées pour la campagne nationale 2022

Suite au retour du groupe de travail qui s'est réuni fin 2021 lors de la restitution des résultats de la campagne volontaire 2021 sur les données 2019, le groupe a validé la modification de la partie commune des libellés des questions ADD_1_1, 2_1 et 3_1 :

« Proposition d'une stratégie d'aide à l'arrêt ou la réduction de la consommation » pour le tabac, l'alcool et le cannabis. »

De même le nom de l'indicateur a évolué. Le nouveau titre est « Repérage et proposition d'aide à l'arrêt des addictions chez les patients adultes »

Indicateur « Évaluation cardio-vasculaire et métabolique chez les patients adultes »¹

Psychiatrie et santé mentale – périmètre « hospitalisation à temps plein »
Version 2022

Définition	<p>Cet indicateur évalue la qualité de l'évaluation de l'état cardio-vasculaire et métabolique chez les patients adultes au cours d'une hospitalisation.</p> <p>Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100.</p> <p>La qualité de cette évaluation est d'autant plus grande que le score est proche de 100.</p> <p>L'indicateur est calculé à partir de 6 critères qualité :</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Antécédents cardiovasculaires et métaboliques personnels (2) Facteurs de risques thrombo-emboliques (3) Mesure de la pression artérielle (4) Mesure des paramètres anthropométriques (5) Conclusion médicale vis-à-vis d'un électrocardiogramme (6) Résultats vis-à-vis des examens sanguins
Justification	<p>Le choix de cet indicateur fait suite aux recommandations de la Fédération Française de Psychiatrie pour l'amélioration de la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique². L'un des objectifs principaux de ces recommandations est « <i>l'amélioration de la prise en charge somatique des patients souffrant de troubles psychiatriques graves et chroniques</i> ». Elles soulignent le bénéfice pour tout patient hospitalisé d'un suivi somatique et d'un travail de prévention qui porte notamment sur la maladie cardio-vasculaire. Certains de ces éléments y sont cités : recherche des facteurs de risque (antécédents, obésité, hypertension artérielle...), recherche des complications liées aux traitements (syndrome métabolique, allongement de l'espace QTc...), évaluation des habitudes de vie en matière d'activité physique et d'hygiène alimentaire...</p> <p>L'évaluation cardio-vasculaire et métabolique doit être réalisée à chaque séjour d'hospitalisation à temps plein, par les professionnels de santé de l'établissement de santé prenant en charge le patient.</p>
Utilisations	<p>L'objectif de performance est fixé à 80/100.</p> <p>Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé.</p> <p>Procédure de certification des établissements de santé.</p> <p>Diffusion publique, Incitations financières à l'amélioration de la qualité (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet – cf cadre réglementaire.</p>
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements.</p> <p>Score composite.</p> <p>Pas d'ajustement au risque.</p>
Score individuel	<p>Un score individuel est calculé pour chaque dossier. Il correspond à la somme des critères conformes divisé par le nombre de critères applicables.</p>

¹ Cet indicateur fait partie du set d'indicateurs relatifs à la prise en charge somatique en établissement de santé psychiatrique (pour le périmètre « hospitalisation à temps plein », il s'agit également des indicateurs « Evaluation et prise en charge de la douleur somatique », « Evaluation gastro-intestinale chez les patients adultes » et « Evaluation et prise en charge des addictions chez les patients adultes »).

² Fédération Française de Psychiatrie. Recommandation de bonne pratique en psychiatrie. Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. 2015.

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 N-1.
Critères d'inclusion	<p>Au sein du RIM-P de l'année N-1, parmi les RPS, sélection des séjours suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uniquement composés de séquences d'hospitalisation temps plein (code d'activité 01) ; • Hors formes combinées ; • Commencés et terminés entre Février de l'année N-1 et Novembre de l'année N-1 ; • D'une durée supérieure ou égale à 8 jours ; • Non précédés et non suivis par une séquence d'hospitalisation temps plein (code d'activité 01) dans les 30 jours ; • Le patient est âgé de 18 ans ou plus au début de la première séquence du séjour.
Critères d'exclusion primaires	<ul style="list-style-type: none"> • Exclusion des séjours de formes d'activités combinées (mode P - Parallèle - ou A - Associée) ; • Exclusion des séjours commencés en Janvier de l'année N-1 et des séjours terminés en Décembre de l'année N-1 ; • Exclusion des séjours d'une durée strictement inférieure à 8 jours ; • Exclusion des séjours précédés et/ou suivis dans les 30 jours d'une séquence d'hospitalisation à temps plein (code d'activité 01) ; • Exclusion des séjours où le patient est strictement âgé de moins de 18 ans au début de la première séquence du séjour.

<p>Mode d'évaluation de la conformité des critères de l'indicateur</p>	<p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire permettant de calculer les critères.</p> <p>Antécédents cardiovasculaires et métaboliques personnels (critère 1) Le critère est satisfait si est retrouvée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une mention d'une recherche des antécédents cardio-vasculaires et métaboliques personnels à l'admission ; • OU la justification de l'absence de cette recherche. <p>Facteurs de risque thrombo-emboliques (critère 2) Le critère est satisfait si est retrouvée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une mention d'une recherche des facteurs de risque thrombo-emboliques à l'admission ; • OU la justification de l'absence de cette recherche. <p>Mesure de la pression artérielle (critère 3) Le critère est satisfait si est retrouvée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une mesure de la pression artérielle à l'admission ; • OU si la justification de l'absence de cette mesure. <p>Mesure des paramètres anthropométriques (critère 4) Le critère est satisfait si sont retrouvées à l'admission :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une mesure du poids OU la justification de l'absence de cette mesure ; • ET une mesure de l'indice de masse corporelle OU la justification de l'absence de cette mesure ; • ET une mesure du périmètre abdominal est retrouvée OU la justification de l'absence de cette mesure. <p>Conclusion médicale vis-à-vis d'un électrocardiogramme (critère 5) Le critère est satisfait si est retrouvée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une mention d'une conclusion médicale vis-à-vis d'un électrocardiogramme à l'admission ; • OU si la justification de l'absence de cette conclusion. <p>Résultats vis-à-vis des examens sanguins (critère 6) Le critère est satisfait si sont retrouvés à l'admission :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un résultat de bilan glycémique OU la justification de l'absence de ce résultat ; • ET un résultat de bilan lipidique OU la justification de l'absence de ce résultat.
---	--

Historique de l'indicateur « Evaluation cardio-vasculaire et métabolique chez les patients adultes »

Rappel sur le développement de l'indicateur

L'indicateur « Evaluation cardio-vasculaire et métabolique chez les patients adultes » a été développé à partir de la recommandation citée ci-dessus, dans le cadre d'un groupe de travail d'experts. Il évalue la qualité de l'évaluation cardio-vasculaire et métabolique au cours des 7 premiers jours d'une hospitalisation à travers 6 critères.

Cet indicateur a été expérimenté au troisième trimestre 2019, dans 248 établissements de santé volontaires ayant une activité de psychiatrie. La pertinence, les qualités métrologiques et la faisabilité du recueil ont été validées par la HAS. Le score de conformité de l'indicateur était égal à 52,8% et un quart des établissements avait une moyenne inférieure à 42,6%. La variabilité inter-établissements de santé a justifié l'intérêt de généraliser cet indicateur pour le périmètre « hospitalisation à temps plein ». La première campagne nationale de recueil de cet indicateur devait avoir lieu en 2020. Elle a eu lieu en 2021 et il s'agissait du recueil d'établissements volontaires.

Les modifications apportées en 2020

À la suite de l'expérimentation, l'indicateur a évolué et les modifications suivantes ont été apportées :

- Suppression de la question relative à la recherche des antécédents à risque cardio-vasculaire et métaboliques familiaux ;
- Ajout d'une question relative à la mention d'une conclusion médicale vis-à-vis de l'espace QTc. Cette question est en information complémentaire (c.à.d. non prises en compte dans le calcul de l'indicateur) ;
- Modification des questions relatives aux bilans lipidique et glycémique : il est demandé de rechercher dans le dossier du patient la mention d'un résultat et non plus d'une conclusion médicale ;
- Conservation des questions relatives aux habitudes de vie (activité physique ; apports alimentaires) en information complémentaire (c.à.d. non prises en compte dans le calcul de l'indicateur) ;
- Suppression de la question relative à la mention d'une conclusion médicale sur l'état cardio-vasculaire et métabolique global.

Les modifications apportées pour la campagne nationale 2021

Aucune modification n'a été apportée à l'indicateur « Evaluation cardio-vasculaire et métabolique chez les patients adultes » pour 2021.

Les modifications apportées pour la campagne nationale 2022

Aucune modification n'a été apportée à l'indicateur « Evaluation cardio-vasculaire et métabolique chez les patients adultes » pour 2022.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Indicateur « Évaluation et prise en charge de la douleur somatique »¹

Psychiatrie et santé mentale – périmètre « hospitalisation à temps plein »

Version 2022

Définition	<p>Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux de conformité, évalue la traçabilité de l'évaluation de la douleur somatique avec une échelle dans le dossier patient entre le jour de l'admission (J0) et les 7 premiers jours suivant l'admission (J1 à J7) ET pour les patients présentant des douleurs somatiques au minimum d'intensité modérée², la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge de la douleur somatique et une réévaluation de la douleur somatique.</p> <p>Remarque : l'exigence porte sur la traçabilité de la prise en charge des douleurs somatiques au minimum d'intensité modérée ce qui n'exclut pas une prise en charge adaptée des patients présentant des douleurs somatiques d'intensité faible.</p>
Justification	<p>La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 intègre la prévention de la douleur comme une priorité de la politique nationale de santé. Elle s'appuie sur les changements de pratiques et organisations soutenus par les 3 plans (1998, 2005, 2016) de lutte contre la douleur et la loi de 2002 relative aux droits des malades qui indique que « <i>Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée</i> ».</p> <p>La prévention de la douleur repose sur :</p> <ul style="list-style-type: none">• Le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et réseaux de soins, notamment par une évaluation systématique ;• L'amélioration des traitements médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité ;• Une meilleure prise en charge des douleurs aiguës et chroniques rebelles. <p>Les recommandations de la Fédération Française de Psychiatrie³, relatives à l'amélioration de la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique, précisent par ailleurs que lors de la prise en charge, « <i>une attention particulière devrait porter sur la symptomatologie douloureuse des patients</i> ».</p>
Utilisations	<p>L'objectif de performance est fixé à 80%, soit 8 dossiers sur 10.</p> <p>Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé.</p> <p>Procédure de certification des établissements de santé.</p> <p>Diffusion publique, Incitations financières à l'amélioration de la qualité (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet – cf cadre réglementaire.</p>
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements.</p> <p>Indicateur de type taux.</p> <p>Pas d'ajustement au risque.</p>

¹ Cet indicateur fait partie du set d'indicateurs relatifs à la prise en charge somatique en établissement de santé psychiatrique (pour le périmètre « hospitalisation à temps plein », il s'agit également des indicateurs « Evaluation cardio-vasculaire et métabolique chez les patients adultes », « Evaluation gastro-intestinale chez les patients adultes » et « Evaluation et prise en charge des addictions chez les patients adultes »)

² « Douleur modérée » ou « douleur intense » ou « douleur insupportable »

³ Fédération Française de Psychiatrie. Recommandation de bonne pratique en psychiatrie. Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. 2015.

Numérateur	<p>Nombre de séjours de patients pour lesquels :</p> <ul style="list-style-type: none"> On retrouve une évaluation de la douleur somatique avec une échelle* dans le dossier entre le jour de l'admission (J0) et les 7 premiers jours suivant l'admission (J1 à J7) ; <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> Pour les patients présentant des douleurs somatiques au minimum d'intensité modérée, on retrouve : <ul style="list-style-type: none"> La mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge de la douleur somatique dans le dossier du patient : moyens médicamenteux et/ou moyens non médicamenteux ; ET une réévaluation de la douleur somatique avec une échelle* suite à la mise en œuvre de cette stratégie de prise en charge de la douleur somatique. <p>* voir la liste des échelles acceptées</p>
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Echantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 séjours, tirés au sort sur l'année N-1.
Critères d'inclusion	<p>Au sein du RIM-P de l'année N-1, parmi les RPS, sélection des séjours suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> Uniquement composés de séquences d'hospitalisation temps plein (code d'activité 01) ; Hors formes combinées ; Commencés et terminés entre Février de l'année N-1 et Novembre de l'année N-1 ; D'une durée supérieure ou égale à 8 jours ; Non précédés et non suivis par une séquence d'hospitalisation temps plein (code d'activité 01) dans les 30 jours.
Critères d'exclusion primaires	<ul style="list-style-type: none"> Exclusion des séjours de formes d'activités combinées (mode P - Parallèle - ou A - Associée) ; Exclusion des séjours commencés en Janvier de l'année N-1 et des séjours terminés en Décembre de l'année N-1 ; Exclusion des séjours d'une durée strictement inférieure à 8 jours ; Exclusion des séjours précédés et/ou suivis dans les 30 jours d'une séquence d'hospitalisation à temps plein (code d'activité 01).
Mode d'évaluation de l'indicateur	<p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire.</p> <p>La prise en charge de la douleur somatique associe selon les cas des traitements médicamenteux et/ou non médicamenteux (techniques de soins).</p> <p>Il convient de retrouver la mise en œuvre de la stratégie de prise en charge de la douleur somatique :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pour les moyens médicamenteux, il est attendu l'administration du (des) médicament(s) ; Pour les moyens non médicamenteux, il est attendu un compte rendu de réalisation de la mise en œuvre OU une information sur la réalisation de la mise en œuvre. <p>Le critère est satisfait si :</p> <ul style="list-style-type: none"> On retrouve une évaluation de la douleur somatique avec une échelle* dans le dossier entre le jour de l'admission (J0) et les 7 premiers jours suivant l'admission (J1 à J7) ; <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> Pour les patients présentant des douleurs somatiques au minimum d'intensité modérée, on retrouve : <ul style="list-style-type: none"> La mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge de la douleur somatique dans le dossier du patient : moyens médicamenteux et/ou moyens non médicamenteux ; ET une réévaluation de la douleur somatique avec une échelle* suite à la mise en œuvre de cette stratégie de prise en charge de la douleur somatique. <p>* voir la liste des échelles acceptées</p>

Historique de l'indicateur « Evaluation et prise en charge de la douleur somatique »

Rappel sur le développement de l'indicateur

L'indicateur « Evaluation et prise en charge de la douleur somatique » a été développé à partir de ces éléments législatifs et des recommandations présentés ci-dessus, dans le cadre d'un groupe de travail d'experts. Il évalue la qualité de l'évaluation de la douleur somatique avec une échelle au cours des 7 premiers jours d'une hospitalisation ET pour les patients présentant des douleurs somatiques au minimum d'intensité modérée, la mise en œuvre d'une stratégie thérapeutique et une réévaluation avec échelle de cette douleur.

Cet indicateur a été expérimenté au troisième trimestre 2019, dans 257 établissements de santé volontaires ayant une activité de psychiatrie. La pertinence, les qualités métrologiques et la faisabilité du recueil ont été validées par la HAS. Le taux de conformité de l'indicateur était égal à 56% et un quart des établissements avait une moyenne inférieure à 38,3%. La variabilité inter-établissements de santé a justifié l'intérêt de généraliser cet indicateur pour le périmètre « hospitalisation à temps plein ». La première campagne nationale de recueil de cet indicateur devait avoir lieu en 2020. Elle a eu lieu en 2021 et il s'agissait du recueil d'établissements volontaires.

Les modifications apportées en 2020

À la suite de l'expérimentation, l'indicateur a évolué et les modifications ont porté sur le libellé de l'indicateur : « douleurs nécessitant une prise en charge » est remplacé par « douleurs au minimum d'intensité modérée » (« douleur modérée » ou « douleur intense » ou « douleur insupportable »).

Les modifications apportées pour la campagne nationale 2021

Aucune modification n'a été apportée à l'indicateur « Evaluation et prise en charge de la douleur somatique » pour 2021.

Les modifications apportées pour la campagne nationale 2022

Suite au retour de la campagne volontaire 2021 sur les données 2019, il a été rajouté une modalité de réponse à PCD_4 « Suite à la mise en œuvre de cette stratégie, une réévaluation de la douleur somatique a été réalisée » : 5. Refus de soin
La modification de l'algorithme ci-dessus prend en considération ce cas de figure.

	<p align="center">Indicateur « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » <i>Psychiatrie et santé mentale - périmètre « hospitalisation à temps plein »</i> Version 2022</p>
Définition	<p>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.</p> <p>L'indicateur est calculé à partir de 12 critères qualité :</p> <p>Deux critères sont indispensables :</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Lettre de liaison à la sortie retrouvée ; (2) Lettre de liaison à la sortie datée du jour de la sortie. <p>En l'absence de conformité d'un de ces deux critères, le score est égal à 0.</p> <p>Le score est calculé, en cas de conformité des critères indispensables, à partir de la traçabilité des 10 critères « qualité » :</p> <p>Cinq critères médico-administratifs :</p> <ol style="list-style-type: none"> (3) Remise au patient de la lettre de liaison à la sortie ; (4) Identification et envoi au médecin traitant (si applicable) ; (5) Identification du patient dans la lettre de liaison ; (6) Date d'entrée et date de sortie ; (7) Identification du signataire de la lettre de liaison ; <p>Cinq critères médicaux :</p> <ol style="list-style-type: none"> (8) Motif de l'hospitalisation ; (9) Synthèse médicale du séjour ; (10) Actes techniques et examens complémentaires ; (11) Traitements médicamenteux de sortie ; (12) Planification des soins.
Justification	<p>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 ».</p> <p>Le Décret n°2016-995 publié le 20 juillet 2016 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.</p> <p>Article R.1112-1-2 du CSP (créé par l'article 1 du décret n°2016-995 du 20 juillet 2016) :</p> <p>« 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. »</p> <p>« 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. »</p> <p>« <u>II. Cette lettre de liaison contient les éléments suivants :</u></p>

	<ol style="list-style-type: none"> 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 ». <p>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. »</p>
Utilisations	<p>L'objectif de performance est fixé à 80/100.</p> <p>Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé.</p> <p>Procédure de certification des établissements de santé.</p> <p>Diffusion publique, Incitations financières à l'amélioration de la qualité (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet – cf cadre réglementaire.</p>
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements.</p> <p>Score composite.</p> <p>Pas d'ajustement au risque.</p>
Score individuel	<p>Un score individuel est calculé pour chaque dossier. Il correspond à la somme des critères conformes divisé par le nombre de critères applicables.</p> <p>Si un des deux critères « indispensables » n'est pas conforme, le score individuel est égal à 0.</p> <p>Quand un critère est non applicable, il n'est pas pris en compte dans le calcul de l'indicateur.</p>
Score global	<p>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).</p>
Echantillon	<p>L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 70 séjours, tirés au sort sur l'année N-1.</p>
Critères d'inclusion	<p>Au sein du RIM-P de l'année N-1, parmi les RPS, sélection des séjours suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uniquement composés de séquences d'hospitalisation temps plein (code d'activité 01) ; • Hors formes combinées ; • Commencés et terminés entre Février de l'année N-1 et Novembre de l'année N-1 ; • D'une durée supérieure ou égale à 8 jours ; • Non précédés et non suivis par une séquence d'hospitalisation temps plein (code d'activité 01) dans les 30 jours ; • Ayant pour mode de sortie le domicile (code de mouvement 8).
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Exclusion des séjours de formes d'activités combinées (mode P - Parallèle - ou A - Associée) ; • Exclusion des séjours commencés en Janvier de l'année N-1 et des séjours terminés en Décembre de l'année N-1 ; • Exclusion des séjours d'une durée strictement inférieure à 8 jours ; • Exclusion des séjours précédés et/ou suivis dans les 30 jours d'une séquence d'hospitalisation à temps plein (code d'activité 01) ; • Exclusion des séjours ayant un autre mode de sortie que le domicile.

<p>Mode d'évaluation de la conformité des critères de l'indicateur</p>	<p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire permettant de calculer les critères.</p> <p>Deux critères indispensables :</p> <p>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 est égal à 0.</p> <p>2. Lettre de liaison à la sortie datée du jour de la sortie (critère 2) Le critère est satisfait si la date de rédaction notée dans la lettre de liaison à la sortie est la date de sortie administrative du patient. Quand le critère n'est pas satisfait, le score est égal à 0.</p> <p>Cinq critères médico-administratifs : Les éléments requis pour la traçabilité de chacun des critères « qualité » sont décrits ci-dessous :</p> <p>3. Remise au patient de la lettre de liaison à la sortie (critère 3) Le critère est satisfait :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>4. Identification et envoi au médecin traitant (critère 4) (si applicable) Ce critère ne concerne que les patients ayant déclaré un médecin traitant ou pour lesquels la réponse est « ne sait pas » à la déclaration du médecin traitant. Le critère est satisfait :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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) ; <p>ET :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si la lettre de liaison est envoyée au médecin traitant le jour de la sortie du patient ; <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> - S'il est mentionné que le patient refuse que sa lettre de liaison soit envoyée au médecin traitant. <p>5. Identification du patient dans la lettre de liaison (critère 5) 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 ET prénom ET date de naissance ET sexe.</p> <p>6. Date d'entrée et date de sortie (critère 6) Le critère est satisfait si on retrouve, dans la lettre de liaison à la sortie, de façon lisible, une référence aux dates du séjour (date d'entrée ET date de sortie).</p> <p>7. Identification du signataire de la lettre de liaison (critère 7) 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).</p> <p>Cinq critères médicaux :</p> <p>8. Motif d'hospitalisation (critère 8) Le critère est satisfait si le motif d'hospitalisation est retrouvé dans la lettre de liaison à la sortie.</p> <p>9. Synthèse médicale du séjour (critère 9) Le critère est satisfait si une synthèse médicale du séjour est retrouvée dans la lettre de liaison à la sortie et qu'elle mentionne le cas échéant, un ou plusieurs des quatre éléments suivants dès lors qu'ils sont retrouvés 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.</p>
---	---

10. Actes techniques et examens complémentaires (critère 10)

Le critère est satisfait :

- Si au minimum une conclusion ou une information concernant le (les) acte(s) technique(s) ou examen(s) complémentaire(s) réalisé(s) pendant l'hospitalisation est retrouvée dans la lettre de liaison à la sortie ;

OU

- S'il est noté qu'aucun acte technique ou examen complémentaire n'a été réalisé durant l'hospitalisation, dans la lettre de liaison à la sortie ;

OU

- S'il est noté que les résultats sont en attente.

11. Traitements médicamenteux de sortie (critère 11)

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

- La liste des médicaments à la sortie du patient, avec pour chaque prescription de médicament : sa dénomination (DCI et/ou nom commercial), sa posologie (dosage unitaire ET rythme d'administration), sa voie d'administration ET sa durée de prescription, ou la mention de l'absence de traitement à la sortie.

ET

- La mention de la suppression, de la modification, ou de la poursuite du traitement habituel ou la mention de l'absence de traitement habituel.

12. Planification des soins (critère 12)

Le critère est satisfait si on retrouve une information sur la planification des soins dans la lettre de liaison à la sortie, qu'elle soit prévue en amont de l'hospitalisation ou non.

Historique de l'indicateur « Qualité de la lettre de liaison à la sortie »

Rappel sur le développement de l'indicateur

L'indicateur « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » a été développé à partir du décret n°2016-995 du 20 juillet 2016, dans le cadre d'un groupe de travail d'experts. Il évalue la qualité de la lettre de liaison à la sortie d'hospitalisation à travers 12 critères.

Cet indicateur a été expérimenté au troisième trimestre 2019, dans 248 établissements de santé volontaires ayant une activité de psychiatrie. La pertinence, les qualités métrologiques et la faisabilité du recueil ont été validées par la HAS. Le score de conformité de l'indicateur était égal à 34,9% et un quart des établissements avait une moyenne inférieure à 15,6%. La variabilité inter-établissements de santé a justifié l'intérêt de généraliser cet indicateur pour le périmètre « hospitalisation à temps plein ». La première campagne nationale de recueil de cet indicateur devait avoir lieu en 2020. Elle a eu lieu en 2021 et il s'agissait du recueil d'établissements volontaires.

Première campagne nationale 2021

La participation à cette campagne était volontaire.

Des modifications ont été apportées dans la construction de l'indicateur développé « Qualité de la lettre de liaison à la sortie », et une harmonisation a été réalisée pour tous les secteurs.

Seconde campagne nationale 2022

Pas de modifications

Indicateur de qualité et de sécurité des soins Dossier patient en SSR Évaluation et prise en charge de la douleur¹ 2022	
Définition	<p>Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux de conformité, évalue la traçabilité de l'évaluation de la douleur avec une échelle dans le dossier patient ET pour les patients présentant des douleurs au minimum d'intensité modérée¹, la traçabilité de la prise en charge de la douleur, sa mise en œuvre et son évaluation.</p> <p>Remarque : l'exigence porte sur la traçabilité de la prise en charge des douleurs au minimum d'intensité modérée, ce qui n'exclut pas une prise en charge adaptée des patients présentant des douleurs d'intensité faible.</p>
Justification	<p>La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 intègre la prévention de la douleur comme une priorité de la politique nationale de santé. Elle s'appuie sur les changements de pratiques et organisations soutenus par les 3 plans (1998, 2005, 2016) de lutte contre la douleur et la loi de 2002 relative aux droits des malades « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée ».</p> <p>La prévention de la douleur repose sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et réseaux de soins, notamment par une évaluation systématique ; • L'amélioration des traitements médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité ; • Une meilleure prise en charge des douleurs aiguës et chroniques rebelles.
Utilisations	<p>L'objectif de performance est fixé à 80%, soit 8 dossiers sur 10. Pilotage interne dans les établissements de santé. Procédure de certification des établissements de santé.</p> <p>Diffusion publique, Incitations financières à l'amélioration de la qualité (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet. Cf cadre réglementaire.</p>
Type d'indicateur	<p>Indicateur de type de taux.</p> <p>Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements.</p> <p>Ajustement sur le risque : non</p>
Numérateur	<p>Nombre de séjours de patients pour lesquels :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une évaluation de la douleur réalisée avec une échelle* est tracée dans le dossier <p>ET</p>

¹ Douleur modérée » ou « douleur intense » ou « douleur insupportable ».

	<ul style="list-style-type: none"> • Cette évaluation est réalisée entre le jour de l'admission (J0) et les 2 premiers jours suivant le jour de l'admission (J1 et J2) <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le patient présentant des douleurs au minimum d'intensité modérée bénéficie d'une stratégie de prise en charge de la douleur mise en œuvre <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cette prise en charge est évaluée avec une échelle* <p>* <i>Echelles retenues pour évaluer la douleur</i> (voir la liste des échelles acceptées)</p>
Dénominateur	Nombre de séjours évalués
Echantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers tirés au sort sur l'année N-1.
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Séjours de patients quel que soit l'âge, hospitalisés au moins 8 jours en SSR entre le 1er février et le 30 novembre de l'année N-1 (2021) • Séjours non précédés d'un autre séjour en SSR dans le mois précédent et non suivis d'un séjour en SSR dans le mois suivant. • Séjours en hospitalisation complète (type d'hospitalisation = 1 ou 5) suivis ou non d'une prise en charge à temps partiel
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Séjours inférieurs ou égaux à 7 jours ; • Séjours successifs précédés et/ou suivi par un autre séjour sur une période d'un mois • Prises en charge à temps complet qui comportent au moins une interruption de plus de 48 heures et qui sont, de ce fait, découpées en séjours successifs • Séjour avec sortie contre avis médical ou fugue • Séjours avec un GME erreur.
Mode d'évaluation de l'indicateur	<p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire.</p> <p>La prise en charge de la douleur associe selon les cas des traitements médicamenteux et/ou non médicamenteux (techniques de soins).</p> <p>Il convient de retrouver la mise en œuvre de la stratégie de prise en charge de la douleur : i) pour les moyens médicamenteux, il est attendu l'administration du (des) médicament(s) ; ii) pour les moyens non médicamenteux, il est attendu un compte rendu de réalisation de la mise en œuvre OU une information sur la réalisation de la mise en œuvre.</p> <p>Le critère est satisfait si :</p> <ul style="list-style-type: none"> • On retrouve une évaluation de la douleur avec une échelle* dans le dossier entre le jour de l'admission (J0) et les 2 premiers jours suivant l'admission (J1 à J2) ; <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les patients présentant des douleurs au minimum d'intensité modérée, on retrouve :

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">○ La mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge de la douleur dans le dossier du patient : moyens médicamenteux et/ou moyens non médicamenteux ; ET <ul style="list-style-type: none">○ Une réévaluation de la douleur avec une échelle* suite à la mise en œuvre de cette stratégie de prise en charge de la douleur. |
|--|--|

* *Echelles retenues pour évaluer la douleur* ([voir la liste des échelles acceptées](#))

Historique des indicateurs

Modifications apportées aux indicateurs « Qualité du dossier du patient en SSR » depuis le 1^{er} déploiement national en 2009
Indicateur Traçabilité de l'évaluation de la douleur en 2009
<p>En 2009 l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » évalue la proportion de séjours pour lesquels il est retrouvé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • au moins un résultat de mesure de la douleur, avec une échelle, <p>ET si le patient présentait des douleurs nécessitant une prise en charge</p> <ul style="list-style-type: none"> • au moins une seconde mesure de la douleur avec une échelle.
2010, 2011, 2014 et 2016
Aucune modification apportée à l'indicateur pour ces 4 recueils.
2018
Pas de recueil
2019
L'indicateur est recueilli pour la première fois lors de la campagne de 2019 dans les établissements de SSR. Il se substitue à l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur recueilli de 2009 à 2016".
2020
Annulée
2022
La construction de l'indicateur « Evaluation et prise en charge de la douleur » est inchangée par rapport à la campagne 2019. Des modifications sont apportées dans le libellé de l'indicateur : « douleurs nécessitant une prise en charge » est remplacé par « douleurs au minimum d'intensité modérée (« douleur modérée » ou « douleur intense » ou « douleur insupportable »).

Indicateur de qualité et de sécurité des soins Dossier patient en SSR

Projet de soins, projet de vie en SSR Version 2022

Définition	<p>Cet indicateur évalue dans le dossier du patient en SSR la traçabilité d'un projet de soins fondé sur un examen médical, fonctionnel, et psychologique, et une évaluation sociale comportant les éléments nécessaires à une rééducation coordonnée. Ce projet de soins est élaboré par une équipe pluriprofessionnelle en lien avec le patient et son projet de vie.</p> <p>Il se présente sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité est d'autant plus grande que le score est proche de 100.</p> <p>L'indicateur est calculé à partir de 8 critères au maximum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Examen médical d'entrée renseigné 2. Evaluation de l'autonomie renseignée 3. Evaluation sociale renseignée 4. Evaluation psychologique renseignée 5. Projet de soins renseigné pour tous les patients et actualisé pour les patients hospitalisés plus de 30 jours 6. Au moins une réunion pluriprofessionnelle tracée et répétée si séjour de 30 jours et plus 7. Projet de vie renseigné 8. Information sur l'engagement du patient à son projet de vie mentionné
Justification	<p>Pour les patients pris en charge en SSR il est recommandé une prise en charge rééducative coordonnée et pluri-professionnelle. Celle-ci nécessite l'élaboration d'un projet thérapeutique qui comporte :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un projet de soins permettant de limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux, et d'optimiser l'autonomie du patient ; • et un projet de vie, en lien avec le projet de soins, permettant la réinsertion familiale sociale et professionnelle des patients. <p>La prise en charge proposée doit être adaptée aux besoins du patient, ainsi elle s'appuie sur les évaluations réalisées par les membres de l'équipe, et partagées dans le cadre de réunions pluri professionnelles.</p> <p>Selon l'article Article D6124-177-1 créé par le décret n°2008-376 du 17 avril 2008 - art. 1 :</p> <p><i>« II. — L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins les compétences de médecin, d'infirmier et d'assistant de service social. Elle comprend également, en tant que de besoin, les auxiliaires médicaux, le personnel des professions sociales et éducatives et les psychologues, nécessaires à la prise en charge des patients que le titulaire de l'autorisation de soins de suite et de réadaptation accueille.</i></p> <p><i>« III. — L'équipe pluridisciplinaire réalise pour chaque patient un bilan initial et élabore avec lui un projet thérapeutique, en liaison avec le médecin ayant prescrit les soins de suite et de réadaptation. Les objectifs et la durée prévisible du projet thérapeutique sont déterminés et périodiquement réévalués. Le projet thérapeutique est réévalué lorsque le séjour du patient au titre des soins de suite et de réadaptation a dépassé trois mois.</i></p> <p><i>« Art. R. 6123-118.-L'activité de soins de suite et de réadaptation mentionnée au 5° de l'article R. 6122-25 a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion. Elle comprend, le cas échéant, des actes à visée diagnostique ou thérapeutique.</i></p>

	<p>« Art. R. 6123-119.-L'autorisation d'exercer l'activité de soins de suite et de réadaptation ne peut être accordée, en application de l'article L. 6122-1, ou renouvelée, en application de l'article L. 6122-10, que si l'établissement de santé est en mesure d'assurer :</p> <p>« 1° Les soins médicaux, la rééducation et la réadaptation afin de limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux, de prévenir l'apparition d'une dépendance, de favoriser l'autonomie du patient ;</p> <p>« 2° Des actions de prévention et l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage ;</p> <p>« 3° La préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle.</p>
Utilisations	<p>L'objectif de performance est fixé à 80/100, soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées.</p> <p>Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé.</p> <p>Procédure de certification des établissements de santé.</p> <p>Diffusion publique, incitations financières à l'amélioration de la qualité (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet. Cf. cadre réglementaire https://www.has-sante.fr/jcms/c_493937/fr/l-encitation-financiere-pour-l-amelioration-de-la-qualite-ifaq</p>
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements.</p> <p>Score composite.</p> <p>Pas d'ajustement sur le risque.</p>
Score individuel	<p>Un score individuel est calculé pour chaque dossier. Il correspond à la somme des critères satisfaits divisée par la somme des critères exigés.</p>
Score global	<p>Le score global est calculé pour l'ensemble des dossiers. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x 100).</p>
Echantillon	<p>Le score global est calculé sur un échantillon aléatoire de 70 dossiers.</p>
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Séjours de patients quel que soit l'âge, hospitalisés au moins 8 jours en SSR entre le 1er février et le 30 novembre de l'année N-1 (2021) • Séjours non précédés d'un autre séjour en SSR dans le mois précédent et non suivis d'un séjour en SSR dans le mois suivant. • Séjours en hospitalisation complète (type d'hospitalisation = 1 ou 5) suivis ou non d'une prise en charge à temps partiel
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Séjours inférieurs ou égaux à 7 jours ; • Séjours successifs précédés et/ou suivi par un autre séjour sur une période d'un mois • Prises en charge à temps complet qui comportent au moins une interruption de plus de 48 heures et qui sont, de ce fait, découpées en séjours successifs • Séjour avec sortie contre avis médical ou fugue ; • Séjours avec un GME erreur.
Mode d'évaluation des critères de l'indicateur Projet de soins, projet de vie	<p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire comprenant les 8 critères.</p> <p>Chaque critère satisfait est comptabilisé par 1 point. Pour chaque dossier, le numérateur est égal à la somme des points, et le dénominateur est égal à la somme des critères exigés.</p> <p>Éléments requis pour chacun des critères :</p> <p>1. Examen médical d'entrée renseigné</p> <p>Le critère est satisfait si l'examen médical d'entrée comporte les 5 éléments suivants :</p>

- (1). Antécédents
- (2). Anamnèse
- (3). Traitement d'entrée en SSR
- (4). Examen clinique initial
- (5). Conclusions de l'examen clinique initial

2. Évaluation de l'autonomie renseignée

Le critère est satisfait si la trace d'une évaluation de l'autonomie dans les 7 jours suivant l'admission est retrouvée dans le dossier du patient.

3. Évaluation sociale renseignée

Le critère est satisfait si la trace d'une évaluation sociale dans les 7 jours suivant l'admission est retrouvée dans le dossier du patient.

4. Évaluation psychologique renseignée

Le critère est satisfait si la trace d'une évaluation psychologique ou neuropsychologique ou comportementale au cours du séjour est retrouvée dans le dossier du patient.

5. Projet de soins renseigné

Le critère est satisfait si le dossier du patient fournit la trace

- d'un plan de soins élaboré dans les 15 jours suivant l'admission pour tous les patients
- ET
- une actualisation du plan de soins pour les patients hospitalisés en SSR plus de 30 jours

6. Réunion pluriprofessionnelle tracée et répétée pour les séjours de plus de 30 jours

Le critère est satisfait si le dossier patient fournit

- 'une synthèse d'une réunion pluriprofessionnelle* réalisée dans les 2 premières semaines pour tous les patients
- ET
- Au moins une synthèse actualisée de ou des réunions pluriprofessionnelles pour les séjours de 30 jours et plus

7. Projet de vie renseigné (si applicable)

Le critère est satisfait si la trace de la préparation de la sortie du patient, que le patient sorte au domicile ou en structure médico-sociale, est retrouvée dans le dossier.

8. Information sur l'engagement du patient sur son projet de vie (si applicable)

Le critère est satisfait si le dossier du patient sortie à domicile fournit la trace

- d'une participation du patient à l'élaboration de son projet de vie
- de l'avis du patient sur le projet de vie
- d'un motif expliquant que le patient n'ai pu participé à l'élaboration du projet de vie ou n'ai pu exprimer son avis

Historique des indicateurs

Modifications réalisées depuis le premier déploiement national des indicateurs « Qualité du dossier du patient en SSR » en 2009

Indicateurs recueillis lors du premier recueil national en 2009

- « Tenue du dossier patient »
- « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation »
- « Traçabilité de l'évaluation de la douleur »
- « Dépistage des troubles nutritionnels »
- « Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre »

Indicateur Tenue du dossier du patient en 2009

En 2009 l'indicateur « Tenue du dossier du patient » comportait 13 critères :

1. Présence des coordonnées du médecin désigné par le patient (si applicable).
1. Présence des documents médicaux relatifs à l'admission.
2. Examen médical d'entrée renseigné.
3. Évaluation de l'autonomie renseignée.
4. Évaluation sociale renseignée.
5. Évaluation psychologique renseignée.
6. Projet thérapeutique renseigné.
7. Participation ou accord du patient à son projet thérapeutique mentionné (si applicable).
8. Au moins une réunion pluri-professionnelle tracée.
9. Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (si applicable).
10. Rédaction d'un traitement de sortie (si applicable).
11. Courrier de fin d'hospitalisation ou compte-rendu d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval.
12. Dossier organisé et classé.

Recueils 2010, 2011 et 2014

Aucune modification apportée à l'indicateur pour ces 3 recueils.

Modifications apportées pour le cinquième recueil national en 2016

En 2016 deux indicateurs Tenue du dossier du patient étaient recueillis :

- Le premier était identique à l'indicateur recueillis précédemment avec ses 13 critères inchangés.
- Le second comportait 2 critères supplémentaires, concernant les mentions de la personne de confiance et de la personne à prévenir et un critère avait été retiré Dossier organisé et classé. De plus un dossier non retrouvé était une cause de non-conformité à l'indicateur. Ainsi l'indicateur comportait 15 critères :
 1. Dossier retrouvé
 2. Présence des coordonnées du médecin désigné par le patient (si applicable).
 3. Présence des documents médicaux relatifs à l'admission.
 4. Examen médical d'entrée renseigné.
 5. Évaluation de l'autonomie renseignée.
 6. Évaluation sociale renseignée.
 7. Évaluation psychologique renseignée.
 8. Projet thérapeutique renseigné.
 9. Participation ou accord du patient à son projet thérapeutique mentionné (si applicable).
 10. Au moins une réunion pluriprofessionnelle tracée.
 11. Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (si applicable).
 12. Rédaction d'un traitement de sortie (si applicable).
 13. Courrier de fin d'hospitalisation ou compte-rendu d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval.
 14. Mention de la personne de confiance.
 15. Mention de la personne à prévenir.

Modifications apportées pour le recueil national en 2018 :

**Suspension de « Tenue du dossier du patient » & généralisation de « Projet de soins
Projet de vie »**

En 2018 l'indicateur a été recentré sur les éléments spécifiques à la prise en charge des patients en SSR. Il est composé de 8 critères, dont les 6 premiers étaient déjà recueillis dans le cadre de l'indicateur « Tenue du dossier du patient » :

1. Examen médical d'entrée
2. Évaluation de l'autonomie,
3. Évaluation sociale
4. Évaluation psychologique
5. Projet de soins
6. Réunion pluriprofessionnelle
7. Projet de vie
8. Participation du patient à son projet de vie

Modifications apportées pour la campagne 2022

En 2022, pas de changement sur la composition de l'indicateur. L'indicateur comprend 8 critères. La participation du patient au projet de vie (critère 8) devient information sur l'engagement du patient sur son projet de vie.

Indicateur de qualité et de sécurité des soins
Dossier patient en SSR
Qualité de la lettre de liaison à la sortie
Version 2022

Définition	<p>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 :</p> <p>Deux critères sont indispensables :</p> <p>(1) « Lettre de liaison à la sortie retrouvée » ; (2) « Lettre de liaison à la sortie datée du jour de la sortie ».</p> <p>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 » :</p> <p>Cinq critères médico-administratifs :</p> <p>(3) Remise au patient de la lettre de liaison à la sortie ; (4) Identification du et envoi au médecin traitant (si applicable) ; (5) Identification du patient ; (6) Date d'entrée et date de sortie ; (7) Identification du signataire de la lettre de liaison ;</p> <p>Trois critères médicaux :</p> <p>(8) Motif de l'hospitalisation ; (9) Synthèse médicale du séjour ; (10) Traitements médicamenteux de sortie.</p>
Justification	<p>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 (les lettres de liaison).</p> <p>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 ».</p> <p>Le décret n°2016-995 publié le 20 juillet 2016, 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.</p> <p>Article R.1112-1-2 du CSP 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. »</p>

	<p>« 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. »</p> <p>« II. Cette lettre de liaison contient les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ». <p>L'article L. 1112-1 du code de la santé publique prévoit de plus que : « La lettre de liaison est, dans le respect des exigences prévues aux 4^{ème} et 5^{ème} alinéa 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. »</p>
<p>Utilisations</p>	<p>L'objectif de performance est fixé à 80/100, soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées.</p> <p>Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé. Procédure de certification des établissements de santé.</p> <p>Diffusion publique, incitations financières à l'amélioration de la qualité (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet. Cf. cadre réglementaire https://www.has-sante.fr/jcms/c_493937/fr/l-incidentation-financiere-pour-l-amelioration-de-la-qualite-ifaq</p>
<p>Type d'indicateur</p>	<p>Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements. Score composite. Pas d'ajustement sur le risque.</p>
<p>Score individuel</p>	<p>Un score individuel est calculé pour chaque dossier. Il correspond à la somme des critères conformes divisée 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.</p>
<p>Score global</p>	<p>Le score global est calculé pour l'ensemble des dossiers. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x 100).</p>
<p>Echantillon</p>	<p>Le score global est calculé sur un échantillon aléatoire de 70 dossiers.</p>
	<p>Echantillon aléatoire de séjours en SSR en hospitalisation complète de plus de 7 jours, adulte et enfant, sortis vivants ou morts.</p>

<p>Critères d'inclusion</p>	<p>Séjours commencés et terminés entre le 1er février et le 30 novembre 2021*.</p> <p>NB Ces séjours de 8 jours peuvent être suivis d'hospitalisation partielle de jour, de nuit ou de soins ambulatoires.</p>
<p>Critères d'exclusion</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Séjours inférieurs ou égaux à 7 jours ; • Séjours successifs précédés et/ou suivi par un autre séjour à temps complet sur une période d'un mois • Prises en charge à temps complet qui comportent au moins une interruption de plus de 48 heures et qui sont, de ce fait, découpées en séjours successifs • Séjour avec sortie contre avis médical ou fugue • Séjours avec un GME erreur • Exclusion des séjours ayant un autre mode de sortie que le domicile.
<p>Mode d'évaluation de la conformité des critères de l'indicateur QLS</p>	<p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire permettant de calculer les critères.</p> <p>Deux critères indispensables</p> <p>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 est égal à 0.</p> <p>2. Lettre de liaison à la sortie datée du jour de la sortie (critère 2) Le critère est satisfait si la date notée sur la lettre de liaison est la date de sortie administrative du patient. Quand le critère n'est pas satisfait, le score est égal à 0.</p> <p>Cinq critères médico-administratifs Les éléments requis pour la traçabilité de chacun des critères « qualité » sont décrits ci-dessous.</p> <p>3. Remise au patient de la lettre de liaison à la sortie (critère 3)</p> <p>Le critère est satisfait :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>4. Identification du médecin traitant et envoi de la lettre de liaison (critère 4, si applicable)</p> <p>Ce critère ne concerne que les patients ayant déclaré un médecin traitant.</p> <p>Le critère est satisfait :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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) ; <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la date d'envoi de la lettre de liaison au médecin traitant est le jour de la sortie du patient <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 5)

Le critère est satisfait si on retrouve, sur la lettre de liaison à la sortie, de façon lisible, l'identification conforme du patient : nom de naissance ET prénom ET date de naissance ET sexe.

6. Date d'entrée et date de sortie (critère 6)

Le critère est satisfait si on retrouve, sur la lettre de liaison à la sortie, de façon lisible, une référence aux dates du séjour (date d'entrée ET date de sortie).

7. Identification du signataire de la lettre de liaison (critère 7)

Le critère est satisfait si on retrouve, sur 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).

Trois critères médicaux**8. Motif d'hospitalisation (critère 8)**

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

9. Synthèse médicale du séjour (critère 9)

Le critère est satisfait si les deux éléments suivants sont retrouvés sur la lettre de liaison à la sortie :

- 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.

ET

- une synthèse de la situation clinique du patient à sa sortie.

Lors des contrôles qualité du recueil, les médecins inspecteurs vérifieront que si un ou plusieurs des quatre éléments ci-dessous est (sont) retrouvé(s) dans le dossier du séjour analysé, cela figure aussi dans la lettre de liaison : i) événements indésirables associés aux soins, ii) portage ou identification de micro-organismes multi-résistants ou émergents, iii) administration de produits sanguins ou dérivés du sang, iv) pose d'un dispositif médical implantable.

10. Traitements médicamenteux de sortie (critère 10)

Le critère est satisfait si on retrouve sur la lettre de liaison à la sortie, de façon lisible : la liste des médicaments à la sortie du patient, avec pour chaque prescription de médicament : sa dénomination (DCI et/ou nom commercial), sa posologie (dosage unitaire ET rythme d'administration), sa voie d'administration ET sa durée de prescription, ou la mention de l'absence de traitement à la sortie.

Historique de l'indicateur « Qualité de la lettre de liaison à la sortie »
2019
<p>A partir de 2019, l'indicateur « Qualité de la lettre de liaison à la sortie de SSR » se substitue aux indicateurs "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation" et "Document de sortie en SSR", recueillis depuis 10 ans. Le recueil est obligatoire et concerne tous les établissements ayant une activité SSR, les résultats sont en diffusion publique.</p>
Pas de campagne de recueil en 2020 et 2021
Modifications de l'indicateur réalisées et appliquées pour 2022
<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modifications des critères 3 et 4 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Critère 3 : « Remise au patient de la lettre de liaison à la sortie ». <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Il s'agit de toute justification pouvant renvoyer à des motifs médicaux ou légaux ou à une justification propre à l'établissement. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Critère 4 : « Identification du médecin traitant ». ➤ Le critère 4 est renommé : « Identification et envoi au médecin traitant (si applicable) ». <p>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.</p> <p>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 ».</p> • Modification de l'algorithme de calcul pour les critères 3 et 4 <ul style="list-style-type: none"> - Critère 3 : <p>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).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Critère 4 : <p>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).</p> • Autres modifications apportées : <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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</p>

Indicateur de résultats en chirurgie orthopédique

Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins « Évènements thrombo-emboliques après la pose d'une prothèse totale de hanche (hors fracture) » ETE-PTH

Définition	<p>Cet indicateur mesure chez l'adulte les thromboses veineuses profondes (TVP) et/ou embolies pulmonaires (EP), codées dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) au cours de séjours de pose programmée d'une prothèse totale de la hanche (PTH, hors fracture) dans les établissements de santé.</p> <p>Les évènements thrombo-emboliques (ETE) détectés dans le PMSI par l'indicateur de la HAS sont ceux identifiés au cours du séjour de pose, dans une population cible.</p> <p>La population cible est composée de patients adultes ayant bénéficié d'une pose de PTH programmée pour lesquels on estime qu'une marge d'amélioration est possible :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Après exclusions : <ul style="list-style-type: none"> ○ Des patients à très haut risque d'ETE (exemple : patients avec codes CCAM d'interruption de la veine cave, PTH sur fracture de la hanche, séjours avec pose de multiples prothèses ou d'insert sur la hanche et/ou le genou ...), ○ Des cas d'ETE non imputables à la qualité de la pose (exemple : patients ayant eu une intervention dans le mois précédent la pose sur la hanche ou le genou, patients sortis contre avis médical ou par fuite) • ET ajustement sur 13 autres facteurs de sur-risque d'ETE reconnus et non liés à la qualité de la prise en charge initiale.
Importance du thème	<p>Les thromboses veineuses profondes et les embolies pulmonaires sont deux manifestations symptomatiques de la maladie thrombo-embolique veineuse pour lesquelles des recommandations de thromboprophylaxie existent spécifiquement déclinées pour la situation clinique de pose de PTH (dont Samama <i>et al.</i> 2011; AHRQ 2016 et 2017; Thrombosis Canada 2020). Leur survenue après PTH est un évènement indésirable grave associé aux soins potentiellement évitable.</p> <p>L'incidence des évènements « symptomatiques » sous prophylaxie recommandée est relativement élevée après pose de prothèse totale de hanche (1/200 après PTH) (Januel <i>et al.</i> 2012). Les évènements, actes et comorbidités nécessaires à la mesure de l'indicateur sont identifiables dans le PMSI, et la valeur prédictive positive (VPP) de l'indicateur a été estimée au moins égale à 85 % (Cf. Rapport de développement, HAS, 2021). De plus, les actions pour améliorer la prophylaxie de ces évènements font partie des 10 pratiques fortement recommandées pour améliorer significativement la sécurité du patient hospitalisé (AHRQ, 2013).</p>
Objectif	<p>La mesure de cet indicateur vise à réduire le taux d'évènements thrombo-emboliques symptomatiques, par son utilisation intégrée dans une démarche qualité – gestion des risques au sein des établissements de santé concernés.</p> <p>Cet indicateur représente un outil pertinent qui contribue à :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • L'implémentation des pratiques intra-hospitalières de prévention et de gestion du risque thrombo-embolique après PTH (Samama <i>et al.</i> 2011; Thrombosis Canada 2020; NICE 2020 ; SFAR 2019), • La diminution de l'utilisation systématique de l'écho-Doppler, objet d'une recommandation « à ne pas faire » (AAOS 2013; ACO 2020), • L'optimisation de la traçabilité de l'information clinique relative aux événements recherchés (complications thrombo-emboliques) et aux comorbidités dans les dossiers des patients, • L'amélioration de la qualité de leur codage dans le PMSI.
Type d'indicateur	Indicateur HAS de qualité et de sécurité des soins de type résultats
Utilisations	<ul style="list-style-type: none"> • Pilotage interne 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).
Source de données	PMSI en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) chaîné.
Validation	<p>L'algorithme de détection des ETE dans la population cible de PTH à partir du PMSI a été validé par retour aux dossiers en 2018 et a fait l'objet en 2019-2020 d'un développement complémentaire par la HAS qui a été publié en janvier 2021 (Cf. Rapport HAS, 2021 de développement de la mesure des événements thrombo-emboliques par localisation de la prothèse).</p> <p>Sa valeur prédictive positive de 93.5%, et la performance du modèle d'ajustement valident cet indicateur pour toute utilisation : pilotage interne de la qualité et gestion des risques, certification des établissements de santé, toute utilisation externe (diffusion publique, financement à la qualité...) (Cf. Rapport méthodologique HAS, 2019. Méthode HAS de développement, validation et utilisations d'indicateurs de résultats mesurés à partir des bases médico-administratives).</p> <p>Cette fiche descriptive correspond à la version de l'indicateur validée en 2021.</p>
Mode de recueil	Algorithme HAS appliqué au PMSI MCO chaîné, calculs réalisés par l'ATIH, puis contrôlés par la HAS.
Nature de l'indicateur	Indicateur exprimé sous forme de ratio standardisé du nombre observé sur le nombre attendu d'évènements thrombo-emboliques dans la population de séjours cibles
Population cible de l'indicateur	<p>Séjours du PMSI MCO chaîné terminés entre le 1er janvier et le 31 décembre de l'année N-1, correspondants aux critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous.</p> <p><u>Critères d'inclusion :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les séjours avec un acte opératoire de pose* d'une seule PTH : <ul style="list-style-type: none"> ○ Codes CCAM de remplacement de hanche : NEKA010, NEKA012, NEKA013, NEKA014, NEKA015, NEKA016, NEKA017, NEKA019, NEKA020, NEKA021 • Séjours de patients adultes (âge ≥ 18 ans) <p>*La « pose » de prothèse est libellée dans les codes de la CCAM comme suit : « remplacement de l'articulation par une prothèse » (Cf. <i>Consignes d'utilisation des codes CCAM de prothèses de hanche et de genou, ATIH, 2019</i>).</p> <p><u>Critères d'exclusion :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Séjours en CMD 90 Erreurs et autres séjours inclassables • Séjours en CMD 28 Séances

- Séjours en CMD 14 et 15
- Séjours des patients mal chaînés.
- Séjours dont le DP du 1^{er} RUM correspond aux codes de TVP ou EP : I26.0, I26.9, I80.1, I80.2, I80.3, I80.8, I80.9, I82.8, I82.9
- Séjours avec codes CCAM d'interruption de la veine cave : DHSF001, DHSF002, DHSA001, DHNF006, DHSA002
- Séjours en rapport avec la grossesse, accouchement, puerpéralité : DP, DR et DAS commençant par la lettre « O »
- Séjours réalisés en ambulatoire (durée totale du séjour = 0j)
Séjours de PTH avec codes CIM 10 de fracture en DP : M80.x, M84.1, M84.2, M84.3, M84.4, M90.7, S32.x, S72.x, S79.x ou M96.6 codés en DP.
- Séjours de patients admis par les urgences ou 1^{er} RUM en UHCD ou en réanimation ou en soins intensifs ou en soins continus
- Séjours de patient provenant d'un établissement de santé par mutation, transfert ou prestation inter-établissements
- Séjours avec au moins un 2^{ème} acte de PTH ou un acte de PTG codé lors du séjour de pose
 - Codes CCAM de remplacement du genou : NFKA007, NFKA008, NFKA009
- Séjours avec au moins un acte de repose, ablation ou changement de prothèse ou de pose ou ablation d'insert au niveau de la hanche ou du genou codé lors du séjour de pose
 - Codes CCAM de changement de prothèse de hanche: NEKA001, NEKA003, NEKA006, NEKA008, NEKA022, NEGA004, NELA003
 - Codes CCAM de repose de PTH : NELA001, NELA002
 - Codes CCAM de changement de prothèse de genou : NFKA001, NFKA002, NFKA005, NFKA004, NFKA003
 - Codes CCAM de repose de PTG : NFLA001, NFLA002
 - Codes CCAM d'ablation de prothèse de hanche : NEGA001, NEGA002, NEGA003, NEGA005, NAGA001.
 - Codes CCAM d'ablation de prothèse de genou : NFGA002, NFGA001.
 - Codes CCAM de pose ou d'ablation de pièce acétabulaire /insert de prothèse à la hanche : NELA003, NEGA004
- Séjours de patients avec un antécédent de pose, repose, ablation ou changement de prothèse ou de pose ou ablation d'insert au niveau de la hanche ou du genou dans les 30 jours précédant le séjour index.
 - Au moins 1 acte CCAM de la liste suivante : NEKA001, NEKA002, NEKA003, NEKA004, NEKA005, NEKA006, NEKA007, NEKA008, NEKA009, NEKA010, NEKA011, NEKA012, NEKA013, NEKA014, NEKA015, NEKA016, NEKA017, NEKA018, NEKA019, NEKA020, NEKA021, NEKA022, NFKA001, NFKA002, NFKA003, NFKA004, NFKA005, NFKA006, NFKA007, NFKA008, NFKA009, NFGA001, NFGA002, NELA001, NELA002, NELA003, NEGA001, NEGA002, NEGA003, NEGA004, NEGA005, NEMA018, NFLA001, NFLA002, NAGA001, NFGA002, NFGA001, NELA003.
- Patients ayant eu au moins un séjour en soins palliatifs durant le séjour de pose ou dans l'année N-1 : code CIM10 de soins palliatifs Z51.5.
- Patients sortis contre avis médical ou par fuite (Z53.2)

Evènement	<p>Séjours de la population cible de PTH avec au moins un évènement thrombo-embolique (thrombose veineuse profonde et/ou une embolie pulmonaire) codé dans le PMSI au cours du séjour de pose.</p> <p>L'évènement thrombo-embolique est détecté par au moins un des codes CIM-10 suivants en diagnostic associé* : I26.0, I26.9, I80.1, I80.2 et I80.3.</p> <ul style="list-style-type: none"> • I26.0 Embolie pulmonaire, avec mention de cœur pulmonaire aigu • I26.9 Embolie pulmonaire, sans mention de cœur pulmonaire aigu • I80.1 Phlébite et thrombophlébite de la veine fémorale • I80.2 Phlébite et thrombophlébite d'autres vaisseaux profonds des membres inférieurs • I80.3 Phlébite et thrombophlébite des membres inférieurs. <p><i>* La liste des DAS des séjours inclus comprend tous les DAS distincts y compris les DP et DR des UM n'étant pas DP ou DR du séjour</i></p>
Mode de calcul	$\text{Ratio standardisé}_{ES} = \frac{\text{nombre observé d'ETE}_{ES}}{\text{nombre attendu d'ETE}_{ES}}$ <p><i>ES : établissement de santé</i></p> <p>La standardisation a pour but de neutraliser le risque de survenue de l'évènement en lien avec les caractéristiques individuelles des patients (case-mix). Les facteurs de risque utilisés sont ceux associés au risque de survenue d'évènements thrombo-emboliques qui sont cliniquement pertinents, sans lien avec la qualité de la prise en charge et identifiables dans le PMSI.</p> <p>Le nombre attendu d'évènements est obtenu en appliquant aux patients de l'établissement les coefficients de chaque facteur de risque, estimés par le modèle de régression logistique à partir des séjours nationaux (la population de référence).</p> <p>Liste des 13 facteurs de risque inclus dans le modèle d'ajustement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Age • Sexe • 10 comorbidités (Cf. codes utilisés en annexe : comorbidités recherchées lors du séjour cible et dans l'année précédant le séjour cible) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Antécédents d'évènement thrombo-embolique ○ Cancer ○ Insuffisance cardiaque ○ Bronchopneumopathie chronique ○ Insuffisance rénale ○ Obésité ○ Coagulopathie ○ Paralysie ○ Maladie cérébro-vasculaire ○ Insuffisance respiratoire • Durée médiane d'observation après l'intervention calculée pour chaque établissement de santé (délai entre la réalisation de l'acte chirurgical et la sortie des patients).
Modalité de restitution du résultat de l'indicateur	<p>Le ratio standardisé du nombre observé sur attendu de TVP et/ou d'EP est calculé à partir des données annuelles du PMSI MCO de l'année N-1 et restitué aux établissements dans un « funnel plot » (diagramme en entonnoir).</p> <p>Ce graphique permet à chaque établissement de se comparer à la valeur de référence, qui pour cet indicateur est égale à 1, et de se situer à l'intérieur ou en dehors des limites de l'entonnoir définies à 2 déviations standard (avec un risque d'erreur de 5%) et à 3 déviations standard (avec un risque d'erreur de 0,2%) (Cf. Guide de lecture du funnel plot).</p>
Rendus aux	<p>Chaque établissement a accès à ses résultats dans la plateforme sécurisée QualiHAS.</p>

établissements de santé	<p>Les codes d'accès sont donnés par les superviseurs QualHAS et/ou le médecin DIM de chaque établissement.</p> <p>La restitution du résultat de l'indicateur validé est accompagnée d'informations complémentaires et de documents pour aider à l'interprétation du résultat et à l'utilisation de l'indicateur :</p> <p>Caractéristiques de la population cible</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les inclusions et exclusions (diagramme de flux détaillé) • Age, sexe et autres facteurs de risque de la population cible de PTH • Nombre de séjours PTH et nombre observé d'ETE avant exclusions (population d'étude) • Nombre de séjours de la population cible de PTH • Durée moyenne de séjours de PTH cibles dans l'établissement <p>Caractéristiques des événements thrombo-emboliques dans la population cible</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre observé de TVP • Nombre observé d'EP • Nombre attendu d'ETE <p>Autres informations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taux brut d'ETE après PTH cible dans l'établissement et au national (%) • Taux de séjours de PTH avec au moins un code d'écho-Doppler des membres inférieurs associé à comparer au taux intra-hospitalier de TVP et/ou d'EP après PTH publié sous prophylaxie recommandée (Januel et al. JAMA 2012) de 0.5% <p>Les documents et outils</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brochure d'information pour les professionnels en établissement de santé • Guide de lecture du funnel plot • Consignes de codage des complications après PTH ou PTG (ATIH, 2018) • Consignes d'utilisation des codes d'actes CCAM de prothèses de hanche et de genou (ATIH, 2019) <p>Pour l'amélioration des pratiques et du service rendu aux patients : Tout événement thrombo-embolique codé doit faire l'objet d'une analyse par retour aux dossiers. Une fois la qualité de codage vérifiée, il convient de s'interroger sur la cause de survenue de ces événements. Cela peut être réalisé, par exemple, par une analyse approfondie en revue de mortalité -morbidité des événements thrombo-emboliques survenus regroupant les professionnels concernés par la prise en charge (chirurgiens, anesthésistes-réanimateurs, angiologues, cadres de santé, spécialistes de l'hémostase...). Cette analyse permet de rechercher les causes profondes de ces événements indésirables potentiellement associés aux soins, et de cibler des actions d'amélioration en lien avec le programme qualité et gestion des risques de l'établissement de santé.</p> <p>Pour information, des facteurs peuvent expliquer la variabilité du résultat entre les établissements de santé, mais ne sont pas identifiables via le PMSI. Ils peuvent être recherchés par l'établissement de santé dans les dossiers patient et/ou bases de données cliniques pour interpréter les résultats, et si nécessaire, mettre en place des actions d'amélioration ciblées. Ces facteurs (Kakkar 2013) sont notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Technique chirurgicale • Durée opératoire • Période d'immobilisation • Type de prothèse • Modalités d'utilisation et type de thromboprophylaxie • Type d'anesthésie • Méthode de diagnostic utilisée (clinique, échographique)
--------------------------------	--

Historique	<p>L'indicateur a été en 2021 validé pour toute utilisation (Cf. Ligne Utilisations ci-dessus). Seul le statut de l'établissement par rapport à la limite supérieure +3 DS est utilisé pour la diffusion publique et autre utilisation externe.</p> <p>Il est depuis 2021 restitué annuellement aux établissements de santé au niveau des sites géographiques.</p> <p>La 1^{ère} restitution de cet indicateur a eu lieu fin 2021 à partir des données du PMSI MCO 2020, avec diffusion publique des résultats par établissement de santé.</p> <p>La 2^{ème} restitution a eu lieu fin 2022 à partir des données du PMSI MCO 2021, avec diffusion publique des résultats par établissement de santé et utilisation pour le financement à la qualité (IFAQ).</p>
-------------------	---

Pour en savoir plus, consulter la page du site internet de la HAS dédiée à la [mesure des évènements thrombo-emboliques après pose de prothèse de hanche](#) (ETE-PTH).

Principales références

Haute Autorité de santé. Complications thrombo-emboliques sur prothèse en chirurgie orthopédique. Développement de deux indicateurs mesurant les évènements thrombo-emboliques après pose de prothèse totale de hanche et après pose de prothèse totale de genou. [HAS, 2021](#)

Association Canadienne d'Orthopédie. Orthopédie. Dix examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger. Westmount: Association Canadienne d'Ortho-pédie; 2020.

National Institute for Health and Clinical Excellence. Venous thromboembolic diseases: diagnosis, management and thrombophilia testing. NICE guideline. London: NICE; 2020.

Haute Autorité de santé. Rapport. Méthode de développement, validation et utilisations des indicateurs de résultats mesurés à partir des bases médico-administratives. [HAS Juin 2019](#)

Société française d'anesthésie et de réanimation. Réhabilitation améliorée après chirurgie orthopédique lourde du membre inférieur (Arthroplastie de hanche et de genou hors fracture). Paris: SFAR; 2019.

National Institute for Health and Clinical Excellence. Venous thromboembolism in over 16s: reducing the risk of hospital-acquired deep vein thrombosis or pulmonary embolism. London: NICE; 2019.

Haute Autorité de santé. Évènements thromboemboliques après pose de prothèse totale de hanche - hors fracture- ou de genou. Résultats nationaux 2015-2017 et mesure de la valeur prédictive positive par retour aux dossiers, [HAS 2018](#)

Haute Autorité de santé. Rapport de développement. Indicateur de sécurité du patient en chirurgie orthopédique. Évènements thrombo-emboliques après pose de prothèse totale de hanche -hors fracture- ou de genou, [HAS 2017](#)

Samama CM, Gafsou B, Jeandel T, Laporte S, Steib A, Marret E, *et al.* Prévention de la maladie thromboembolique veineuse postopératoire. Actualisation 2011. Texte court. Ann Fr Anesth Reanim 2011;30(12):947-51.

Thrombosis Canada. Thromboprophylaxis orthopedic surgery. Whitby: Thrombosis Canada; 2020.

American Society of Hematology, Anderson DR, Morgano GP, Bennett C, Dentali F, Francis CW, *et al.* American Society of Hematology 2019 guidelines for management of venous thromboembolism: prevention of venous thromboembolism in surgical hospitalized patients. Blood advances 2019;3(23):3898-944. <http://dx.doi.org/10.1182/bloodadvances.2019000975>

Agency for Healthcare Research and Quality, Maynard G. Preventing hospital-associated venous thromboembolism: a guide for effective quality improvement. AHRQ Publication No. 16-0001-EF, replaces AHRQ Publication No. 08-0075. Rockville: AHRQ ; 2016.

Januel JM, Chen G, Ruffieux C, Quan H, Douketis JD, Crowther MA, *et al.* Symptomatic in-hospital deep vein thrombosis and pulmonary embolism following hip and knee arthroplasty among patients receiving recommended prophylaxis: a systematic review. JAMA 2012;307(3):294-303.

Agency for Healthcare Research and Quality. Venous Thromboembolism Prophylaxis in Major

Orthopedic Surgery: Systematic Review Update. Rockville: AHRQ; 2017.

Agency for Healthcare Research and Quality, Shekelle PG, Wachter RM, Pronovost PJ, Schoelles K, McDonald KM, *et al.* Making health care safer II: An updated critical analysis of the evidence for patient safety practices. Comparative effectiveness review n° 211. Rockville: AHRQ ; 2013.

American Academy of Orthopaedic Surgeons, ABIM Foundation. Five things physicians and patients should question. Philadelphia: ABIM Foundation; AAOS; 2013.

Elixhauser A, Steiner C, Harris DR, Coffey RM. Comorbidity measures for use with administrative data. *Med Care* 1998;36(1):8-27.

Quan H, Sundararajan V, Halfon P, Fong A, Burnand B, Luthi JC, *et al.* Coding algorithms for

defining comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. *Med Care* 2005;43(11):1130-9.

Quan H, Li B, Couris CM, Fushimi K, Graham P, Hider P, *et al.* Updating and validating the Charlson comorbidity index and score for risk adjustment in hospital discharge abstracts using data from 6 countries. *Am J Epidemiol* 2011;173(6):676-82.

Spiegelhalter DJ. Handling over-dispersion of performance indicators. *Qual Saf Health Care* 2005;14(5):347-51.

Spiegelhalter DJ. Funnel plots for comparing institutional performance. *Stat Med* 2005;24(8):1185-202.

Kakkar AK, Rushton-Smith SK. Incidence of venous thromboembolism in orthopedic surgery. Chapitre 2. Dans: Llau JV, ed. *Thromboembolism in orthopedic surgery*. London: Springer; 2013. p. 11-7.

Annexe. Codes utilisés pour les comorbidités prises en compte dans la standardisation.

Comorbidités	Liste des codes CIM10
<i>À rechercher en DP ou DAS dans l'année précédant le séjour (date de sortie = 365 jours avant date d'entrée du séjour de pose) et en DAS dans le séjour de pose</i>	
Cancers	C00.x-C26.x, C30.x-C34.x, C37.x-C41.x, C43.x, C45.x-C58.x, C60.x-C85.x, C88.x, C90.0, C90.2, C96.x, C97.x
Insuffisance cardiaque	I09.9, I11.0, I13.0, I13.2, I25.5, I42.0, I42.5-I42.9, I43.x, I50.x
Bronchopneumopathie chronique	I27.8, I27.9, J40.x-J47.x, J60.x-J67.x, J68.4, J70.1, J70.3
Insuffisance rénale	I12.0, I13.1, N18.x, N19.x, N25.0, Z49.0-Z49.2, Z94.0, Z99.2
Coagulopathie	D65.x-D68.x, D69.1, D69.3-D69.6
Paralysie	G04.1, G11.4, G80.1, G80.2, G81.x, G82.x, G83.0-G83.4, G83.9
Maladie cérébro-vasculaire	G45.x, G46.x, H34.0, I60.x- I69.x
Obésité	E66.x
Insuffisance respiratoire chronique	J96.1
Antécédents d'évènements thrombo-emboliques	Codes d'ETE (I26.x, I80.1, I80.2, I80.3, I80.8, I80.9, I82.8 et I82.9) en DP ou DAS dans l'année précédant le séjour OU Z86.7 et/ou Z92.1 en DAS/DR dans l'année précédant le séjour et dans le séjour de pose

Indicateur de résultats en chirurgie orthopédique

Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins « Évènements thrombo-emboliques après pose de prothèse totale de genou » ETE-PTG

<p>Définition</p>	<p>Cet indicateur mesure chez l'adulte les thromboses veineuses profondes (TVP) et/ou embolies pulmonaires (EP), codées dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) au cours de séjours avec pose programmée d'une prothèse totale de genou (PTG) dans les établissements de santé.</p> <p>Les évènements thrombo-emboliques (ETE) détectés dans le PMSI par l'indicateur de la HAS sont les ETE identifiés au cours du séjour de pose, dans une population cible.</p> <p>La population cible est composée de patients adultes ayant bénéficié d'une pose de PTH programmée pour lesquels on estime qu'une marge d'amélioration est possible :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Après exclusions : <ul style="list-style-type: none"> ○ des patients à très haut risque d'ETE (exemple : patients avec codes CCAM d'interruption de la veine cave, séjours avec pose de multiples prothèses ou d'insert sur la hanche et/ou le genou ...), ○ des cas d'ETE non imputables à la qualité de la pose (exemple : patients ayant eu une intervention dans le mois précédent la pose sur la hanche ou le genou, patients sortis contre avis médical ou par fuite), <p>ET ajustement sur 13 facteurs de sur-risque d'ETE reconnus et non liés à la qualité de la prise en charge initiale.</p>
<p>Importance du thème</p>	<p>Les thromboses veineuses profondes et les embolies pulmonaires sont deux manifestations symptomatiques de la maladie thrombo-embolique veineuse pour lesquelles des recommandations de thromboprophylaxie existent spécifiquement déclinées pour la situation clinique de pose de PTG (dont Samama et al. 2011; AHRQ 2016 et 2017; Thrombosis Canada 2020). Leur survenue après PTG est un évènement indésirable grave associé aux soins potentiellement évitable.</p> <p>L'incidence des évènements « symptomatiques » sous prophylaxie recommandée est relativement élevée après pose de prothèse totale de genou (1/100 après PTG) (Januel et al. 2012). Les évènements, actes et comorbidités nécessaires à la mesure de l'indicateur sont identifiables dans le PMSI, et la valeur prédictive positive (VPP) de l'indicateur a été estimée au moins égale à 85% (Cf. Rapport de développement. HAS, 2021). De plus, les actions pour améliorer la prophylaxie de ces évènements font partie des 10 pratiques fortement recommandées pour améliorer significativement la sécurité du patient hospitalisé (AHRQ, 2013).</p>
<p>Objectif</p>	<p>La mesure de cet indicateur vise à réduire le taux d'évènements thrombo-emboliques symptomatiques, par son utilisation intégrée dans une démarche qualité – gestion des risques au sein des établissements de santé concernés.</p> <p>Cet indicateur représente un outil pertinent qui contribue à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'implémentation des pratiques intra-hospitalières de prévention et de gestion du risque thrombo-embolique après PTG (Samama et al. 2011; Thrombosis Canada 2020; NICE 2020; SFAR 2019),

	<ul style="list-style-type: none"> la diminution de l'utilisation systématique de l'écho-Doppler, objet d'une recommandation « à ne pas faire » (AAOS 2013; ACO 2020), l'optimisation de la traçabilité de l'information clinique relative aux événements recherchés (complications thrombo-emboliques) et aux comorbidités dans les dossiers des patients, l'amélioration de la qualité de leur codage dans le PMSI.
Type d'indicateur	Indicateur HAS de qualité et de sécurité des soins de type résultats
Utilisations	<ul style="list-style-type: none"> Pilotage interne 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).
Source de données	PMSI en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) chaîné.
Validation	<p>L'algorithme de détection des ETE dans la population cible de PTH à partir du PMSI a été validé par retour aux dossiers en 2018 et a fait l'objet en 2019-2020 d'un développement complémentaire par la HAS qui a été publié en janvier 2021 (Cf. Rapport HAS, 2021 de développement de la mesure des événements thrombo-emboliques par localisation de la prothèse).</p> <p>Sa valeur prédictive positive de 93.5%, et la performance du modèle d'ajustement valident cet indicateur pour toute utilisation : pilotage interne de la qualité et gestion des risques, certification des établissements de santé, toute utilisation externe (diffusion publique, financement à la qualité....)(Cf. Rapport méthodologique HAS, 2019. Méthode HAS de développement, validation et utilisations d'indicateurs de résultats mesurés à partir des bases médico-administratives).</p> <p>Cette fiche descriptive correspond à la version de l'indicateur validée en 2021.</p>
Mode de recueil	Algorithme HAS appliqué au PMSI MCO chaîné, calculs réalisés par l'ATIH, puis contrôlés par la HAS.
Nature de l'indicateur	Indicateur exprimé sous forme de ratio standardisé du nombre observé sur le nombre attendu d'événements thrombo-emboliques dans la population de séjours cibles
Population cible de l'indicateur	<p>Séjours du PMSI MCO chaîné terminés entre le 1er janvier et le 31 décembre de l'année N-1, correspondants aux critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous.</p> <p><u>Critères d'inclusion :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Les séjours avec un acte opératoire de pose* d'une seule PTG : <ul style="list-style-type: none"> Codes CCAM de remplacement du genou : NFKA007, NFKA008, NFKA009 Séjours de patients adultes (âge ≥ 18 ans) <p><i>*La « pose » de prothèse est libellée dans les codes de la CCAM comme suit : « remplacement de l'articulation par une prothèse » (Cf. Consignes d'utilisation des codes CCAM de prothèses de hanche et de genou).</i></p> <p><u>Critères d'exclusion :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Séjours en CMD 90 Erreurs et autres séjours inclassables Séjours en CMD 28 Séances Séjours en CMD 14 et 15 Séjours des patients mal chaînés.

	<ul style="list-style-type: none"> • Séjours dont le DP du 1^{er} RUM correspond aux codes de TVP ou EP : I26.0, I26.9, I80.1, I80.2, I80.3, I80.8, I80.9, I82.8, I82.9 • Séjours avec codes CCAM d'interruption de la veine cave : DHSF001, DHSF002, DHSA001, DHNF006, DHSA002 • Séjours en rapport avec la grossesse, accouchement, puerpéralité : DP, DR et DAS commençant par la lettre « O » • Séjours réalisés en ambulatoire (durée totale du séjour = 0j) • Séjours de patients admis par les urgences ou 1^{er} RUM en UHCD ou en réanimation ou en soins intensifs ou en soins continus • Séjours de patient provenant d'un établissement de santé par mutation, transfert ou prestation inter-établissements • Séjours avec au moins un 2^{ème} acte de PTG ou d'un acte de PTH codé lors du séjour de pose <ul style="list-style-type: none"> ○ Codes CCAM de remplacement de hanche : NEKA010, NEKA012, NEKA013, NEKA014, NEKA015, NEKA016, NEKA017, NEKA019, NEKA020, NEKA021 • Séjours avec au moins un acte de repose, ablation ou changement de prothèse ou de pose ou ablation d'insert au niveau de la hanche ou du genou codé lors du séjour de pose <ul style="list-style-type: none"> ○ Codes CCAM de changement de prothèse de hanche : NEKA001, NEKA003, NEKA006, NEKA008, NEKA022, NEKA004, NELA003 ○ Codes CCAM de repose de PTH : NELA001, NELA002 ○ Codes CCAM de changement de prothèse de genou : NFKA001, NFKA002, NFKA005, NFKA004, NFKA003 ○ Codes CCAM de repose de PTG : NFLA001, NFLA002 ○ Codes CCAM d'ablation de prothèse de hanche : NEGA001, NEGA002, NEGA003, NEGA005, NAGA001. ○ Codes CCAM d'ablation de prothèse de genou : NFGA002, NFGA001. ○ Codes CCAM de pose ou d'ablation de pièce acétabulaire /insert de prothèse à la hanche : NELA003, NEGA004 • Séjours de patients avec un antécédent de pose, repose, ablation ou changement de prothèse ou de pose ou ablation d'insert au niveau de la hanche ou du genou dans les 30 jours précédant le séjour index. <ul style="list-style-type: none"> ○ Au moins 1 acte CCAM de la liste suivante : NEKA001, NEKA002, NEKA003, NEKA004, NEKA005, NEKA006, NEKA007, NEKA008, NEKA009, NEKA010, NEKA011, NEKA012, NEKA013, NEKA014, NEKA015, NEKA016, NEKA017, NEKA018, NEKA019, NEKA020, NEKA021, NEKA022, NFKA001, NFKA002, NFKA003, NFKA004, NFKA005, NFKA006, NFKA007, NFKA008, NFKA009, NFGA001, NFGA002, NELA001, NELA002, NELA003, NEGA001, NEGA002, NEGA003, NEGA004, NEGA005, NEMA018, NFLA001, NFLA002, NAGA001, NFGA002, NFGA001, NELA003. • Patients ayant eu au moins un séjour en soins palliatifs durant le séjour de pose ou dans l'année N-1 : code CIM10 de soins palliatifs Z51.5. • Patients sortis contre avis médical ou par fuite (Z53.2)
Evènement	<p>Séjours de la population cible de PTH avec au moins un évènement thrombo-embolique (thrombose veineuse profonde et/ou une embolie pulmonaire) codé dans le PMSI au cours du séjour de pose.</p> <p>L'évènement thrombo-embolique est détecté par au moins un des codes CIM-10 suivants en diagnostic associé* : I26.0, I26.9, I80.1, I80.2 et I80.3.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ I26.0 Embolie pulmonaire, avec mention de cœur pulmonaire aigu ○ I26.9 Embolie pulmonaire, sans mention de cœur pulmonaire aigu ○ I80.1 Phlébite et thrombophlébite de la veine fémorale

	<ul style="list-style-type: none"> ○ I80.2 Phlébite et thrombophlébite d'autres vaisseaux profonds des membres inférieurs ○ I80.3 Phlébite et thrombophlébite des membres inférieurs. <p>* La liste des DAS des séjours inclus comprend tous les DAS distincts y compris les DP et DR des UM n'étant pas DP ou DR du séjour</p>
<p>Mode de calcul</p>	$\text{Ratio standardisé}_{ES} = \frac{\text{nombre observé d'ETE}_{ES}}{\text{nombre attendu d'ETE}_{ES}}$ <p>ES : établissement de santé</p> <p>La standardisation a pour but de neutraliser le risque de survenue de l'évènement en lien avec les caractéristiques individuelles des patients (case-mix). Les facteurs de risque utilisés sont ceux associés au risque de survenue d'évènements thrombo-emboliques qui sont cliniquement pertinents, sans lien avec la qualité de la prise en charge et identifiables dans le PMSI.</p> <p>Le nombre attendu d'évènements est obtenu en appliquant aux patients de l'établissement les coefficients de chaque facteur de risque, estimés par le modèle de régression logistique à partir des séjours nationaux (la population de référence).</p> <p>Liste des 13 facteurs de risque inclus dans le modèle d'ajustement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Age • Sexe • 10 comorbidités (Cf. codes utilisés en annexe : comorbidités recherchées lors du séjour cible et dans l'année précédant le séjour cible) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Antécédents d'évènement thrombo-embolique ○ Cancer ○ Insuffisance cardiaque ○ Bronchopneumopathie chronique ○ Insuffisance rénale ○ Obésité ○ Coagulopathie ○ Paralysie ○ Maladie cérébro-vasculaire ○ Insuffisance respiratoire <p>Durée médiane d'observation après l'intervention calculée pour chaque établissement de santé (délai entre la réalisation de l'acte chirurgical et la sortie des patients).</p>
<p>Modalité de restitution du résultat de l'indicateur</p>	<p>Le ratio standardisé du nombre observé sur attendu de TVP et/ou d'EP est calculé à partir des données annuelles du PMSI MCO de l'année N-1 et restitué aux établissements dans un « funnel plot » (diagramme en entonnoir).</p> <p>Ce graphique permet à chaque établissement de se comparer à la valeur de référence, qui pour cet indicateur est égale à 1, et de se situer à l'intérieur ou en dehors des limites de l'entonnoir définies à 2 déviations standard (avec un risque d'erreur de 5%) et à 3 déviations standard (avec un risque d'erreur de 0,2%) (Cf. Guide de lecture du funnel plot).</p>
<p>Rendus aux établissements de santé</p>	<p>Chaque établissement a accès à ses résultats dans la plateforme sécurisée QualHAS. Les codes d'accès sont donnés par les superviseurs QualHAS et/ou le médecin DIM de chaque établissement.</p> <p>La restitution du résultat de l'indicateur validé est accompagnée d'informations complémentaires et de documents pour aider à l'interprétation du résultat et à l'utilisation de l'indicateur :</p> <p>Caractéristiques de la population cible</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les inclusions et exclusions (diagramme de flux détaillé) • Age, sexe et autres facteurs de risque de la population cible de PTG

	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de séjours PTG et nombre observé d'ETE avant exclusions (population d'étude) • Nombre de séjours de la population cible de PTG • Durée moyenne de séjours de PTG cibles dans l'établissement <p>Caractéristiques des évènements thrombo-emboliques dans la population cible</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre observé de TVP après PTG • Nombre observé d'EP après PTG • Nombre attendu d'ETE après PTG <p>Autres résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taux brut d'ETE après PTG cible dans l'établissement et au national (%) • Taux de séjours de PTG avec au moins un code d'écho-Doppler des membres inférieurs associé à comparer au taux intra-hospitalier de TVP et/ou d'EP après PTG publié sous prophylaxie recommandée (Januel et al. JAMA 2012) de 1%. <p>Les documents et outils</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brochure d'information pour les professionnels en établissement de santé • Guide de lecture du funnel plot • Consignes de codage des complications après PTH ou PTG (ATIH, 2018) • Consignes d'utilisation des codes d'actes CCAM de prothèses de hanche et de genou (ATIH, 2019) <p>Pour l'amélioration des pratiques et du service rendu aux patients : Tout évènement thrombo-embolique codé doit faire l'objet d'une analyse par retour aux dossiers. Une fois la qualité de codage vérifiée, il convient de s'interroger sur la cause de survenue de ces évènements. Cela peut être réalisé, par exemple, par une analyse approfondie en revue de mortalité -morbidité des évènements thrombo-emboliques survenus regroupant les professionnels concernés par la prise en charge (chirurgiens, anesthésistes-réanimateurs, angiologues, cadres de santé, spécialistes de l'hémostase...). Cette analyse permet de rechercher les causes profondes de ces évènements indésirables potentiellement associés aux soins, et de cibler des actions d'amélioration en lien avec le programme qualité et gestion des risques de l'établissement de santé.</p> <p>Pour information, des facteurs peuvent expliquer la variabilité du résultat entre les établissements de santé, mais ne sont pas identifiables via le PMSI. Ils peuvent être recherchés par l'établissement de santé dans les dossiers patient et/ou bases de données cliniques pour interpréter les résultats, et si nécessaire, mettre en place des actions d'amélioration ciblées. Ces facteurs (Kakkar 2013) sont notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Technique chirurgicale • Durée opératoire • Période d'immobilisation • Type de prothèse • Modalités d'utilisation et type de thromboprophylaxie • Type d'anesthésie • Méthode de diagnostic utilisée (clinique, échographique)
Historique	<p>L'indicateur a été en 2021 validé pour toute utilisation (Cf. Ligne Utilisations ci-dessus). Seul le statut de l'établissement par rapport à la limite supérieure +3 DS est utilisé pour la diffusion publique et autre utilisation externe.</p> <p>Il est depuis 2021 restitué annuellement aux établissements de santé au niveau des sites géographiques.</p>

La 1^{ère} restitution de cet indicateur a eu lieu fin 2021 à partir des données du PMSI MCO 2020, avec diffusion publique des résultats par établissement de santé.

La 2^{ème} restitution a eu lieu fin 2022 à partir des données du PMSI MCO 2021, avec diffusion publique des résultats par établissement de santé et utilisation pour le financement à la qualité (IFAQ).

Pour en savoir plus, consulter la page du site internet de la HAS dédiée à la [mesure des évènements thrombo-emboliques après pose de prothèse totale de genou](#) (ETE-PTG)

Références

Haute Autorité de santé. Complications thrombo-emboliques sur prothèse en chirurgie orthopédique. Développement de deux indicateurs mesurant les évènements thrombo-emboliques après pose de prothèse totale de hanche et après pose de prothèse totale de genou. [HAS, 2021](#)

Association Canadienne d'Orthopédie. Orthopédie. Dix examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger. Westmount: Association Canadienne d'Ortho-pédie; 2020.

National Institute for Health and Clinical Excellence. Venous thromboembolic diseases: diagnosis, management and thrombophilia testing. NICE guideline. London: NICE; 2020.

Haute Autorité de santé. Rapport. Méthode de développement, validation et utilisations des indicateurs de résultats mesurés à partir des bases médico-administratives. [HAS Juin 2019](#)

Société française d'anesthésie et de réanimation. Réhabilitation améliorée après chirurgie orthopédique lourde du membre inférieur (Arthroplastie de hanche et de genou hors fracture). Paris: SFAR; 2019.

National Institute for Health and Clinical Excellence. Venous thromboembolism in over 16s: reducing the risk of hospital-acquired deep vein thrombosis or pulmonary embolism. London: NICE; 2019.

Haute Autorité de santé. Évènements thromboemboliques après pose de prothèse totale de hanche - hors fracture- ou de genou. Résultats nationaux 2015-2017 et mesure de la valeur prédictive positive par retour aux dossiers, [HAS 2018](#)

Haute Autorité de santé. Rapport de développement. Indicateur de sécurité du patient en chirurgie orthopédique. Évènements thrombo-emboliques après pose de prothèse totale de hanche -hors fracture- ou de genou, [HAS 2017](#)

Samama CM, Gafsou B, Jeandel T, Laporte S, Steib A, Marret E, *et al.* Prévention de la maladie

thromboembolique veineuse postopératoire. Actualisation 2011. Texte court. Ann Fr Anesth Reanim 2011;30(12):947-51.

Thrombosis Canada. Thromboprophylaxis orthopedic surgery. Whitby: Thrombosis Canada; 2020.

American Society of Hematology, Anderson DR, Morgano GP, Bennett C, Dentali F, Francis CW, *et al.* American Society of Hematology 2019 guidelines for management of venous thromboembolism: prevention of venous thromboembolism in surgical hospitalized patients. Blood advances 2019;3(23):3898-944. <http://dx.doi.org/10.1182/bloodadvances.2019000975>

Agency for Healthcare Research and Quality, Maynard G. Preventing hospital-associated venous thromboembolism: a guide for effective quality improvement. AHRQ Publication No. 16-0001-EF, replaces AHRQ Publication No. 08-0075. Rockville: AHRQ ; 2016.

Januel JM, Chen G, Ruffieux C, Quan H, Douketis JD, Crowther MA, *et al.* Symptomatic in-hospital deep vein thrombosis and pulmonary embolism following hip and knee arthroplasty among patients receiving recommended prophylaxis: a systematic review. JAMA 2012;307(3):294-303.

Agency for Healthcare Research and Quality. Venous Thromboembolism Prophylaxis in Major Orthopedic Surgery: Systematic Review Update. Rockville: AHRQ; 2017.

Agency for Healthcare Research and Quality, Shekelle PG, Wachter RM, Pronovost PJ, Schoelles K, McDonald KM, *et al.* Making health care safer II: An updated critical analysis of the evidence for patient safety practices. Comparative effectiveness review n° 211. Rockville: AHRQ ; 2013.

American Academy of Orthopaedic Surgeons, ABIM Foundation. Five things physicians and patients should question. Philadelphia: ABIM Foundation; AAOS; 2013.

Elixhauser A, Steiner C, Harris DR, Coffey RM. Comorbidity measures for use with administrative data. Med Care 1998;36(1):8-27.

Quan H, Sundararajan V, Halfon P, Fong A, Burnand B, Luthi JC, *et al.* Coding algorithms for defining comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. *Med Care* 2005;43(11):1130-9.

Quan H, Li B, Couris CM, Fushimi K, Graham P, Hider P, *et al.* Updating and validating the Charlson comorbidity index and score for risk adjustment in hospital discharge abstracts using data from 6 countries. *Am J Epidemiol* 2011;173(6):676-82.

Spiegelhalter DJ. Handling over-dispersion of performance indicators. *Qual Saf Health Care* 2005;14(5):347-51.

Spiegelhalter DJ. Funnel plots for comparing institutional performance. *Stat Med* 2005;24(8):1185-202.

Kakkar AK, Rushton-Smith SK. Incidence of venous thromboembolism in orthopedic surgery. Chapitre 2. Dans: Llau JV, ed. *Thromboembolism in orthopedic surgery*. London: Springer; 2013. p. 11-7.

Annexe. Codes utilisés pour les comorbidités prises en compte dans la standardisation.

Comorbidités	Liste des codes CIM10
<i>À rechercher en diagnostic principal (DP) ou en diagnostic associé (DAS) dans l'année précédant le séjour (date de sortie = 365 jours avant date d'entrée du séjour de pose) et en DAS dans le séjour de pose</i>	
Cancers	C00.x-C26.x, C30.x-C34.x, C37.x-C41.x, C43.x, C45.x-C58.x, C60.x-C85.x, C88.x, C90.0, C90.2, C96.x, C97.x
Insuffisance cardiaque	I09.9, I11.0, I13.0, I13.2, I25.5, I42.0, I42.5-I42.9, I43.x, I50.x
Bronchopneumopathie chronique	I27.8, I27.9, J40.x-J47.x, J60.x-J67.x, J68.4, J70.1, J70.3
Insuffisance rénale	I12.0, I13.1, N18.x, N19.x, N25.0, Z49.0-Z49.2, Z94.0, Z99.2
Coagulopathie	D65.x-D68.x, D69.1, D69.3-D69.6
Paralysie	G04.1, G11.4, G80.1, G80.2, G81.x, G82.x, G83.0-G83.4, G83.9
Maladie cérébro-vasculaire	G45.x, G46.x, H34.0, I60.x- I69.x
Obésité	E66.x
Insuffisance respiratoire chronique	J96.1
Antécédents d'évènements thrombo-emboliques	Codes d'ETE (I26.x, I80.1, I80.2, I80.3, I80.8, I80.9, I82.8 et I82.9) en DP ou DAS dans l'année précédant le séjour OU Z86.7 et/ou Z92.1 en DAS/DR dans l'année précédant le séjour et dans le séjour de pose

Indicateur de résultats en chirurgie orthopédique

Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins « Infections du site opératoire 3 mois après la pose d'une prothèse totale de hanche (hors fracture) » ISO-PTH

Définition	<p>Cet indicateur mesure chez l'adulte les infections du site opératoire (ISO), codées dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) dans les 3 mois suivant la pose programmée d'une prothèse totale de la hanche (PTH) hors fracture.</p> <p>Les ISO sont définies sur le plan clinique par une infection survenant dans l'année s'il y a eu pose d'une prothèse. Les ISO détectées dans le PMSI par l'indicateur de la HAS sont les infections sur prothèse totale de hanche identifiées 3 mois après la pose, dans une population cible.</p> <p>La population cible est composée de patients adultes ayant bénéficié d'une pose de PTH programmée pour lesquels on estime qu'une marge d'amélioration est possible :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Après exclusion <ul style="list-style-type: none"> ○ des patients à très haut risque d'ISO (exemple : patients avec antécédents d'ISO complexe, séjours avec pose, ablation, repose ou changement de multiples prothèses ou d'insert sur la hanche et/ou le genou...), ○ des cas d'ISO non imputables à la qualité de la pose (exemple : patients ayant eu une intervention antérieure ou une ISO sur matériel ou prothèse déjà présent(e), patients sortis contre avis médical ou par fuite) • ET ajustement sur 12 facteurs de sur-risque d'ISO publiés non liés à la qualité de la prise en charge initiale.
Importance du thème	<p>La survenue d'une ISO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Est un évènement indésirable grave impactant le patient et la collectivité en matière de : durée de séjour, qualité de vie, incapacité, réhospitalisation, reprise, ... et pouvant mettre en jeu le pronostic vital. • Est associée à un risque relativement faible (d'environ 1%) mais concerne une chirurgie fréquente. • Des références professionnelles en lien avec l'indicateur après pose de PTH existent pour la préparation cutanée (SFHH 2013, actualisation en 2016), l'antibioprophylaxie (SFAR 2010, SFAR 2018), le diagnostic et prise en charge dans le mois après la sortie (HAS 2014), et la récupération améliorée après chirurgie orthopédique de la hanche ou du genou (SFAR-SOFCOT, 2019).
Objectif	<p>La mesure de cet indicateur vise à réduire le taux d'ISO, en ciblant les établissements dont les prises en charge sont à investiguer dans une démarche qualité – gestion des risques au sein des établissements de santé concernés.</p> <p>Ciblé sur une population pour laquelle une marge d'amélioration existe, cet indicateur représente un outil pertinent qui contribue à :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • l'amélioration de l'implémentation des pratiques intra-hospitalières de prévention et de gestion du risque infectieux après PTH, • l'optimisation de la traçabilité de l'information clinique relative aux évènements recherchés (ISO) et aux comorbidités dans les dossiers des patients, • l'amélioration de la qualité de leur codage dans le PMSI.
Type d'indicateur	Indicateur HAS de qualité et de sécurité des soins de type résultats.
Utilisations	<ul style="list-style-type: none"> • Pilotage interne 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).
Source de données	PMSI en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) chaîné.
Validation	<p>L'algorithme de détection des ISO dans la population cible de PTH à partir du PMSI a été validé par retour aux dossiers, et a fait l'objet d'un développement complémentaire publié en janvier 2021 (Cf. Rapport HAS, 2021 de développement de la mesure des infections du site opératoire par localisation de la prothèse).</p> <p>Sa valeur prédictive positive de 89,9%, et la performance du modèle d'ajustement valident cet indicateur pour toute utilisation : pilotage interne de la qualité et gestion des risques, certification des établissements de santé, toute utilisation externe (diffusion publique, financement à la qualité, ...) (Cf. Rapport méthodologique HAS, 2019. Méthode HAS de développement, validation et utilisations d'indicateurs de résultats mesurés à partir des bases médico-administratives).</p> <p>Cette fiche descriptive correspond à la version de l'indicateur validée en 2021.</p>
Mode de recueil	Algorithme HAS appliqué au PMSI MCO chaîné, calculs réalisés par l'ATIH, puis contrôlés par la HAS.
Nature de l'indicateur	Indicateur exprimé sous forme de ratio standardisé du nombre observé sur le nombre attendu d'ISO dans la population de séjours cibles.
Population cible de l'indicateur	<p>Séjours du PMSI MCO chaîné terminés entre le 1er janvier et le 30 septembre de l'année N-1, correspondants aux critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous.</p> <p>Chaque patient de la population cible PTH est suivi 3 mois à partir de la date d'admission pour pose de la PTH.</p> <p><u>Critères d'inclusion :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 1ers séjours de pose* d'une PTH sur la période étudiée <ul style="list-style-type: none"> ○ Actes CCAM de remplacement de hanche : NEKA010, NEKA012, NEKA013, NEKA014, NEKA015, NEKA016, NEKA017, NEKA019, NEKA020, NEKA021 <p>*La « pose » de prothèse est libellée dans les codes de la CCAM comme suit : « remplacement de l'articulation par une prothèse »(Cf. <i>Consignes ATIH d'utilisation des codes de prothèses de hanche et de genou, ATIH, 2019</i>).</p> <p><u>Critères d'exclusion :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Séjours en erreurs de groupage (CMD 90 Erreurs et autres séjours inclassables) • Séances (CMD 28 Séances)

	<ul style="list-style-type: none"> • Séjours en CMD 14 Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum et CMD 15 Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale • Séjours des patients mal chaînés • Séjours de patients de moins de 18 ans • Séjours de patients <u>sans ISO codée</u> et décédés durant le séjour de pose • Séjours dont le DP du 1er RUM et/ou le DP du séjour de pose correspond à un code d'ISO sur la hanche ou le genou • Séjours de pose associés à un code T de complication infectieuse orthopédique <u>hors prothèse articulaire</u> en DAS : T84.6 ou T84.7 (Cf. Annexes. Tableau 2) • Séjours de pose de PTH associés à un code T de complication mécanique T84.0, T84.1 en DAS et en DP, qui traduit une luxation ou fracture de prothèse ou matériel d'ostéosynthèse existant (Cf. Annexes. Tableau 2) • Séjours de patients avec antécédent d'infection ostéo-articulaire complexe codée en DAS durant l'année précédant le séjour de pose (Z76.800) • Séjours de PTH avec codes CIM-10 de fracture en DP : M80.x, M84.1, M84.2, M84.3, M84.4, M90.7, S32.x, S72.x, S79.x, M96.6 en DP, avec ou sans codes de traumatismes associés en DAS (S00 à S99, T00-T07). • Séjours avec au moins un 2ème acte de PTG ou un acte de PTH durant le séjour de pose • Les séjours avec au moins un acte CCAM d'ablation, de repose ou de changement de prothèse de hanche ou de genou, <u>sans ISO codée en DAS au cours du séjour de pose</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Liste des codes CCAM de changement de prothèse de hanche: NEKA001, NEKA003, NEKA006, NEKA008, NEKA022, NEGA004, NELA003 ○ Liste des codes CCAM de repose de PTH : NELA001, NELA002 ○ Liste des codes CCAM d'ablation de prothèse de hanche : NEGA001, NEGA002, NEGA003, NEGA005, NAGA001. ○ Liste des codes CCAM de changement de prothèse de genou : NFKA001, NFKA002, NFKA005, NFKA004, NFKA003 ○ Liste des codes CCAM de repose de PTG : NFLA001, NFLA002 • Séjours de patient provenant d'un établissement de santé par mutation, transfert ou prestation inter-établissements • Séjours de patients admis par les urgences ou 1er RUM en UHCD ou en réanimation ou en soins intensifs ou en soins continus • Séjours de pose suivis d'au moins un séjour avec un acte CCAM de chirurgie ou intervention sur la hanche ou le genou entre le séjour de pose et le séjour de réhospitalisation pour ISO (Cf. Annexes. Tableaux 4A et 4B) • Séjours de patients avec antécédent d'hospitalisation pour chirurgie sur la hanche ou le genou dans les 3 mois précédant le séjour de pose (date d'admission) (Cf. Annexes. Tableaux 4A et 4B) • Séjours de patients résidant hors France (code géographique entre 99101 et 99517 + 99999) • Patients ayant eu au moins un séjour en soins palliatifs durant le séjour de pose, dans l'année précédente ou durant les 3 mois suivants (code CIM10 de soins palliatifs Z51.5 respectivement en DAS, ou en DAS ou DP) • Séjours d'une durée de plus de 90 jours • Séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite (Z53.2)
Evènement	<p>Les séjours avec une infection du site opératoire (ISO) sur PTH sont recherchés dans la population cible pendant le séjour de pose et durant le suivi à 3 mois. Ils sont définis par une de codes CIM-10 de diagnostics d'infection ostéo-articulaire (Cf. Annexes. Tableau 1) ou du code T de complication (T84.5) (Cf. Annexes. Tableau 2) et/ou de codes CCAM d'actes thérapeutiques d'ISO ou d'actes diagnostiques d'ISO ou d'actes de reprise de prothèse totale de hanche (Cf. Annexes Tableaux A, B, C, D).</p>

L'ISO est détectée :

OU

- au cours du séjour avec pose d'une PTH (hors fracture) (cf. Tableau A)
- lors d'un séjour de réhospitalisation pour ISO dans les 3 mois de suivi (s'il y a plusieurs séjours de réhospitalisation pour ISO, seul le 1^{er} est inclus) (cf. Tableau B)

Tableau A. Combinaisons utilisées pour la détection d'une ISO lors du séjour de pose.

Combinaison	DA (codes CIM-10)	DA (codes CIM-10)	Acte (codes CCAM)
A	Diagnostic d'infection	Code T de complication spécifique recommandé (T84.5)	-
B	Diagnostic d'infection	-	Acte thérapeutique hors synovectomie et hors actes de reprise
C	Diagnostic d'infection	-	Acte diagnostique
D	-	T84.5	Acte thérapeutique hors synovectomie et hors actes de reprise
E	-	T84.5	Acte diagnostique

Tableau B. Combinaisons utilisées pour la détection d'une ISO lors d'une réhospitalisation dans les 3 mois après la pose

Combinaison	DP (codes CIM-10)	DA (codes CIM-10)	Acte (codes CCAM)
F	Diagnostic d'infection	T84.5	-
G	Diagnostic d'infection	-	Acte thérapeutique dont synovectomie et hors acte de reprise
H	Diagnostic d'infection	-	Acte diagnostique
I	-	T84.5 + Diagnostic d'infection	-
J	-	T84.5	Acte thérapeutique dont synovectomie et hors acte de reprise
K	-	T84.5	Acte diagnostique
L	-	Diagnostic d'infection	Acte thérapeutique dont synovectomie et hors acte de reprise
M	T84.5	Diagnostic d'infection	-
N	T84.5	-	Acte thérapeutique dont synovectomie et hors acte de reprise
O	T84.5	-	Acte diagnostique
P	-	Diagnostic d'infection	Acte diagnostique
Q	T84.5	-	Acte thérapeutique de reprise de PTH
R	-	Diagnostic d'infection	Acte thérapeutique de reprise de PTH
S	Diagnostic d'infection	-	Acte thérapeutique de reprise de PTH
T	-	T84.5	Acte thérapeutique de reprise de PTH

	<p>* La liste des DAS des séjours inclus comprend tous les DAS distincts y compris les DP et DR des UM n'étant pas DP ou DR du séjour</p> <p>Acte de reprise : acte CCAM de changement, ablation ou repose de prothèse totale de hanche</p>
Mode calcul	$\text{Ratio standardisé}_{ES} = \frac{\text{nombre observé d'ISO}_{ES}}{\text{nombre attendu d'ISO}_{ES}}$ <p>ES : établissement de santé</p> <p>La standardisation a pour but de neutraliser le risque de survenue de l'événement en lien avec les caractéristiques individuelles des patients (case-mix). Les facteurs de risque utilisés sont ceux associés au risque de survenue d'infections du site opératoire qui sont cliniquement pertinents, sans lien avec la qualité de la prise en charge et identifiables dans le PMSI.</p> <p>Le nombre attendu d'événements est obtenu en appliquant aux patients de l'établissement les coefficients de chaque facteur de risque, estimés par le modèle de régression logistique à partir des séjours nationaux (la population de référence).</p> <p>Liste des 12 facteurs de risque inclus dans le modèle (cf. Références et Annexes. Tableau 5) : Sexe, malnutrition, obésité, diabète, tumeur maligne active, antécédents de polyarthrite inflammatoire, antécédents d'infection des os et des articulations, antécédents de chirurgie/arthroplastie sur la hanche ou le genou, maladie avec déficit immunitaire et/ou cirrhose, insuffisance rénale chronique, antécédent de séjour de durée prolongée, facteurs socio-économiques.</p> <p><i>Les facteurs de risque (hors sexe, tumeur maligne active) sont recherchés dans le séjour de pose en DAS et dans l'année précédente en DAS ou DP.</i></p>
Modalité de restitution du résultat de l'indicateur	<p>Le ratio standardisé du nombre observé sur attendu de TVP et/ou d'EP est calculé à partir des données annuelles du PMSI MCO de l'année N-1 et restitué aux établissements dans un « funnel plot » (diagramme en entonnoir).</p> <p>Ce graphique permet à chaque établissement de se comparer à la valeur de référence, qui pour cet indicateur est égale à 1, et de se situer à l'intérieur ou en dehors des limites de l'entonnoir définies à 2 déviations standard (avec un risque d'erreur de 5%) et à 3 déviations standard (avec un risque d'erreur de 0,2%) (Cf. Guide de lecture du funnel plot).</p>
Rendus aux établissements de santé	<p>Chaque établissement a accès à ses résultats dans la plateforme sécurisée QualHAS. Les codes d'accès sont donnés par les superviseurs QualHAS et/ou le médecin DIM de chaque établissement.</p> <p>La restitution du résultat de l'indicateur validé est accompagnée d'informations complémentaires et de documents pour aider à l'interprétation du résultat et à l'utilisation de l'indicateur :</p> <p>Caractéristiques de la population cible</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les inclusions et exclusions (diagramme de flux détaillé) • Age, sexe et autres facteurs de risque de la population cible de PTH • Nombre de séjours PTH et nombre observé d'ISO avant exclusions (population d'étude) • Nombre de séjours cibles de PTH • Durée moyenne de séjour de PTH cibles dans l'établissement <p>Caractéristiques des ISO dans la population cible</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre observé d'ISO • Nombre attendu d'ISO <p>Autres informations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taux brut d'ISO 3 mois après PTH cible dans l'établissement et au national (%)

	<p>Les documents et outils</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brochure d'information pour les professionnels en établissement de santé • Guide de lecture du funnel plot • Consignes de codage des ISO (ATIH, 2018) • Consignes d'utilisation des codes CCAM de pose de prothèses de hanche et de genou (ATIH, 2019) <p>Pour l'amélioration des pratiques et du service rendu aux patients : toute ISO détectée doit être analysée par retour aux dossiers. Une fois la qualité de codage de l'ISO vérifiée dans le dossier, il convient de réaliser une analyse approfondie des événements identifiés, regroupant les chirurgiens, les anesthésistes, les infectiologues, les hygiénistes, les cadres de santé ... Cette analyse permet de rechercher les causes profondes de ces événements indésirables potentiellement associés aux soins, d'identifier celles qui sont potentiellement évitables et de cibler des actions d'amélioration en lien avec le programme qualité et gestion des risques de l'établissement de santé.</p> <p>Pour information, des facteurs peuvent expliquer la variabilité du résultat entre les établissements de santé, mais ne sont pas identifiables via le PMSI. Ils peuvent être recherchés par l'établissement de santé dans les dossiers patient et/ou dans les bases de données cliniques pour interpréter les résultats, et si nécessaire, mettre en place des actions d'amélioration ciblées. Parmi ces facteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pratiques recommandées de prévention et de gestion du risque infectieux en lien avec l'indicateur (notamment recommandations françaises en vigueur concernant la préparation cutanée (SFHH 2013 et 2016), l'antibioprophylaxie (SFAR 2010, SFAR 2018), et la récupération améliorée après chirurgie orthopédique de la hanche ou du genou (SFAR-SOFCOT, 2019). • Hyperglycémie peropératoire et/ou diabète non contrôlé pendant le séjour de pose • NNIS > 1 • Transfusion post-opératoire ou per-opératoire (devenue rare en pratique) • Obésité morbide (IMC $\geq 35\text{kg/m}^2$), probablement sous-codée dans le PMSI • Prise au long cours de corticoïdes • Absence d'arrêt du traitement par anti-TNF alpha • Absence d'arrêt du tabagisme actif 1 mois avant l'intervention • Durée opératoire prolongée (> aux valeurs seuil utilisées dans le calcul du score NNIS : soit 1 heure pour les PTH) • Survenue d'hémorragie – hématomes • Survenue d'une infection superficielle du site opératoire • Technique chirurgicale • Autres facteurs : exemples, cause organisationnelle, défaut de communication dans l'équipe, personnel par intérim non informé du protocole...
Historique	<p>L'indicateur a été en 2021 validé pour toute utilisation (Cf. Ligne Utilisations ci-dessus). Seul le statut de l'établissement par rapport à la limite supérieure +3 DS est utilisé pour la diffusion publique et autre utilisation externe.</p> <p>Il est depuis 2021 restitué annuellement aux établissements de santé au niveau des sites géographiques.</p> <p>La 1^{ère} restitution de cet indicateur a eu lieu fin 2021 à partir des données du PMSI MCO 2020, avec diffusion publique des résultats par établissement de santé.</p> <p>La 2^{ème} restitution a eu lieu fin 2022 à partir des données du PMSI MCO 2021, avec diffusion publique des résultats par établissement de santé et utilisation pour le financement à la qualité (IFAQ).</p>

Pour en savoir plus, consulter la page du site internet de la HAS dédiée à la [mesure des infections du site opératoire 3 mois après pose de prothèse totale de hanche](#) (ISO-PTH).

Principales références

- Haute Autorité de santé. Infections sur prothèse en chirurgie orthopédique. Validation de deux nouveaux indicateurs mesurant les infections du site opératoire après pose de prothèse totale de hanche, et après pose de prothèse totale de genou. [HAS, 2021](#)
- Grammatico-Guillon L, Miliani K, Banaei-Bouchareb L, Solomiac A, Sambour J, May-Michelangeli L, et al. A computerized indicator for surgical site infection (SSI) assessment after total hip or total knee replacement: The French ISO-ORTHO indicator. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2021;1-8. <http://dx.doi.org/10.1017/ice.2021.371>
- Haute Autorité de santé. Infections sur prothèse en chirurgie orthopédique. Validation par retour aux dossiers de l'indicateur « Infections du site opératoire 3 mois après pose d'une prothèse totale de hanche ou de genou ». [HAS, 2020](#)
- Haute Autorité de santé. Rapport. Méthode de développement, validation et utilisations des indicateurs de résultats mesurés à partir des bases médico-administratives. [HAS, 2019](#)
- Société française d'anesthésie et de réanimation. Réhabilitation améliorée après chirurgie orthopédique lourde du membre inférieur (Arthroplastie de hanche et de genou hors fracture). Paris: SFAR; 2019. <https://sfar.org/download/rfe-rac-orthopedique/?wpdm=24459&refresh=5d9c7de9350e11570536937>
- American Academy of Orthopaedic Surgeons. Diagnosis and prevention of periprosthetic joint infections clinical practice guideline. Rosemont: AAOS; 2019. <https://www.aaos.org/pijguideline>
- Jackson et al. Electronically Available Comorbidities Should Be Used in Surgical Site Infection Risk Adjustment. *Clin Infect Dis*. 2017 Sep 1; 65(5): 803–810. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5850642/pdf/cix431.pdf>
- Surveillance des infections du site opératoire dans les établissements de santé. Réseau ISO-Raisin, France. Résultats 2017. Saint-Maurice (Fra) : Santé publique France, février 2019, 219 p. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2019/Surveillance-des-infections-du-site-operatoire-dans-les-etablissements-de-sante>
- Bally F, Schweiger A, Schlegel M, Widmer A, Habarth S, Sax H, et al. Flux unidirectionnels (laminaires) pour la prévention des infections du site opératoire : position de Swissnoso. *Swissnoso Bull* 2018. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/6_Publikationen/Bulletin_Artikel_F/2018_10_22_Bally_et_al_2018_TR_FR.pdf
- Indicateurs de qualité en orthopédie : où en est-on ? Le Webzine de la HAS, Novembre 2017. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2802879/fr/indicateurs-de-qualite-en-orthopedie-ou-en-est-on
- Société française d'anesthésie et de réanimation, Martin C. Recommandations Formalisées d'Experts. Actualisation de recommandations. Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle. (patients adultes). Paris: SFAR; 2018. <https://sfar.org/wp-content/uploads/2018/07/Antibioprophylaxie-RFE-mise-a-jour-2018.pdf>
- Norman G, Atkinson RA, Smith TA, Rowlands C, Rithalia AD, Crosbie EJ, et al. Intracavity lavage and wound irrigation for prevention of surgical site infection. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; Issue
- Antiseptie de la peau saine avant un geste invasif chez l'adulte. SF2H, 2016. <https://sf2h.net/wp-content/uploads/2016/05/Recos-Antiseptie-SF2H-2016.pdf>
- Haute Autorité de Santé. Prothèse de hanche ou de genou : diagnostic et prise en charge de l'infection dans le mois suivant l'implantation. HAS, 2014. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/rbp_argumentaire_prothese_infectees_vd_.pdf
- LE LIEN, ORTHORIQ, SOFCOT. Information sur les risques infectieux opératoires liés au patient avant une chirurgie des os et des articulations et plus particulièrement avant une prothèse articulaire. 2012. [http://www.orthorisq.fr/rc/fr/orthorisq/nws/News/2012/20120216-095109-883/src/nws_fullText/fr/information%20VF2%20\(3\)\(2\).pdf](http://www.orthorisq.fr/rc/fr/orthorisq/nws/News/2012/20120216-095109-883/src/nws_fullText/fr/information%20VF2%20(3)(2).pdf)
- Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle (patients adultes). Actualisation 2010. *Ann Fr Anesth Réan* 2011 ;30:168-90.
- Grammatico-Guillon L, Baron S, Rosset P, Gaborit C, Bernard L, Rusch E, Astagneau P. Intérêt et limites du programme de médicalisation du système d'information dans la surveillance des infections sur prothèse ostéo-articulaire. *Hygiène* 2015;XXIII(1).
- Grammatico-Guillon L, Baron S, Rosset P, Gaborit C, Bernard L, Rusch E, Astagneau P. Surgical site infection after primary hip and knee arthroplasty: a cohort study using a hospital database. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2015;36(10):1198-207.
- Grammatico-Guillon L, Baron S, Gaborit C, Rusch E, Astagneau P. Quality assessment of hospital discharge database for routine surveillance of hip and knee arthroplasty-related infections. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2014;35:646-51.

Articles retenus pour l'identification des facteurs de risque d'ISO après PTH ou PTG en 2018

- George DA et al. Predicting lower limb periprosthetic joint infections: A review of risk factors and their classification. *World J Orthop* 2017 May 18; 8(5): 400-411 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5434347/pdf/WJO-8-400.pdf>
- Kunutsor et al. ¶Patient-Related Risk Factors for Periprosthetic Joint Infection after Total Joint Arthroplasty: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE* | DOI:10.1371/journal.pone.0150866 March 3, 2016 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4777569/pdf/pone.0150866.pdf>
- Marmor S, Kerroumi Y. Patient-specific risk factors for infection in arthroplasty procedure. *Orthop Traumatol Surg Res.* 2016 Feb;102(1 Suppl):S113-9. http://ac.els-cdn.com/S1877056815003503/1-s2.0-S1877056815003503-main.pdf?_tid=da672aae-5b4b-11e7-bd07-00000aacb360&acdnat=1498576880_a31c504bf8d5c34b2650740904e1ed15
- Zhu et al. Risk factors for periprosthetic joint infection after total joint arthroplasty: a systematic review and meta-analysis. *J Hosp Infect.* 2015;89:82–89. [http://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701\(14\)00343-0/fulltext](http://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701(14)00343-0/fulltext)
- Triantafyllopoulos, et al.. Review Article. Patient, Surgery, and Hospital Related Risk Factors for Surgical Site Infections following Total Hip Arthroplasty. *The ScientificWorld Journal.* Volume 2015 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4446513/pdf/TSWJ2015-979560.pdf>
- S-T. J. Tsang, P. Gaston. Adverse peri-operative outcomes following elective total hip replacement in diabetes mellitus. A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Bone Joint J* 2013;95-B:1474–9. <http://bjj.boneandjoint.org.uk/content/95-B/11/1474.long>
- Chen, J., Cui, Y., Li, X. et al. Risk factors for deep infection after total knee arthroplasty: a meta-analysis. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery.* May 2013, Volume 133, Issue 5, pp 675–687. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00402-013-1723-8>
- Saif Salih and Paul Sutton. Obesity, knee osteoarthritis and knee arthroplasty: a review. *BMC Sports Science, Medicine, and Rehabilitation* 2013, 5:25 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3879025/pdf/2052-1847-5-25.pdf>
- Kerkhoffs, et al. The Influence of Obesity on the Complication Rate and Outcome of Total Knee Arthroplasty. A Meta-Analysis and Systematic Literature Review. *J Bone Joint Surg Am.* 2012;94:1839-44 <file:///C:/Users/Linda/Downloads/1839.pdf>
- E Carlos Rodríguez-Merchan. Review article: Risk factors of infection following total knee arthroplasty. *Journal of Orthopaedic Surgery* 2012;20(2):236-8. <http://www.josonline.org/pdf/v20i2p236.pdf>
- Urquhart et al. Incidence and Risk Factors for Deep Surgical Site Infection After Primary Total Hip Arthroplasty: A Systematic Review. *The Journal of Arthroplasty.* December 2010 Volume 25, Issue 8, Pages 1216–1222.e3 [http://www.arthroplastyjournal.org/article/S0883-5403\(09\)00411-2/pdf](http://www.arthroplastyjournal.org/article/S0883-5403(09)00411-2/pdf)
- Santaguida et al. Patient characteristics affecting the prognosis of total hip and knee joint arthroplasty: a systematic review. *J can chir,* Vol. 51, No 6, décembre 2008 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2592576/pdf/20081200s00004p428.pdf>
- Tischler, Eric H. et al. Smoking Increases the Rate of Reoperation for Infection within 90 Days After Primary Total Joint Arthroplasty. *Journal of Bone & Joint Surgery - American Volume: 15 February 2017* - Volume 99 – Issue 4 - p 295–304
- Paxton EW et al. Are There Modifiable Risk Factors for Hospital Readmission After Total Hip Arthroplasty in a US Healthcare System? *Clin Orthop Relat Res.* 2015 Nov;473(11):3446-55. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4586234/pdf/11999_2015_Article_4278.pdf
- Bozic et al.. Risk of Complication and Revision Total Hip Arthroplasty Among Medicare Patients with Different Bearing Surfaces. *Clin Orthop Relat Res* (2010) 468:2357–2362 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2914292/pdf/11999_2010_Article_1262.pdf

Annexes

Tableau 1- Codes CIM-10 de diagnostics d'infection ostéo-articulaire

Code	Libellé
A180	Tuberculose des os et des articulations
A666	Lésions ostéo-articulaires pianiques
B453	Cryptococcose osseuse
B672	Infection osseuse à Echinococcus granulosus
M000	Arthrite et polyarthrite à staphylocoques
M0000	Arthrite et polyarthrite à staphylocoques - Sièges multiples
M0005	Arthrite et polyarthrite à staphylocoques - Articulations de la hanche et sacro-iliaque
M0006	Arthrite et polyarthrite à staphylocoques - Articulation du genou
M0008	Arthrite et polyarthrite à staphylocoques - Autres articulations
M0009	Arthrite et polyarthrite à staphylocoques - Siège non précisé
M001	Arthrite et polyarthrite à pneumocoques
M0010	Arthrite et polyarthrite à pneumocoques - Sièges multiples
M0015	Arthrite et polyarthrite à pneumocoques - Articulations de la hanche et sacro-iliaque
M0016	Arthrite et polyarthrite à pneumocoques - Articulation du genou
M0018	Arthrite et polyarthrite à pneumocoques - Autres articulations
M0019	Arthrite et polyarthrite à pneumocoques - Siège non précisé
M002	Autres arthrites et polyarthrites à streptocoques
M0020	Autres arthrites et polyarthrites à streptocoques - Sièges multiples
M0025	Autres arthrites et polyarthrites à streptocoques - Articulations de la hanche et sacro-iliaque
M0026	Autres arthrites et polyarthrites à streptocoques - Articulation du genou
M0028	Autres arthrites et polyarthrites à streptocoques - Autres articulations
M0029	Autres arthrites et polyarthrites à streptocoques - Siège non précisé
M008	Arthrite et polyarthrite dues à d'autres bactéries précisées
M0080	Arthrite et polyarthrite dues à d'autres bactéries précisées - Sièges multiples
M0085	Arthrite et polyarthrite dues à d'autres bactéries précisées - Articulations de la hanche et sacro-iliaque
M0086	Arthrite et polyarthrite dues à d'autres bactéries précisées - Articulation du genou
M0088	Arthrite et polyarthrite dues à d'autres bactéries précisées - Autres articulations
M0089	Arthrite et polyarthrite dues à d'autres bactéries précisées - Siège non précisé
M009	Arthrite à bactéries pyogènes, sans précision
M0090	Arthrite à bactéries pyogènes, sans précision - Sièges multiples
M0095	Arthrite à bactéries pyogènes, sans précision - Articulations de la hanche et sacro-iliaque
M0096	Arthrite à bactéries pyogènes, sans précision - Articulation du genou
M0098	Arthrite à bactéries pyogènes, sans précision - Autres articulations
M0099	Arthrite à bactéries pyogènes, sans précision - Siège non précisé
M010	Arthrite méningococcique (A39.8)
M0100	Arthrite méningococcique (A39.8) - Sièges multiples
M0105	Arthrite méningococcique (A39.8) - Articulations de la hanche et sacro-iliaque
M0106	Arthrite méningococcique (A39.8) - Articulation du genou
M0108	Arthrite méningococcique (A39.8) - Autres articulations
M0109	Arthrite méningococcique (A39.8) - Siège non précisé

M011	Arthrite tuberculeuse (A18.0)
M0110	Arthrite tuberculeuse (A18.0) - Sièges multiples
M0115	Arthrite tuberculeuse (A18.0) - Articulations de la hanche et sacro-iliaque
M0116	Arthrite tuberculeuse (A18.0) - Articulation du genou
M0118	Arthrite tuberculeuse (A18.0) - Autres articulations
M0119	Arthrite tuberculeuse (A18.0) - Siège non précisé
M012	Arthrite au cours de la maladie de Lyme (A69.2)
M0120	Arthrite au cours de la maladie de Lyme (A69.2) - Sièges multiples
M0125	Arthrite au cours de la maladie de Lyme (A69.2) - Articulations de la hanche et sacro-iliaque
M0126	Arthrite au cours de la maladie de Lyme (A69.2) - Articulation du genou
M0128	Arthrite au cours de la maladie de Lyme (A69.2) - Autres articulations
M0129	Arthrite au cours de la maladie de Lyme (A69.2) - Siège non précisé
M013	Arthrite au cours d'autres maladies bactériennes classées ailleurs
M0130	Arthrite au cours d'autres maladies bactériennes classées ailleurs - Sièges multiples
M0135	Arthrite au cours d'autres maladies bactériennes classées ailleurs - Articulations de la hanche et sacro-iliaque
M0136	Arthrite au cours d'autres maladies bactériennes classées ailleurs - Articulation du genou
M0138	Arthrite au cours d'autres maladies bactériennes classées ailleurs - Autres articulations
M0139	Arthrite au cours d'autres maladies bactériennes classées ailleurs - Siège non précisé
M016	Arthrite au cours de mycoses (B35-B49)
M0160	Arthrite au cours de mycoses (B35-B49) - Sièges multiples
M0165	Arthrite au cours de mycoses (B35-B49) - Articulations de la hanche et sacro-iliaque
M0166	Arthrite au cours de mycoses (B35-B49) - Articulation du genou
M0168	Arthrite au cours de mycoses (B35-B49) - Autres articulations
M0169	Arthrite au cours de mycoses (B35-B49) - Siège non précisé
M018	Arthrite au cours d'autres maladies infectieuses et parasitaires classées ailleurs
M0180	Arthrite au cours d'autres maladies infectieuses et parasitaires classées ailleurs - Sièges multiples
M0185	Arthrite au cours d'autres maladies infectieuses et parasitaires classées ailleurs - Articulations de la hanche et sacro-iliaque
M0186	Arthrite au cours d'autres maladies infectieuses et parasitaires classées ailleurs - Articulation du genou
M0188	Arthrite au cours d'autres maladies infectieuses et parasitaires classées ailleurs - Autres articulations
M0189	Arthrite au cours d'autres maladies infectieuses et parasitaires classées ailleurs - Siège non précisé
M860	Ostéomyélite hématogène aiguë
M8600	Ostéomyélite hématogène aiguë - Sièges multiples
M8605	Ostéomyélite hématogène aiguë - Région pelvienne et cuisse
M8606	Ostéomyélite hématogène aiguë - Jambe
M8608	Ostéomyélite hématogène aiguë - Autres localisations
M8609	Ostéomyélite hématogène aiguë - Siège non précisé
M861	Autres ostéomyélites aiguës
M8610	Autres ostéomyélites aiguës - Sièges multiples
M8615	Autres ostéomyélites aiguës - Région pelvienne et cuisse
M8616	Autres ostéomyélites aiguës - Jambe
M8618	Autres ostéomyélites aiguës - Autres localisations
M8619	Autres ostéomyélites aiguës - Siège non précisé
M862	Ostéomyélite subaiguë
M8620	Ostéomyélite subaiguë - Sièges multiples

M8625	Ostéomyélite subaiguë - Région pelvienne et cuisse
M8626	Ostéomyélite subaiguë - Jambe
M8628	Ostéomyélite subaiguë - Autres localisations
M8629	Ostéomyélite subaiguë - Siège non précisé
M863	Ostéomyélite chronique multiple
M8630	Ostéomyélite chronique multiple - Sièges multiples
M8635	Ostéomyélite chronique multiple - Région pelvienne et cuisse
M8636	Ostéomyélite chronique multiple - Jambe
M8638	Ostéomyélite chronique multiple - Autres localisations
M8639	Ostéomyélite chronique multiple - Siège non précisé
M864	Ostéomyélite chronique avec fistule de drainage
M8640	Ostéomyélite chronique avec fistule de drainage - Sièges multiples
M8645	Ostéomyélite chronique avec fistule de drainage - Région pelvienne et cuisse
M8646	Ostéomyélite chronique avec fistule de drainage - Jambe
M8648	Ostéomyélite chronique avec fistule de drainage - Autres localisations
M8649	Ostéomyélite chronique avec fistule de drainage - Siège non précisé
M865	Autres ostéomyélites hématogènes chroniques
M8650	Autres ostéomyélites hématogènes chroniques - Sièges multiples
M8655	Autres ostéomyélites hématogènes chroniques - Région pelvienne et cuisse
M8656	Autres ostéomyélites hématogènes chroniques - Jambe
M8658	Autres ostéomyélites hématogènes chroniques - Autres localisations
M8659	Autres ostéomyélites hématogènes chroniques - Siège non précisé
M866	Autres ostéomyélites chroniques
M8660	Autres ostéomyélites chroniques - Sièges multiples
M8665	Autres ostéomyélites chroniques - Région pelvienne et cuisse
M8666	Autres ostéomyélites chroniques - Jambe
M8668	Autres ostéomyélites chroniques - Autres localisations
M8669	Autres ostéomyélites chroniques - Siège non précisé
M868	Autres ostéomyélites
M8680	Autres ostéomyélites - Sièges multiples
M8685	Autres ostéomyélites - Région pelvienne et cuisse
M8686	Autres ostéomyélites - Jambe
M8688	Autres ostéomyélites - Autres localisations
M8689	Autres ostéomyélites - Siège non précisé
M869	Ostéomyélite, sans précision
M8690	Ostéomyélite, sans précision - Sièges multiples
M8695	Ostéomyélite, sans précision - Région pelvienne et cuisse
M8696	Ostéomyélite, sans précision - Jambe
M8698	Ostéomyélite, sans précision - Autres localisations
M8699	Ostéomyélite, sans précision - Siège non précisé
M900	Tuberculose osseuse (A18.0)
M9000	Tuberculose osseuse (A18.0) - Sièges multiples
M9005	Tuberculose osseuse (A18.0) - Région pelvienne et cuisse
M9006	Tuberculose osseuse (A18.0) - Jambe

M9008	Tuberculose osseuse (A18.0) - Autres localisations
M9009	Tuberculose osseuse (A18.0) - Siège non précisé
M901	Périostite au cours d'autres maladies infectieuses classées ailleurs
M9010	Périostite au cours d'autres maladies infectieuses classées ailleurs - Sièges multiples
M9015	Périostite au cours d'autres maladies infectieuses classées ailleurs - Région pelvienne et cuisse
M9016	Périostite au cours d'autres maladies infectieuses classées ailleurs - Jambe
M9018	Périostite au cours d'autres maladies infectieuses classées ailleurs - Autres localisations
M9019	Périostite au cours d'autres maladies infectieuses classées ailleurs - Siège non précisé
M902	Ostéopathie au cours d'autres maladies infectieuses classées ailleurs
M9020	Ostéopathie au cours d'autres maladies infectieuses classées ailleurs - Sièges multiples
M9025	Ostéopathie au cours d'autres maladies infectieuses classées ailleurs - Région pelvienne et cuisse
M9026	Ostéopathie au cours d'autres maladies infectieuses classées ailleurs - Jambe
M9028	Ostéopathie au cours d'autres maladies infectieuses classées ailleurs - Autres localisations
M9029	Ostéopathie au cours d'autres maladies infectieuses classées ailleurs - Siège non précisé

Tableau 2- Codes T de complication

Code Cim-10	Libellé du code T à utiliser pour la détection d'une ISO après PTH ou PTG
T84.5	Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse articulaire interne
T84.6	Infection et réaction inflammatoire dues à un appareil de fixation interne [toute localisation]
T84.7	Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes orthopédiques internes
T84.0	Complication mécanique d'une prothèse articulaire interne
T84.1	Complication mécanique d'une prothèse interne de fixation d'os d'un membre

Tableau 3A- Codes CCAM d'actes thérapeutiques d'ISO hors synovectomie et hors reprise de prothèse totale (à utiliser pour la détection des ISO durant le séjour de pose ET durant une réhospitalisation)

Code CCAM	Libellé	Localisation
NEJA001	Nettoyage de l'articulation coxofémorale, par arthrotomie	Hanche
NEJA002	Évacuation de collection de l'articulation coxofémorale, par arthrotomie	Hanche
NEJA003	Évacuation de collection ou synovectomie de l'articulation sacro-iliaque, par arthrotomie	Hanche
NEJA004	Évacuation de collection périprothétique de l'articulation coxofémorale, par arthrotomie	Hanche
NEJC001	Nettoyage de l'articulation coxofémorale, par arthroscopie	Hanche
NEJB001	Évacuation de collection de l'articulation coxofémorale, par voie transcutanée	Hanche
NZJB001	Évacuation de collection articulaire du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage	Genou/Hanche

Tableau 3B Codes CCAM d'actes thérapeutiques de synovectomie (à utiliser pour la détection des ISO durant une réhospitalisation)

Code CCAM	Libellé	Localisation
NEFC001	Synovectomie coxofémorale, par arthroscopie	Hanche
NEFA003	Synovectomie coxofémorale, par arthrotomie par deux abords dont un abord postérieur	Hanche
NEFA004	Synovectomie coxofémorale, par arthrotomie par un abord	Hanche

Tableau 3C- Codes CCAM d'actes thérapeutiques de reprise de prothèse (changement, repose ou ablation de prothèse de hanche) (à utiliser pour la détection des ISO durant une réhospitalisation)

Code CCAM	Libellé	Localisation
NEGA004-01	Ablation de l'insert intermédiaire d'une prothèse de l'articulation coxofémorale droite, avec pose d'une pièce acétabulaire	Hanche
NEGA004-02	Ablation de l'insert intermédiaire d'une prothèse de l'articulation coxofémorale gauche, avec pose d'une pièce acétabulaire	Hanche
NEGA002-01	Ablation d'une prothèse totale de hanche droite	Hanche

NEGA002-02	Ablation d'une prothèse totale de hanche gauche	Hanche
NEGA003-01	Ablation d'une prothèse totale de hanche droite avec coaptation trochantéro-iliaque	Hanche
NEGA003-02	Ablation d'une prothèse totale de hanche gauche avec coaptation trochantéro-iliaque	Hanche
NEGA001-01	Ablation d'une prothèse totale de hanche droite avec reconstruction osseuse de l'acétabulum et/ou du fémur	Hanche
NEGA001-02	Ablation d'une prothèse totale de hanche gauche avec reconstruction osseuse de l'acétabulum et/ou du fémur	Hanche
NEKA004-01	Changement de l'insert acétabulaire d'une prothèse totale de hanche droite	Hanche
NEKA004-02	Changement de l'insert acétabulaire d'une prothèse totale de hanche gauche	Hanche
NEKA009-01	Changement de la pièce acétabulaire ou fémorale d'une prothèse totale de hanche droite, sans reconstruction osseuse	Hanche
NEKA009-02	Changement de la pièce acétabulaire ou fémorale d'une prothèse totale de hanche gauche, sans reconstruction osseuse	Hanche
NEKA002-01	Changement de la pièce acétabulaire ou fémorale d'une prothèse totale de hanche droite, avec reconstruction osseuse de l'acétabulum ou du fémur	Hanche
NEKA002-02	Changement de la pièce acétabulaire ou fémorale d'une prothèse totale de hanche gauche, avec reconstruction osseuse de l'acétabulum ou du fémur	Hanche
NEKA007-01	Changement de la pièce acétabulaire ou fémorale d'une prothèse totale de hanche droite, avec reconstruction osseuse par greffes compactées sans ostéosynthèse	Hanche
NEKA007-02	Changement de la pièce acétabulaire ou fémorale d'une prothèse totale de hanche gauche, avec reconstruction osseuse par greffes compactées sans ostéosynthèse	Hanche
NEKA005-01	Changement de la pièce acétabulaire ou fémorale d'une prothèse totale de hanche droite, avec ostéosynthèse de l'acétabulum ou du fémur	Hanche
NEKA005-02	Changement de la pièce acétabulaire ou fémorale d'une prothèse totale de hanche gauche, avec ostéosynthèse de l'acétabulum ou du fémur	Hanche
NEKA003-01	Changement des pièces acétabulaire et fémorale d'une prothèse totale de hanche droite, sans reconstruction osseuse	Hanche
NEKA003-02	Changement des pièces acétabulaire et fémorale d'une prothèse totale de hanche gauche, sans reconstruction osseuse	Hanche
NEKA008-01	Changement des pièces acétabulaire et fémorale d'une prothèse totale de hanche droite, avec reconstruction ou ostéosynthèse de l'acétabulum ou du fémur	Hanche
NEKA008-02	Changement des pièces acétabulaire et fémorale d'une prothèse totale de hanche gauche, avec reconstruction ou ostéosynthèse de l'acétabulum ou du fémur	Hanche
NEKA006-01	Changement des pièces acétabulaire et fémorale d'une prothèse totale de hanche droite, avec reconstruction et ostéosynthèse de l'acétabulum et/ou du fémur droit	Hanche
NEKA006-02	Changement des pièces acétabulaire et fémorale d'une prothèse totale de hanche gauche, avec reconstruction et ostéosynthèse de l'acétabulum et/ou du fémur gauche	Hanche
NEKA001-01	Changement des pièces acétabulaire et fémorale d'une prothèse totale de hanche droite, avec reconstruction par greffes compactées sans ostéosynthèse	Hanche
NEKA001-02	Changement des pièces acétabulaire et fémorale d'une prothèse totale de hanche gauche, avec reconstruction par greffes compactées sans ostéosynthèse	Hanche
NELA002-01	Repose d'une prothèse totale de l'articulation coxofémorale droite, sans reconstruction osseuse	Hanche
NELA002-02	Repose d'une prothèse totale de l'articulation coxofémorale gauche, sans reconstruction osseuse	Hanche
NELA001-01	Repose d'une prothèse totale de l'articulation coxofémorale droite, avec reconstruction osseuse	Hanche
NELA001-02	Repose d'une prothèse totale de l'articulation coxofémorale gauche, avec reconstruction osseuse	Hanche

Tableau 3D- Code CCAM d'actes diagnostiques d'ISO (à utiliser durant le séjour de pose ET durant une réhospitalisation)

Code CCAM	Libellé	Localisation H/G
NAHB001	Biopsie unicorticale de l'os coxal, par voie transcutanée	Hanche
NAHA001	Biopsie de la corticale interne de l'os coxal, par abord direct	Hanche
NAHA002	Biopsie de la corticale externe de l'os coxal, par abord direct	Hanche
NEHA001	Biopsie d'une articulation de la ceinture pelvienne [du bassin], par abord direct	Hanche

NEHA002	Biopsie de l'articulation coxofémorale, par abord direct	Hanche
NZHA001	Biopsie d'un os et/ou d'une articulation du membre inférieur, par abord direct	Genou /Hanche
NZHB001	Biopsie d'un os et/ou d'une articulation du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage	Genou /Hanche
NZHB002	Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage	Genou /Hanche
NZHH001	Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre inférieur, par voie transcutanée avec guidage scanographique	Genou /Hanche
NZHH002	Biopsie d'un os et/ou d'une articulation du membre inférieur, par voie transcutanée avec guidage scanographique	Genou /Hanche
NZHH003	Biopsie d'un os et/ou d'une articulation du membre inférieur, par voie transcutanée avec guidage radiologique	Genou /Hanche
NZHH004	Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre inférieur, par voie transcutanée avec guidage radiologique	Genou /Hanche

Tableau 4A- Actes de chirurgie et actes interventionnels sur la hanche

Code CCAM	Libellé
NAHA002	Biopsie de la corticale externe de l'os coxal, par abord direct
NAHA001	Biopsie de la corticale interne de l'os coxal, par abord direct
NEHA002	Biopsie de l'articulation coxofémorale, par abord direct
NEQC001	Exploration de l'articulation coxofémorale, par arthroscopie
NFQC001	Exploration de l'articulation du genou, par arthroscopie
NAEP002	Réduction orthopédique extemporanée de fracture et/ou de luxation de la ceinture pelvienne [du bassin]
NAEP001	Réduction orthopédique progressive de fracture et/ou de luxation de la ceinture pelvienne [du bassin], par traction continue ou suspension
NACB001	Ostéosynthèse de fracture ou de fracture-luxation de la ceinture pelvienne [du bassin], à foyer fermé
NACA001	Ostéosynthèse unifocale de fracture ou de fracture-luxation de la ceinture pelvienne [du bassin], à foyer ouvert
NACA002	Ostéosynthèse plurifocale de fracture ou de fracture-luxation de la ceinture pelvienne [du bassin], à foyer ouvert
NACA005	Ostéosynthèse de fracture de l'acétabulum, par abord postérieur
NACA003	Ostéosynthèse de fracture de l'acétabulum, par abord antérieur
NACA004	Ostéosynthèse de fracture des colonnes antérieure et postérieure de l'acétabulum, par un ou deux abords
NAPA004	Ostéotomie supraacétabulaire de l'os coxal par une section
NAPA003	Ostéotomie supraacétabulaire de l'os coxal par une section, avec ostéoplastie supraacétabulaire par butée
NAPA005	Ostéotomie supraacétabulaire de l'os coxal par une section, avec capsuloplastie
NAPA001	Ostéotomie supraacétabulaire de l'os coxal par une section, avec ostéotomie du fémur
NAPA007	Ostéotomie extraacétabulaire de l'os coxal par plusieurs sections
NAPA002	Ostéotomie extraacétabulaire de l'os coxal par plusieurs sections, avec capsuloplastie
NAPA008	Ostéotomie extraacétabulaire de l'os coxal par plusieurs sections, avec ostéotomie du fémur
NAPA006	Ostéotomie périacétabulaire de l'os coxal
NAFA002	Exérèse partielle de l'os coxal sans interruption de la continuité, par abord direct
NAGA003	Évidement de l'os coxal sans comblement, par abord direct
NAGA002	Évidement de l'os coxal avec comblement, par abord direct

<i>NAFA004</i>	Résection partielle de l'aile iliaque ou du cadre obturateur n'interrompant pas la continuité de l'anneau pelvien
<i>NAFA006</i>	Résection complète "en bloc" de l'aile iliaque ou du cadre obturateur interrompant la continuité de l'anneau pelvien
<i>NAFA003</i>	Résection complète "en bloc" partielle ou totale d'un os coxal [hémibassin] emportant l'acétabulum
<i>NAFA001</i>	Résection "en bloc" de l'os coxal ou du fémur avec arthrectomie monobloc de hanche
<i>NAMA002</i>	Reconstruction de l'os coxal [hémibassin] après résection de la zone acétabulaire, sans prothèse coxale
<i>NAGA001</i>	Ablation de matériel d'ostéosynthèse de l'acétabulum ou de l'os coxal, par abord direct
<i>NBEP002</i>	Réduction orthopédique extemporanée de fracture-décollement de l'épiphyse distale du fémur
<i>NBEP001</i>	Réduction orthopédique progressive de fracture du fémur, par traction continue collée
<i>NBEB001</i>	Réduction orthopédique progressive de fracture du fémur, par traction continue transosseuse
<i>NBCA012</i>	Ostéosynthèse de fracture parcellaire de la tête du fémur, par arthrotomie
<i>NBCA005</i>	Ostéosynthèse de fracture intracapsulaire du col [transcervicale] du fémur, de décollement épiphysaire ou d'épiphysiolyse de l'extrémité proximale du fémur
<i>NBCA010</i>	Ostéosynthèse de fracture extracapsulaire du col du fémur
<i>NBCA008</i>	Ostéosynthèse de fracture du grand trochanter
<i>NBCA004</i>	Ostéosynthèse du grand trochanter pour pseudarthrose
<i>NBCA009</i>	Ostéosynthèse de fractures homolatérales du col et de la diaphyse du fémur
<i>NBCA006</i>	Ostéosynthèse de fracture infratrochantérienne ou trochantérodiaphysaire du fémur
<i>NBCB001</i>	Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse du fémur par fixateur externe ou broche, à foyer fermé
<i>NBCB002</i>	Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse du fémur par matériel centromédullaire sans verrouillage distal, à foyer fermé
<i>NBCB004</i>	Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse du fémur par matériel centromédullaire avec verrouillage distal, à foyer fermé
<i>NBCA007</i>	Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse du fémur, à foyer ouvert
<i>NBCB006</i>	Ostéosynthèse de fracture ou de décollement épiphysaire de l'extrémité distale du fémur, à foyer fermé
<i>NBCA014</i>	Ostéosynthèse de fracture supracondyloire extraarticulaire du fémur, à foyer ouvert
<i>NBCA015</i>	Ostéosynthèse de fracture simple supracondyloire et intercondyloire du fémur, à foyer ouvert
<i>NBCA003</i>	Ostéosynthèse de fracture complexe supracondyloire et intercondyloire du fémur, à foyer ouvert
<i>NBCA013</i>	Ostéosynthèse de fracture d'un condyle fémoral, à foyer ouvert
<i>NFDC001</i>	Fixation de fragment ostéochondral intraarticulaire du genou, par arthroscopie
<i>NFDA009</i>	Fixation de fragment ostéochondral intraarticulaire du genou, par arthrotomie
<i>NBCB005</i>	Ostéosynthèse préventive du fémur pour lésion ostéolytique, à foyer fermé
<i>NBCA011</i>	Ostéosynthèse préventive du fémur pour lésion ostéolytique, à foyer ouvert
<i>NBPA019</i>	Ostéotomie intraarticulaire du col du fémur
<i>NBPA014</i>	Ostéotomie du grand trochanter
<i>NBPA020</i>	Ostéotomie intertrochantérienne ou infratrochantérienne du fémur
<i>NBPA013</i>	Ostéotomie basicervicale du fémur
<i>NBPA018</i>	Ostéotomie unilatérale de valgisation-translation du col du fémur pour dysplasie congénitale
<i>NBPA006</i>	Ostéotomie bilatérale de valgisation-translation du col du fémur pour dysplasie congénitale
<i>NBFA001</i>	Exérèse partielle du fémur sans interruption de la continuité, par abord direct

NBGA002	Évidement du fémur sans comblement, par abord direct
NBGA006	Évidement du fémur avec comblement, par abord direct
NBGA003	Évidement de l'extrémité proximale du fémur en présence d'un cartilage épiphysaire actif sans comblement, par abord direct
NBGA005	Évidement de l'extrémité proximale du fémur en présence d'un cartilage épiphysaire actif avec comblement, par abord direct
NBGA004	Évidement de l'extrémité distale du fémur et/ou de l'extrémité proximale du tibia en présence d'un cartilage épiphysaire actif sans comblement, par abord direct
NBGA001	Évidement de l'extrémité distale du fémur et/ou de l'extrémité proximale du tibia en présence d'un cartilage épiphysaire actif avec comblement, par abord direct
NBFA003	Réséction partielle d'une extrémité et/ou de la diaphyse du fémur sans interruption de la continuité osseuse
NBFA004	Réséction de la tête et du col du fémur sans interposition capsulaire ou aponévrotique
NBFA008	Réséction de la tête et du col du fémur avec interposition capsulaire et/ou aponévrotique
NBFA002	Réséction segmentaire du fémur avec ostéosynthèse, pour pseudarthrose congénitale
NBFA006	Réséction segmentaire du fémur avec ostéosynthèse et transfert axial progressif d'un fragment osseux, pour pseudarthrose congénitale
NBFA007	Réséction "en bloc" d'une extrémité et/ou de la diaphyse du fémur
NBMA003	Reconstruction du fémur par greffe ou matériau inerte non prothétique, après réséction partielle d'une extrémité et/ou de la diaphyse
NBMA001	Reconstruction du fémur par greffe ou matériau inerte non prothétique, après réséction "en bloc" d'une extrémité et/ou de la diaphyse
NBDA004	Épiphyso-désè au genou, par un abord direct
NBDA013	Épiphyso-désè au genou, par plusieurs abords directs
NBGA015	Désépiphysiodèse au fémur ou au tibia
NBGA010	Désépiphysiodèse centrale ou périphérique au fémur ou au tibia, avec ostéotomie
NBGA007	Ablation de matériel d'ostéosynthèse du fémur, par abord direct
NBPA016	Décortication du fémur pour pseudarthrose
NBPA005	Décortication du fémur avec ostéosynthèse pour pseudarthrose
NBCB003	Perforation, forage, ou injection intraosseuse au niveau de la tête du fémur, par voie transcutanée
NBCA002	Ostéosynthèse de fracture simple de la patelle, à foyer ouvert
NBCA001	Ostéosynthèse de fracture complexe de la patelle, à foyer ouvert
NBFA005	Patellectomie partielle, par abord direct
NBFA009	Patellectomie totale, par abord direct
NBMA002	Patelloplastie modelante ostéochondrale [Résection arthroplastique de la rotule]
NEJB001	Évacuation de collection de l'articulation coxofémorale, par voie transcutanée
NEJA002	Évacuation de collection de l'articulation coxofémorale, par arthrotomie
NEJA004	Évacuation de collection périprothétique de l'articulation coxofémorale, par arthrotomie
NEEP006	Réduction orthopédique progressive d'une hanche instable non traumatique par harnais
NEEP007	Réduction orthopédique d'une luxation traumatique de l'articulation coxofémorale, avec pose de traction continue
NEEP004	Réduction orthopédique d'une luxation traumatique de l'articulation coxofémorale, avec contention par appareillage rigide pelvipédieux
NEEP005	Réduction orthopédique d'une luxation traumatique de l'articulation coxofémorale, avec fracture ou décollement épiphysaire de la tête du fémur
NEEP002	Réduction orthopédique d'une luxation de prothèse de l'articulation coxofémorale

<i>NEEA004</i>	Réduction d'une hanche instable non traumatique, par arthrotomie
<i>NEEA001</i>	Réduction d'une luxation traumatique de l'articulation coxofémorale, par arthrotomie
<i>NEEA003</i>	Réduction d'une luxation traumatique de l'articulation coxofémorale avec ostéosynthèse de fracture de la tête du fémur, par arthrotomie
<i>NEEA002</i>	Réduction d'une luxation de prothèse de l'articulation coxofémorale, par arthrotomie
<i>NEJC001</i>	Nettoyage de l'articulation coxofémorale, par arthroscopie
<i>NEJA001</i>	Nettoyage de l'articulation coxofémorale, par arthrotomie
<i>NEDA001</i>	Arthrodèse coxofémorale, par arthrotomie
<i>NEMA021</i>	Ostéoplastie supraacétabulaire de l'os coxal par butée, ou acétabuloplastie
<i>NEMA003</i>	Ostéoplastie supraacétabulaire de l'os coxal par butée, avec ostéotomie extraarticulaire de l'extrémité proximale du fémur
<i>NEMA017</i>	Ostéoplastie supraacétabulaire de l'os coxal par butée, avec ostéotomie du grand trochanter
<i>NEDA002</i>	Stabilisation d'une prothèse totale de l'articulation coxofémorale par pose de butée supraacétabulaire en matériau inerte, abaissement du grand trochanter et/ou changement de la tête ou du col amovible
<i>NEMA020</i>	Acétabuloplastie avec ostéotomie du fémur
<i>NEMA018</i>	Arthroplastie coxofémorale par cupule fémorale
<i>NEKA018</i>	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse fémorale cervicocéphalique
<i>NEKA011</i>	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse fémorale cervicocéphalique et cupule mobile
<i>NELA003</i>	Pose d'une pièce acétabulaire chez un patient porteur d'une prothèse fémorale cervicocéphalique homolatérale
<i>NEKA020</i>	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale
<i>NEKA012</i>	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec reconstruction acétabulaire ou fémorale par greffe
<i>NEKA014</i>	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec renfort métallique acétabulaire
<i>NEKA010</i>	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec renfort métallique acétabulaire et reconstruction fémorale par greffe
<i>NEKA016</i>	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec ostéotomie de la diaphyse du fémur
<i>NEKA017</i>	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec abaissement de la tête du fémur dans le paléocotyle [paléocotyle]
<i>NEKA021</i>	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec abaissement de la tête du fémur dans le paléocotyle [paléocotyle] et ostéotomie de réaxation ou d'alignement du fémur
<i>NEKA015</i>	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale après ostéosynthèse, ostéotomie ou prothèse cervicocéphalique du fémur
<i>NEKA013</i>	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale après arthrodèse coxofémorale
<i>NEKA019</i>	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale après arthrodèse coxofémorale, avec renfort métallique acétabulaire
<i>NEGA005</i>	Ablation d'une prothèse fémorale cervicocéphalique
<i>NEGA002</i>	Ablation d'une prothèse totale de hanche
<i>NEGA003</i>	Ablation d'une prothèse totale de hanche avec coaptation trochantéro-iliaque
<i>NEGA001</i>	Ablation d'une prothèse totale de hanche avec reconstruction osseuse de l'acétabulum et/ou du fémur

NEKA022	Changement d'une prothèse fémorale cervicocéphalique pour une prothèse totale de hanche
NEKA004	Changement de l'insert acétabulaire d'une prothèse totale de hanche
NEKA009	Changement de la pièce acétabulaire ou fémorale d'une prothèse totale de hanche, sans reconstruction osseuse
NEKA002	Changement de la pièce acétabulaire ou fémorale d'une prothèse totale de hanche, avec reconstruction osseuse de l'acétabulum ou du fémur
NEKA007	Changement de la pièce acétabulaire ou fémorale d'une prothèse totale de hanche, avec reconstruction osseuse par greffes compactées sans ostéosynthèse
NEKA005	Changement de la pièce acétabulaire ou fémorale d'une prothèse totale de hanche, avec ostéosynthèse de l'acétabulum ou du fémur
NEKA003	Changement des pièces acétabulaire et fémorale d'une prothèse totale de hanche, sans reconstruction osseuse
NEKA008	Changement des pièces acétabulaire et fémorale d'une prothèse totale de hanche, avec reconstruction ou ostéosynthèse de l'acétabulum ou du fémur
NEKA006	Changement des pièces acétabulaire et fémorale d'une prothèse totale de hanche, avec reconstruction et ostéosynthèse de l'acétabulum et/ou du fémur
NEKA001	Changement des pièces acétabulaire et fémorale d'une prothèse totale de hanche, avec reconstruction par greffes compactées sans ostéosynthèse
NELA002	Repose d'une prothèse totale de l'articulation coxofémorale, sans reconstruction osseuse
NELA001	Repose d'une prothèse totale de l'articulation coxofémorale, avec reconstruction osseuse
NEFA001	Résection de l'articulation coxofémorale avec coaptation trochantéro-iliaque ou fémoro-iliaque
NEMA013	Reconstruction osseuse de la hanche après résection "en bloc" de l'os coxal [hémibassin], avec fixation du fémur à l'os coxal
NEMA011	Reconstruction de l'articulation coxofémorale par prothèse massive ou sur mesure, après perte de substance segmentaire au niveau de la hanche ou de l'os coxal
NEPA001	Libération mobilisatrice de l'articulation coxofémorale, par arthrotomie
NEFC001	Synovectomie coxofémorale, par arthroscopie
NEFA004	Synovectomie coxofémorale, par arthrotomie par un abord
NEFA003	Synovectomie coxofémorale, par arthrotomie par 2 abords dont un abord postérieur

Tableau 4B- Actes de chirurgie et actes interventionnels sur le genou

Code CCAM	Libellé
NFJC002	Évacuation de collection de l'articulation du genou, par arthroscopie
NFJA002	Évacuation de collection de l'articulation du genou, par arthrotomie
NFEPO02	Réduction orthopédique d'une luxation ou d'une luxation-fracture de l'articulation fémorotibiale
NFJC001	Nettoyage de l'articulation du genou, par arthroscopie
NFJA001	Nettoyage de l'articulation du genou, par arthrotomie
NFDA002	Arthrodèse fémorotibiale, par arthrotomie
NFDA003	Arthrodèse fibulotibiale proximale, par arthrotomie
NFKA009	Remplacement de l'articulation du genou par prothèse à charnière fixe ou rotatoire
NFKA006	Remplacement de l'articulation du genou par prothèse unicompartmentaire fémorotibiale ou fémoropatellaire
NFKA007	Remplacement de l'articulation du genou par prothèse tricompartmentaire sur une déformation inférieure ou égale à 10° dans le plan frontal

NFKA008	Remplacement de l'articulation du genou par prothèse tricompartmentaire sur une déformation supérieure à 10° dans le plan frontal
NFGA002	Ablation d'une prothèse du genou
NFGA001	Ablation d'une prothèse du genou avec arthrodèse
NFKA004	Changement de l'insert d'une prothèse unicompartmentaire ou tricompartmentaire du genou
NFKA003	Changement d'une prothèse unicompartmentaire du genou
NFKA005	Changement d'une prothèse unicompartmentaire du genou pour une prothèse tricompartmentaire
NFKA001	Changement d'une prothèse tricompartmentaire du genou, sans reconstruction osseuse
NFKA002	Changement d'une prothèse tricompartmentaire du genou, avec reconstruction osseuse
NFLA002	Repose d'une prothèse articulaire du genou, sans reconstruction osseuse
NFLA001	Repose d'une prothèse articulaire du genou, avec reconstruction osseuse
NFMA013	Reconstruction osseuse du genou après perte de substance segmentaire, avec arthrodèse et ostéosynthèse
NFMA006	Reconstruction de l'articulation du genou par prothèse massive ou sur mesure, après perte de substance segmentaire
NFPC002	Libération mobilisatrice de l'articulation du genou, par arthroscopie
NFPA001	Libération mobilisatrice de l'articulation du genou, par arthrotomie
NFPA003	Libération mobilisatrice de l'articulation du genou par arthroscopie ou arthrotomie, avec libération complète du quadriceps
NFFC002	Synovectomie antérieure du genou, par arthroscopie
NFFA004	Synovectomie antérieure du genou, par arthrotomie
NFFA005	Synovectomie antérieure du genou par arthroscopie avec synovectomie postérieure par arthrotomie, sans changement de position
NFFC001	Synovectomie du genou, par arthroscopie antérieure et par arthroscopie postérieure
NFFA002	Synovectomie du genou, par arthrotomie antérieure et par arthrotomie postérieure sans changement de position du patient
NFFA006	Synovectomie du genou, par arthrotomie antérieure et par arthrotomie postérieure avec changement de position du patient
NFCC002	Suture ou réinsertion du ligament croisé antérieur du genou, par arthroscopie
NFCA001	Suture ou réinsertion du ligament croisé antérieur du genou, par arthrotomie
NFCA004	Suture ou réinsertion du ligament croisé antérieur et d'élément capsuloligamentaire périarticulaire du genou, par arthrotomie
NFCC001	Suture ou réinsertion du ligament croisé postérieur du genou, par arthroscopie
NFCA006	Suture ou réinsertion du ligament croisé postérieur du genou, par arthrotomie
NFCA005	Suture ou réinsertion du ligament croisé postérieur et d'élément capsuloligamentaire périarticulaire du genou, par arthrotomie
NFCA003	Suture ou réinsertion des ligaments croisés et d'élément capsuloligamentaire périarticulaire du genou, par arthrotomie
NFMC003	Reconstruction du ligament croisé antérieur du genou par autogreffe, par arthroscopie
NFMA004	Reconstruction du ligament croisé antérieur du genou par autogreffe, par arthrotomie
NFMC002	Reconstruction du ligament croisé postérieur du genou par autogreffe sans renforcement synthétique, par arthroscopie
NFMA010	Reconstruction du ligament croisé postérieur du genou par autogreffe sans renforcement synthétique, par arthrotomie
NFMC005	Reconstruction itérative du ligament croisé postérieur du genou par ligament synthétique, par arthroscopie
NFMA008	Reconstruction itérative du ligament croisé postérieur du genou par ligament synthétique, par arthrotomie

NFMC001	Reconstruction des ligaments croisés du genou, par arthroscopie
NFMA011	Reconstruction des ligaments croisés du genou, par arthrotomie
NFCA002	Suture ou réinsertion de la capsule articulaire du genou, par abord direct
NFMA005	Capsulo-myo-ténoplastie du genou pour recentrage de la patelle, par arthrotomie
NFMA002	Plastie ligamentaire extraarticulaire latérale du genou avec le fascia lata, par abord direct
NFPC001	Section du rétinaculum patellaire latéral [aileron rotulien externe], par arthroscopie
NFPA002	Section du rétinaculum patellaire latéral [aileron rotulien externe], par arthrotomie
NFPA004	Section du rétinaculum patellaire latéral [aileron rotulien externe] avec ostéotomie de la surface patellaire [trochlée] du fémur, par arthrotomie
NFFC004	Ménissectomie latérale ou médiale du genou, par arthroscopie
NFFA003	Ménissectomie latérale ou médiale du genou, par arthrotomie
NFFC003	Ménissectomies latérale et médiale du genou, par arthroscopie
NFFA001	Ménissectomies latérale et médiale du genou, par arthrotomie
NFEC002	Réinsertion ou suture d'un ménisque du genou, par arthroscopie
NFEA002	Réinsertion ou suture d'un ménisque du genou, par arthrotomie
NFEC001	Réinsertion ou suture des 2 ménisques du genou, par arthroscopie
NFEA001	Réinsertion ou suture des 2 ménisques du genou, par arthrotomie

Tableau 5- Facteurs de risque utilisés dans le modèle de standardisation

Variables à tester	Identification dans le PMSI
Sexe	Sexe (séjour de pose de la prothèse totale)
Obésité morbide ≥ 35 Kg/m2	Identifié dans l'année précédant l'entrée dans le séjour de pose en DP et/ou DA, ou dans le séjour de pose en DA par les codes CIM-10 : E66.05, E66.06, E66.07, E66.15, E66.16, E66.17, E66.25, E66.26, E66.27, E66.85, E66.86, E66.87, E66.95, E66.96, E66.97
Malnutrition	Identifié dans l'année précédant l'entrée dans le séjour de pose en DP et/ou DA, ou dans le séjour de pose en DA par les codes CIM-10 : E40-E44, E46
Diabète	Identifié dans l'année précédant l'entrée dans le séjour de pose en DP et/ou DA, ou dans le séjour de pose en DA par les codes CIM-10 : E10, E11, E12, E13, E14
Tumeur maligne active	Identifié dans le séjour de pose en DA ou dans les séjours du suivi en DP ou DA par les codes CIM-10 : C00-C97, D37-D48 Identifié dans l'année précédant le séjour de pose ou dans le suivi Z51.1 Séance de chimiothérapie pour tumeur codée en DP
Antécédent de polyarthrite inflammatoire	Identifié dans l'année précédant l'entrée dans le séjour de pose en DP et/ou DA, ou dans le séjour de pose en DA par les codes CIM-10 : M05-M14 à l'exception de M06.2, M06.3, M12.4 et M12.5
Maladie avec déficit immunitaire et/ou Cirrhose	Identifié dans l'année précédant l'entrée dans le séjour de pose en DP et/ou DA, ou dans le séjour de pose en DA par les codes CIM-10 : B20-B24, D80-D84 K70.0, K70.3, K71.7, K74.x
Antécédent d'infection des os et des articulations	Identifié dans l'année précédant l'entrée dans le séjour de pose en DP et/ou DA par les codes CIM-10 : Identifié dans l'année précédant l'entrée dans le séjour de pose en DP et/ou DA par les codes CIM-10: cf. Liste des ISO de la liste ATIH 77 et D0820 + codes T84.5, T84.6 et T84.7 de complication infectieuse orthopédique spécifique et non spécifiques en DAS
Antécédent de chirurgie/arthroscopies de la hanche ou du genou	Identifié dans l'année précédant l'entrée dans le séjour de pose par les actes CCAM (Cf. Liste de codes CCAM d'actes invasifs sur la hanche et/ou sur le genou)
Insuffisance rénale chronique	Identifié dans l'année précédant l'entrée dans le séjour de pose en DP et/ou DA, ou dans le séjour de pose en DA par les codes CIM-10 N18 ; ou identifié dans l'année précédant l'entrée dans le séjour de pose par le GHM 11K02.
Antécédent de séjour de durée prolongée	Identifié dans l'année précédant l'entrée dans le séjour de pose par : - au moins 1 séjour d'hospitalisation en SSR, - ou au moins 1 séjour de durée de séjour ≥ 4 jours en MCO - ou au moins 1 séjour en HAD NB : chainage avec PMSI HAD et SSR nécessaire.

Facteurs socio-économiques	Identifié dans l'année précédant l'entrée dans le séjour de pose ou dans le séjour de pose en DA par les codes CIM-10 : Z59
-----------------------------------	--

Indicateur de résultats en chirurgie orthopédique

Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins « Infections du site opératoire 3 mois après la pose d'une prothèse totale de genou » ISO-PTG

Définition	<p>Cet indicateur mesure chez l'adulte les infections du site opératoire (ISO), codées dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) dans les 3 mois suivant la pose programmée d'une prothèse totale de genou (PTG).</p> <p>Les ISO sont définies sur le plan clinique par une infection survenant dans l'année s'il y a eu pose d'une prothèse.</p> <p>Les ISO détectées dans le PMSI par l'indicateur de la HAS sont les infections sur prothèse totale de genou identifiées, 3 mois après la pose, dans une population cible.</p> <p>La population cible est composée de patients adultes ayant bénéficié d'une pose de PTG programmée pour lesquels on estime qu'une marge d'amélioration est possible :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Après exclusion <ul style="list-style-type: none"> ○ des patients à très haut risque d'ISO (exemple : patients avec antécédents d'ISO complexe, séjours avec pose, ablation, repose ou changement de multiples prothèses ou d'insert sur la hanche et/ou le genou...), ○ des cas d'ISO non imputables à la qualité de la pose (exemple : patients ayant eu une intervention antérieure ou ISO sur matériel ou prothèse déjà présent(e), patients sortis contre avis médical ou par fuite) • ET ajustement sur 12 facteurs de sur-risque d'ISO publiés non liés à la qualité de la prise en charge initiale.
Importance du thème	<p>La survenue d'une ISO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Est un évènement indésirable grave impactant le patient et la collectivité en matière de : durée de séjour, qualité de vie, incapacité, réhospitalisation, reprise, ... et pouvant mettre en jeu le pronostic vital. • Est associée à un risque relativement faible (d'environ 1%) mais concerne une chirurgie fréquente. • Des références professionnelles en lien avec l'indicateur après pose de PTG existent pour la préparation cutanée (SFHH 2013, actualisation en 2016), l'antibioprophylaxie (SFAR 2010, SFAR 2018), le diagnostic et prise en charge dans le mois après la sortie (HAS 2014), et la récupération améliorée après chirurgie orthopédique de la hanche ou du genou (SFAR-SOFCOT, 2019).
Objectif	<p>La mesure de cet indicateur vise à réduire le taux d'ISO, en ciblant les établissements dont les prises en charge sont à investiguer dans une démarche qualité – gestion des risques au sein des établissements de santé concernés.</p>

	<p>Ciblé sur une population pour laquelle une marge d'amélioration existe, cet indicateur représente un outil pertinent qui contribue à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'amélioration de l'implémentation des pratiques intra-hospitalières de prévention et de gestion du risque infectieux après PTG, • l'optimisation de la traçabilité de l'information clinique relative aux événements recherchés (ISO) et aux facteurs de risque dans les dossiers des patients, • l'amélioration de la qualité de leur codage dans le PMSI.
Type d'indicateur	Indicateur HAS de qualité et de sécurité des soins de type résultats.
Utilisations	<ul style="list-style-type: none"> • Pilotage interne 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).
Source de données	PMSI en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) chaîné.
Validation	<p>L'algorithme de détection des ISO dans la population cible de PTG à partir du PMSI a été validé par retour aux dossiers, et a fait l'objet d'un développement complémentaire publié en janvier 2021 (Cf. Rapport HAS, 2021 de développement de la mesure des infections du site opératoire par localisation de la prothèse).</p> <p>Sa valeur prédictive positive de 90,9%, et la performance du modèle d'ajustement valident cet indicateur pour toute utilisation : pilotage interne de la qualité et gestion des risques, certification des établissements de santé, toute utilisation externe (diffusion publique, financement à la qualité, ...)(Cf. Rapport méthodologique HAS, 2019. Méthode HAS de développement, validation et utilisations d'indicateurs de résultats mesurés à partir des bases médico-administratives).</p> <p>Cette fiche descriptive correspond à la version 2021 de l'indicateur validé.</p>
Mode de recueil	Requête automatique dans le PMSI MCO chaîné et calculs réalisés par l'ATIH à partir des spécifications fournies par la HAS.
Nature de l'indicateur	Indicateur exprimé sous forme de ratio standardisé du nombre observé sur le nombre attendu d'ISO dans la population de séjours cibles PTG.
Population cible de l'indicateur	<p>Séjours du PMSI MCO chaîné terminés entre le 1er janvier et le 30 septembre 2021, correspondants aux critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous.</p> <p>Chaque patient de la population cible PTG est suivi 3 mois à partir de la date d'admission pour pose de la PTG.</p> <p><u>Critères d'inclusion</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1ers séjours de pose* d'une PTG sur la période étudiée <ul style="list-style-type: none"> ○ Actes CCAM de remplacement de genou : NFKA007, NFKA008, NFKA009 <p>*La « pose » de prothèse est libellée dans les codes de la CCAM comme suit : « remplacement de l'articulation par une prothèse »(Cf. <i>Consignes ATIH d'utilisation des codes de prothèses de hanche et de genou</i>, ATIH, 2019).</p> <p><u>Critères d'exclusion</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Séjours en erreurs de groupage (CMD 90 Erreurs et autres séjours inclassables)

	<ul style="list-style-type: none"> • Séances (CMD 28 Séances) • Séjours en CMD 14 Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum et CMD 15 Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale • Séjours des patients mal chaînés • Séjours de patients de moins de 18 ans • Séjours de patients <u>sans ISO codée</u> et décédés durant le séjour de pose • Séjours dont le DP du 1er RUM et/ou le DP du séjour de pose correspond à un code d'ISO sur la hanche ou le genou • Séjours de pose associés à un code T de complication infectieuse orthopédique <u>hors prothèse articulaire</u> en DAS : T84.6 ou T84.7 (Cf. Annexes. Tableau 2) • Séjours de pose de PTG associés à un code T de complication mécanique T84.0, T84.1 en DAS et en DP, qui traduit une luxation ou fracture de prothèse ou matériel d'ostéosynthèse existant (Cf. Annexes. Tableau 2) • Séjours de patients avec antécédent d'infection ostéo-articulaire complexe codée en DAS durant l'année précédant le séjour de pose (Z76.800) • Séjours avec au moins un 2ème acte de PTG ou un acte de PTH durant le séjour de pose. • Les séjours avec au moins un acte CCAM d'ablation, de repose ou de changement de prothèse de hanche ou de genou, <u>sans ISO codée en DAS au cours du séjour de pose</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Liste des codes CCAM de changement de prothèse de hanche: NEKA001, NEKA003, NEKA006, NEKA008, NEKA022, NEGA004, NELA003 ○ Liste des codes CCAM de repose de PTH : NELA001, NELA002 ○ Liste des codes CCAM de changement de prothèse de genou : NFKA001, NFKA002, NFKA005, NFKA004, NFKA003 ○ Liste des codes CCAM de repose de PTG : NFLA001, NFLA002 ○ Liste des codes CCAM d'ablation de prothèse de hanche : NEGA001, NEGA002, NEGA003 NEGA005, NAGA001. • Séjours de patient provenant d'un établissement de santé par mutation, transfert ou prestation inter-établissements • Séjours de patients admis par les urgences ou 1er RUM en UHCD ou en réanimation ou en soins intensifs ou en soins continus • Séjours de pose suivis d'au moins un séjour avec un acte CCAM de chirurgie ou intervention sur la hanche ou le genou entre le séjour de pose et le séjour de réhospitalisation pour ISO (Cf. Annexes. Tableaux 4A et 4B) • Séjours de patients avec antécédent d'hospitalisation pour chirurgie sur la hanche ou le genou dans les 3 mois précédant le séjour de pose (date d'admission) (Cf. Annexes. Tableaux 4A et 4B) • Séjours de patients résidant hors France (code géographique entre 99101 et 99517 + 99999) • Patients ayant eu au moins un séjour en soins palliatifs durant le séjour de pose, dans l'année précédente ou durant les 3 mois suivants (code CIM10 de soins palliatifs Z51.5 respectivement en DAS, ou en DAS ou DP) • Séjours d'une durée de plus de 90 jours • Séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite (Z53.2)
Evènement	<p>Les séjours avec une infection du site opératoire (ISO) sur PTG sont recherchés dans la population cible pendant le séjour de pose et durant le suivi à 3 mois. Ils sont définis par une des combinaisons de codes CIM-10 de diagnostics d'infection ostéo-articulaire (Cf. Annexes. Tableau 1) ou du code T de complication (T84.5) (Cf. Annexes. Tableau 2) et/ou de codes CCAM d'actes thérapeutiques d'ISO ou d'actes diagnostiques d'ISO ou d'actes de reprise de prothèse totale de genou (Cf. Annexes Tableaux A, B, C, D).</p> <p>L'ISO est détectée :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ au cours du séjour avec pose d'une PTG (cf. Tableau A)

OU

- lors d'un séjour de réhospitalisation pour ISO dans les 3 mois de suivi (s'il y a plusieurs séjours de réhospitalisation pour ISO, seul le 1^{er} est inclus) (cf. Tableau B)

Tableau A. Combinaisons utilisées pour la détection d'une ISO lors du séjour de pose

Combinaison	DA (codes CIM-10)	DA (codes CIM-10)	Acte (codes CCAM)
A	Diagnostic d'infection	Code T de complication spécifique recommandé (T84.5)	-
B	Diagnostic d'infection	-	Acte thérapeutique hors synovectomie et hors actes de reprise
C	Diagnostic d'infection	-	Acte diagnostique
D	-	T84.5	Acte thérapeutique hors synovectomie et hors actes de reprise
E	-	T84.5	Acte diagnostique

Tableau B. Combinaisons utilisées pour la détection d'une ISO lors d'une réhospitalisation dans les 3 mois après la pose

Combinaison	DP (codes CIM-10)	DA (codes CIM-10)	Acte (codes CCAM)
F	Diagnostic d'infection	T84.5	-
G	Diagnostic d'infection	-	Acte thérapeutique dont synovectomie et hors acte de reprise
H	Diagnostic d'infection	-	Acte diagnostique
I	-	T84.5 + Diagnostic d'infection	-
J	-	T84.5	Acte thérapeutique dont synovectomie et hors acte de reprise
K	-	T84.5	Acte diagnostique
L	-	Diagnostic d'infection	Acte thérapeutique dont synovectomie et hors acte de reprise
M	T84.5	Diagnostic d'infection	-
N	T84.5	-	Acte thérapeutique dont synovectomie et hors acte de reprise
O	T84.5	-	Acte diagnostique
P	-	Diagnostic d'infection	Acte diagnostique
Q	T84.5	-	Acte thérapeutique de reprise de PTG
R	-	Diagnostic d'infection	Acte thérapeutique de reprise de PTG
S	Diagnostic d'infection	-	Acte thérapeutique de reprise de PTG
T	-	T84.5	Acte thérapeutique de reprise de PTG

* La liste des DAS des séjours inclus comprend tous les DAS distincts y compris les DP et DR des UM n'étant pas DP ou DR du séjour

	<i>Acte de reprise : acte CCAM de changement, ablation ou repose de prothèse totale de genou</i>
Mode calcul	$\text{Ratio standardisé}_{ES} = \frac{\text{nombre observé d'ISO}_{ES}}{\text{nombre attendu d'ISO}_{ES}}$ <p><i>ES : établissement de santé</i></p> <p>La standardisation a pour but de neutraliser le risque de survenue de l'événement en lien avec les caractéristiques individuelles des patients (case-mix). Les facteurs de risque utilisés sont ceux associés au risque de survenue d'infections du site opératoire qui sont cliniquement pertinents, sans lien avec la qualité de la prise en charge et identifiables dans le PMSI.</p> <p>Le nombre attendu d'événements est obtenu en appliquant aux patients de l'établissement les coefficients de chaque facteur de risque, estimés par le modèle de régression logistique à partir des séjours nationaux (la population de référence).</p> <p>Liste des 12 facteurs de risque inclus dans le modèle (cf. Références et Annexes. Tableau 5) : Sexe, malnutrition, obésité, diabète, tumeur maligne active, antécédents de polyarthrite inflammatoire, antécédents d'infection des os et des articulations, antécédents de chirurgie/arthroplastie sur la hanche ou le genou, maladie avec déficit immunitaire et/ou cirrhose, insuffisance rénale chronique, antécédent de séjour de durée prolongée, facteurs socio-économiques.</p> <p><i>Les facteurs de risque (hors sexe, tumeur maligne active) sont recherchés dans le séjour de pose en DAS et dans l'année précédente en DAS ou DP.</i></p>
Modalité de restitution du résultat de l'indicateur	<p>Le ratio standardisé du nombre observé sur attendu de TVP et/ou d'EP est calculé à partir des données annuelles du PMSI MCO de l'année N-1 et restitué aux établissements dans un « funnel plot » (diagramme en entonnoir).</p> <p>Ce graphique permet à chaque établissement de se comparer à la valeur de référence, qui pour cet indicateur est égale à 1, et de se situer à l'intérieur ou en dehors des limites de l'entonnoir définies à 2 déviations standard (avec un risque d'erreur de 5%) et à 3 déviations standard (avec un risque d'erreur de 0,2%) (Cf. guide de lecture du funnel plot).</p>
Rendus aux établissements de santé	<p>Chaque établissement a accès à ses résultats dans la plateforme sécurisée QualHAS. Les codes d'accès sont donnés par les superviseurs QualHAS et/ou le médecin DIM de chaque établissement.</p> <p>La restitution du résultat de l'indicateur validé est accompagnée d'informations complémentaires et de documents pour aider à l'interprétation du résultat et à l'utilisation de l'indicateur :</p> <p>Caractéristiques de la population cible</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les inclusions et exclusions (diagramme de flux détaillé) • Age, sexe et autres facteurs de risque de la population cible de PTG • Nombre de séjours PTG et nombre observé d'ISO avant exclusions (population d'étude) • Nombre de séjours cibles de PTG • Durée moyenne de séjour de PTG cibles dans l'établissement <p>Caractéristiques des ISO dans la population cible</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre observé d'ISO • Nombre attendu d'ISO <p>Autres informations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taux brut d'ISO 3 mois après PTG cible dans l'établissement et au national (%) <p>Les documents et outils</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brochure d'information pour les professionnels en établissement de santé • Guide de lecture du funnel plot

	<ul style="list-style-type: none"> • Consignes de codage des ISO (ATIH, 2018) • Consignes d'utilisation des codes CCAM de pose de prothèses de hanche et de genou (ATIH, 2019) <p>Pour l'amélioration des pratiques et du service rendu aux patients : toute ISO détectée doit être analysée par retour aux dossiers. Une fois la qualité de codage de l'ISO vérifiée dans le dossier, il convient de réaliser une analyse approfondie des événements identifiés, regroupant les chirurgiens, les anesthésistes, les infectiologues, les hygiénistes, les cadres de santé ... Cette analyse permet de rechercher les causes profondes de ces événements indésirables potentiellement associés aux soins, d'identifier celles qui sont potentiellement évitables et de cibler des actions d'amélioration en lien avec le programme qualité et gestion des risques de l'établissement de santé.</p> <p>Pour information, des facteurs peuvent expliquer la variabilité du résultat entre les établissements de santé, mais ne sont pas identifiables via le PMSI. Ils peuvent être recherchés par l'établissement de santé dans les dossiers patient et/ou dans les bases de données cliniques pour interpréter les résultats, et si nécessaire, mettre en place des actions d'amélioration ciblées. Parmi ces facteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pratiques recommandées de prévention et de gestion du risque infectieux en lien avec l'indicateur (notamment recommandations françaises en vigueur concernant la préparation cutanée (SFHH 2013 et 2016), l'antibioprophylaxie (SFAR 2010, SFAR 2018), et la récupération améliorée après chirurgie orthopédique de la hanche ou du genou (SFAR-SOFCOT, 2019). <ul style="list-style-type: none"> • Hyperglycémie peropératoire et/ou diabète non contrôlé pendant le séjour de pose • NNIS > 1 • Transfusion post-opératoire ou per-opératoire (devenue rare en pratique) • Obésité morbide (IMC \geq 35kg/m²), probablement sous-codée dans le PMSI • Prise au long cours de corticoïdes • Absence d'arrêt du traitement par anti-TNF alpha • Absence d'arrêt du tabagisme actif 1 mois avant l'intervention • Durée opératoire prolongée (> aux valeurs seuil utilisées dans le calcul du score NNIS : soit 1 heure pour les PTG) • Survenue d'hémorragie – hématomes • Survenue d'une infection superficielle du site opératoire • Technique chirurgicale • Autres facteurs : exemples, cause organisationnelle, défaut de communication dans l'équipe, personnel par intérim non informé du protocole...
Historique	<p>L'indicateur a été en 2021 validé pour toute utilisation (Cf. Ligne Utilisations ci-dessus). Seul le statut de l'établissement par rapport à la limite supérieure +3 DS est utilisé pour la diffusion publique et autre utilisation externe.</p> <p>Il est depuis 2021 restitué annuellement aux établissements de santé au niveau des sites géographiques.</p> <p>La 1^{ère} restitution de cet indicateur a eu lieu fin 2021 à partir des données du PMSI MCO 2020, avec diffusion publique des résultats par établissement de santé.</p> <p>La 2^{ème} restitution a eu lieu fin 2022 à partir des données du PMSI MCO 2021, avec diffusion publique des résultats par établissement de santé et utilisation pour le financement à la qualité (IFAQ).</p>

Pour en savoir plus, consulter la page du site internet de la HAS dédiée à la [mesure des infections du site opératoire 3 mois après pose de prothèse de genou](#) (ISO-PTG).

Principales références

- Haute Autorité de santé. Rapport. Infections sur prothèse en chirurgie orthopédique. Validation de deux nouveaux indicateurs mesurant les infections du site opératoire après pose de prothèse totale de hanche, et après pose de prothèse totale de genou. [HAS, 2021](#)
- Grammatico-Guillon L, Miliani K, Banaei-Bouchareb L, Solomiac A, Sambour J, May-Michelangeli L, et al. A computerized indicator for surgical site infection (SSI) assessment after total hip or total knee replacement: The French ISO-ORTHO indicator. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2021;1-8. <http://dx.doi.org/10.1017/ice.2021.371>
- Haute Autorité de santé. Rapport. Méthode de développement, validation et utilisations des indicateurs de résultats mesurés à partir des bases médico-administratives. [HAS, 2019](#)
- Haute Autorité de santé. Infections sur prothèse en chirurgie orthopédique. Validation par retour aux dossiers de l'indicateur « Infections du site opératoire 3 mois après pose d'une prothèse totale de hanche ou de genou ». [HAS, 2020](#)
- Société française d'anesthésie et de réanimation. Réhabilitation améliorée après chirurgie orthopédique lourde du membre inférieur (Arthroplastie de hanche et de genou hors fracture). Paris: SFAR; 2019. https://sfar.org/download/rfe-rac-orthopedique/?wpdm_dl=24459&refresh=5d9c7de9350e11570536937
- American Academy of Orthopaedic Surgeons. Diagnosis and prevention of periprosthetic joint infections clinical practice guideline. Rosemont: AAOS; 2019. <https://www.aaos.org/pjguideline>
- Jackson et al. Electronically Available Comorbidities Should Be Used in Surgical Site Infection Risk Adjustment. *Clin Infect Dis*. 2017 Sep 1; 65(5): 803–810. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5850642/pdf/cix431.pdf>
- Surveillance des infections du site opératoire dans les établissements de santé. Réseau ISO-Raisin, France. Résultats 2017. Saint-Maurice (Fra) : Santé publique France, février 2019, 219 p. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2019/Surveillance-des-infections-du-site-operatoire-dans-les-etablissements-de-sante>
- Bally F, Schweiger A, Schlegel M, Widmer A, Habarth S, Sax H, et al. Flux unidirectionnels (laminaires) pour la prévention des infections du site opératoire : position de Swissnoso. *Swissnoso Bull* 2018. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/6_Publikationen/Bulletin_Artikel_F/2018_10_22_Bally_et_al_2018_TR_FR.pdf
- Indicateurs de qualité en orthopédie : où en est-on ? Le Webzine de la HAS, Novembre 2017. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2802879/fr/indicateurs-de-qualite-en-orthopedie-ou-en-est-on
- Société française d'anesthésie et de réanimation, Martin C. Recommandations Formalisées d'Experts. Actualisation de recommandations. Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle. (patients adultes). Paris: SFAR; 2018. <https://sfar.org/wp-content/uploads/2018/07/Antibioprophylaxie-RFE-mise-a-jour-2018.pdf>
- Norman G, Atkinson RA, Smith TA, Rowlands C, Rithalia AD, Crosbie EJ, et al. Intracavity lavage and wound irrigation for prevention of surgical site infection. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; Issue
- Antisepsie de la peau saine avant un geste invasif chez l'adulte. SF2H, 2016. <https://sf2h.net/wp-content/uploads/2016/05/Recos-Antisepsie-SF2H-2016.pdf>
- Haute Autorité de Santé. Prothèse de hanche ou de genou : diagnostic et prise en charge de l'infection dans le mois suivant l'implantation. HAS, 2014. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/rbp_argumentaire_prothese_infectees_vd.pdf
- LE LIEN, ORTHORIQ, SOFCOT. Information sur les risques infectieux opératoires liés au patient avant une chirurgie des os et des articulations et plus particulièrement avant une prothèse articulaire. 2012. [http://www.orthorisq.fr/rc/fr/orthorisq/nws/News/2012/20120216-095109-883/src/nws_fullText/fr/information%20VF2%20\(3\)\(2\).pdf](http://www.orthorisq.fr/rc/fr/orthorisq/nws/News/2012/20120216-095109-883/src/nws_fullText/fr/information%20VF2%20(3)(2).pdf)
- Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle (patients adultes). Actualisation 2010. *Ann Fr Anesth Réan* 2011 ;30:168-90.
- Grammatico-Guillon L, Baron S, Rosset P, Gaborit C, Bernard L, Rusch E, Astagneau P. Intérêt et limites du programme de médicalisation du système d'information dans la surveillance des infections sur prothèse ostéo-articulaire. *Hygiènes* 2015;XXIII(1).
- Grammatico-Guillon L, Baron S, Rosset P, Gaborit C, Bernard L, Rusch E, Astagneau P. Surgical site infection after primary hip and knee arthroplasty: a cohort study using a hospital database. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2015;36(10):1198-207.
- Grammatico-Guillon L, Baron S, Gaborit C, Rusch E, Astagneau P. Quality assessment of hospital discharge database for routine surveillance of hip and knee arthroplasty-related infections. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2014;35:646-51.

Articles retenus pour l'identification des facteurs de risque d'ISO après PTH ou PTG en 2018

- George DA et al. Predicting lower limb periprosthetic joint infections: A review of risk factors and their classification. *World J Orthop* 2017 May 18; 8(5): 400-411 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5434347/pdf/WJO-8-400.pdf>
- Kunutsor et al. ¶Patient-Related Risk Factors for Periprosthetic Joint Infection after Total Joint Arthroplasty: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE* | DOI:10.1371/journal.pone.0150866 March 3, 2016 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4777569/pdf/pone.0150866.pdf>
- Marmor S, Kerroumi Y. Patient-specific risk factors for infection in arthroplasty procedure. *Orthop Traumatol Surg Res*. 2016 Feb;102(1 Suppl):S113-9. http://ac.els-cdn.com/S1877056815003503/1-s2.0-S1877056815003503-main.pdf?_tid=da672aae-5b4b-11e7-bd07-00000aacb360&acdnat=1498576880_a31c504bf8d5c34b2650740904e1ed15
- Zhu et al. Risk factors for periprosthetic joint infection after total joint arthroplasty: a systematic review and meta-analysis. *J Hosp Infect*. 2015;89:82–89. [http://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701\(14\)00343-0/fulltext](http://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701(14)00343-0/fulltext)
- Triantafyllopoulos, et al.. Review Article. Patient, Surgery, and Hospital Related Risk Factors for Surgical Site Infections following Total Hip Arthroplasty. *The ScientificWorld Journal*. Volume 2015 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4446513/pdf/TSWJ2015-979560.pdf>
- S-T. J. Tsang, P. Gaston. Adverse peri-operative outcomes following elective total hip replacement in diabetes mellitus. A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Bone Joint J* 2013;95-B:1474–9. <http://bjj.boneandjoint.org.uk/content/95-B/11/1474.long>
- Chen, J., Cui, Y., Li, X. et al. Risk factors for deep infection after total knee arthroplasty: a meta-analysis. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery*. May 2013, Volume 133, Issue 5, pp 675–687. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00402-013-1723-8>
- Saif Salih and Paul Sutton. Obesity, knee osteoarthritis and knee arthroplasty: a review. *BMC Sports Science, Medicine, and Rehabilitation* 2013, 5:25 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3879025/pdf/2052-1847-5-25.pdf>
- Kerkhoffs, et al. The Influence of Obesity on the Complication Rate and Outcome of Total Knee Arthroplasty. A Meta-Analysis and Systematic Literature Review. *J Bone Joint Surg Am*. 2012;94:1839-44 <file:///C:/Users/Linda/Downloads/1839.pdf>
- E Carlos Rodriguez-Merchan. Review article: Risk factors of infection following total knee arthroplasty. *Journal of Orthopaedic Surgery* 2012;20(2):236-8. <http://www.josonline.org/pdf/v20i2p236.pdf>
- Urquhart et al. Incidence and Risk Factors for Deep Surgical Site Infection After Primary Total Hip Arthroplasty: A Systematic Review. *The Journal of Arthroplasty*. December 2010 Volume 25, Issue 8, Pages 1216–1222.e3 [http://www.arthroplastyjournal.org/article/S0883-5403\(09\)00411-2/pdf](http://www.arthroplastyjournal.org/article/S0883-5403(09)00411-2/pdf)
- Santaguida et al. Patient characteristics affecting the prognosis of total hip and knee joint arthroplasty: a systematic review. *J can chir*, Vol. 51, No 6, décembre 2008 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2592576/pdf/20081200s00004p428.pdf>
- Tischler, Eric H. et al. Smoking Increases the Rate of Reoperation for Infection within 90 Days After Primary Total Joint Arthroplasty. [Journal of Bone & Joint Surgery - American Volume: 15 February 2017](http://www.jbjs.org/doi/pdf/10.1097/BOT.0b013e318150217) - Volume 99 – Issue 4 - p 295–304
- Paxton EW et al. Are There Modifiable Risk Factors for Hospital Readmission After Total Hip Arthroplasty in a US Healthcare System? *Clin Orthop Relat Res*. 2015 Nov;473(11):3446-55. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4586234/pdf/11999_2015_Article_4278.pdf
- Bozic et al.. Risk of Complication and Revision Total Hip Arthroplasty Among Medicare Patients with Different Bearing Surfaces. *Clin Orthop Relat Res* (2010) 468:2357–2362 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2914292/pdf/11999_2010_Article_1262.pdf

Annexes

Tableau 1- Codes CIM-10 de diagnostics d'infection ostéo-articulaire

Code	Libellé
A180	Tuberculose des os et des articulations
A666	Lésions ostéo-articulaires pianiques
B453	Cryptococcose osseuse
B672	Infection osseuse à Echinococcus granulosus
M000	Arthrite et polyarthrite à staphylocoques
M0000	Arthrite et polyarthrite à staphylocoques - Sièges multiples
M0005	Arthrite et polyarthrite à staphylocoques - Articulations de la hanche et sacro-iliaque
M0006	Arthrite et polyarthrite à staphylocoques - Articulation du genou
M0008	Arthrite et polyarthrite à staphylocoques - Autres articulations
M0009	Arthrite et polyarthrite à staphylocoques - Siège non précisé
M001	Arthrite et polyarthrite à pneumocoques
M0010	Arthrite et polyarthrite à pneumocoques - Sièges multiples
M0015	Arthrite et polyarthrite à pneumocoques - Articulations de la hanche et sacro-iliaque
M0016	Arthrite et polyarthrite à pneumocoques - Articulation du genou
M0018	Arthrite et polyarthrite à pneumocoques - Autres articulations
M0019	Arthrite et polyarthrite à pneumocoques - Siège non précisé
M002	Autres arthrites et polyarthrites à streptocoques
M0020	Autres arthrites et polyarthrites à streptocoques - Sièges multiples
M0025	Autres arthrites et polyarthrites à streptocoques - Articulations de la hanche et sacro-iliaque
M0026	Autres arthrites et polyarthrites à streptocoques - Articulation du genou
M0028	Autres arthrites et polyarthrites à streptocoques - Autres articulations
M0029	Autres arthrites et polyarthrites à streptocoques - Siège non précisé
M008	Arthrite et polyarthrite dues à d'autres bactéries précisées
M0080	Arthrite et polyarthrite dues à d'autres bactéries précisées - Sièges multiples
M0085	Arthrite et polyarthrite dues à d'autres bactéries précisées - Articulations de la hanche et sacro-iliaque
M0086	Arthrite et polyarthrite dues à d'autres bactéries précisées - Articulation du genou
M0088	Arthrite et polyarthrite dues à d'autres bactéries précisées - Autres articulations
M0089	Arthrite et polyarthrite dues à d'autres bactéries précisées - Siège non précisé
M009	Arthrite à bactéries pyogènes, sans précision
M0090	Arthrite à bactéries pyogènes, sans précision - Sièges multiples
M0095	Arthrite à bactéries pyogènes, sans précision - Articulations de la hanche et sacro-iliaque
M0096	Arthrite à bactéries pyogènes, sans précision - Articulation du genou
M0098	Arthrite à bactéries pyogènes, sans précision - Autres articulations
M0099	Arthrite à bactéries pyogènes, sans précision - Siège non précisé
M010	Arthrite méningococcique (A39.8)
M0100	Arthrite méningococcique (A39.8) - Sièges multiples
M0105	Arthrite méningococcique (A39.8) - Articulations de la hanche et sacro-iliaque
M0106	Arthrite méningococcique (A39.8) - Articulation du genou
M0108	Arthrite méningococcique (A39.8) - Autres articulations
M0109	Arthrite méningococcique (A39.8) - Siège non précisé

M011	Arthrite tuberculeuse (A18.0)
M0110	Arthrite tuberculeuse (A18.0) - Sièges multiples
M0115	Arthrite tuberculeuse (A18.0) - Articulations de la hanche et sacro-iliaque
M0116	Arthrite tuberculeuse (A18.0) - Articulation du genou
M0118	Arthrite tuberculeuse (A18.0) - Autres articulations
M0119	Arthrite tuberculeuse (A18.0) - Siège non précisé
M012	Arthrite au cours de la maladie de Lyme (A69.2)
M0120	Arthrite au cours de la maladie de Lyme (A69.2) - Sièges multiples
M0125	Arthrite au cours de la maladie de Lyme (A69.2) - Articulations de la hanche et sacro-iliaque
M0126	Arthrite au cours de la maladie de Lyme (A69.2) - Articulation du genou
M0128	Arthrite au cours de la maladie de Lyme (A69.2) - Autres articulations
M0129	Arthrite au cours de la maladie de Lyme (A69.2) - Siège non précisé
M013	Arthrite au cours d'autres maladies bactériennes classées ailleurs
M0130	Arthrite au cours d'autres maladies bactériennes classées ailleurs - Sièges multiples
M0135	Arthrite au cours d'autres maladies bactériennes classées ailleurs - Articulations de la hanche et sacro-iliaque
M0136	Arthrite au cours d'autres maladies bactériennes classées ailleurs - Articulation du genou
M0138	Arthrite au cours d'autres maladies bactériennes classées ailleurs - Autres articulations
M0139	Arthrite au cours d'autres maladies bactériennes classées ailleurs - Siège non précisé
M016	Arthrite au cours de mycoses (B35-B49)
M0160	Arthrite au cours de mycoses (B35-B49) - Sièges multiples
M0165	Arthrite au cours de mycoses (B35-B49) - Articulations de la hanche et sacro-iliaque
M0166	Arthrite au cours de mycoses (B35-B49) - Articulation du genou
M0168	Arthrite au cours de mycoses (B35-B49) - Autres articulations
M0169	Arthrite au cours de mycoses (B35-B49) - Siège non précisé
M018	Arthrite au cours d'autres maladies infectieuses et parasitaires classées ailleurs
M0180	Arthrite au cours d'autres maladies infectieuses et parasitaires classées ailleurs - Sièges multiples
M0185	Arthrite au cours d'autres maladies infectieuses et parasitaires classées ailleurs - Articulations de la hanche et sacro-iliaque
M0186	Arthrite au cours d'autres maladies infectieuses et parasitaires classées ailleurs - Articulation du genou
M0188	Arthrite au cours d'autres maladies infectieuses et parasitaires classées ailleurs - Autres articulations
M0189	Arthrite au cours d'autres maladies infectieuses et parasitaires classées ailleurs - Siège non précisé
M860	Ostéomyélite hématogène aiguë
M8600	Ostéomyélite hématogène aiguë - Sièges multiples
M8605	Ostéomyélite hématogène aiguë - Région pelvienne et cuisse
M8606	Ostéomyélite hématogène aiguë - Jambe
M8608	Ostéomyélite hématogène aiguë - Autres localisations
M8609	Ostéomyélite hématogène aiguë - Siège non précisé
M861	Autres ostéomyélites aiguës
M8610	Autres ostéomyélites aiguës - Sièges multiples
M8615	Autres ostéomyélites aiguës - Région pelvienne et cuisse
M8616	Autres ostéomyélites aiguës - Jambe
M8618	Autres ostéomyélites aiguës - Autres localisations
M8619	Autres ostéomyélites aiguës - Siège non précisé
M862	Ostéomyélite subaiguë

M8620	Ostéomyélite subaiguë - Sièges multiples
M8625	Ostéomyélite subaiguë - Région pelvienne et cuisse
M8626	Ostéomyélite subaiguë - Jambe
M8628	Ostéomyélite subaiguë - Autres localisations
M8629	Ostéomyélite subaiguë - Siège non précisé
M863	Ostéomyélite chronique multiple
M8630	Ostéomyélite chronique multiple - Sièges multiples
M8635	Ostéomyélite chronique multiple - Région pelvienne et cuisse
M8636	Ostéomyélite chronique multiple - Jambe
M8638	Ostéomyélite chronique multiple - Autres localisations
M8639	Ostéomyélite chronique multiple - Siège non précisé
M864	Ostéomyélite chronique avec fistule de drainage
M8640	Ostéomyélite chronique avec fistule de drainage - Sièges multiples
M8645	Ostéomyélite chronique avec fistule de drainage - Région pelvienne et cuisse
M8646	Ostéomyélite chronique avec fistule de drainage - Jambe
M8648	Ostéomyélite chronique avec fistule de drainage - Autres localisations
M8649	Ostéomyélite chronique avec fistule de drainage - Siège non précisé
M865	Autres ostéomyélites hématogènes chroniques
M8650	Autres ostéomyélites hématogènes chroniques - Sièges multiples
M8655	Autres ostéomyélites hématogènes chroniques - Région pelvienne et cuisse
M8656	Autres ostéomyélites hématogènes chroniques - Jambe
M8658	Autres ostéomyélites hématogènes chroniques - Autres localisations
M8659	Autres ostéomyélites hématogènes chroniques - Siège non précisé
M866	Autres ostéomyélites chroniques
M8660	Autres ostéomyélites chroniques - Sièges multiples
M8665	Autres ostéomyélites chroniques - Région pelvienne et cuisse
M8666	Autres ostéomyélites chroniques - Jambe
M8668	Autres ostéomyélites chroniques - Autres localisations
M8669	Autres ostéomyélites chroniques - Siège non précisé
M868	Autres ostéomyélites
M8680	Autres ostéomyélites - Sièges multiples
M8685	Autres ostéomyélites - Région pelvienne et cuisse
M8686	Autres ostéomyélites - Jambe
M8688	Autres ostéomyélites - Autres localisations
M8689	Autres ostéomyélites - Siège non précisé
M869	Ostéomyélite, sans précision
M8690	Ostéomyélite, sans précision - Sièges multiples
M8695	Ostéomyélite, sans précision - Région pelvienne et cuisse
M8696	Ostéomyélite, sans précision - Jambe
M8698	Ostéomyélite, sans précision - Autres localisations
M8699	Ostéomyélite, sans précision - Siège non précisé
M900	Tuberculose osseuse (A18.0)
M9000	Tuberculose osseuse (A18.0) - Sièges multiples
M9005	Tuberculose osseuse (A18.0) - Région pelvienne et cuisse

M9006	Tuberculose osseuse (A18.0) - Jambe
M9008	Tuberculose osseuse (A18.0) - Autres localisations
M9009	Tuberculose osseuse (A18.0) - Siège non précisé
M901	Périostite au cours d'autres maladies infectieuses classées ailleurs
M9010	Périostite au cours d'autres maladies infectieuses classées ailleurs - Sièges multiples
M9015	Périostite au cours d'autres maladies infectieuses classées ailleurs - Région pelvienne et cuisse
M9016	Périostite au cours d'autres maladies infectieuses classées ailleurs - Jambe
M9018	Périostite au cours d'autres maladies infectieuses classées ailleurs - Autres localisations
M9019	Périostite au cours d'autres maladies infectieuses classées ailleurs - Siège non précisé
M902	Ostéopathie au cours d'autres maladies infectieuses classées ailleurs
M9020	Ostéopathie au cours d'autres maladies infectieuses classées ailleurs - Sièges multiples
M9025	Ostéopathie au cours d'autres maladies infectieuses classées ailleurs - Région pelvienne et cuisse
M9026	Ostéopathie au cours d'autres maladies infectieuses classées ailleurs - Jambe
M9028	Ostéopathie au cours d'autres maladies infectieuses classées ailleurs - Autres localisations
M9029	Ostéopathie au cours d'autres maladies infectieuses classées ailleurs - Siège non précisé

Tableau 2- Codes T de complication

Code Cim-10	Libellé du code T à utiliser pour la détection d'une ISO après PTH ou PTG
T84.5	Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse articulaire interne
T84.6	Infection et réaction inflammatoire dues à un appareil de fixation interne [toute localisation]
T84.7	Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes orthopédiques internes
T84.0	Complication mécanique d'une prothèse articulaire interne
T84.1	Complication mécanique d'une prothèse interne de fixation d'os d'un membre

Tableau 3A- Codes CCAM d'actes thérapeutiques d'ISO hors synovectomie et hors reprise de prothèse totale (à utiliser pour la détection des ISO durant le séjour de pose ET durant une réhospitalisation)

Code CCAM	Libellé	Localisation
NFJA001	Nettoyage de l'articulation du genou, par arthrotomie	Genou
NFJA002	Évacuation de collection de l'articulation du genou par arthrotomie	Genou
NFJC001	Nettoyage de l'articulation du genou par arthroscopie	Genou
NFJC002	Évacuation de collection de l'articulation du genou par arthroscopie	Genou
NZJB001	Évacuation de collection articulaire du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage	Genou/Hanche

Tableau 3B Codes CCAM d'actes thérapeutiques de synovectomie (à utiliser pour la détection des ISO durant une réhospitalisation)

Code CCAM	Libellé	Localisation
NFFC001	Synovectomie du genou, par arthroscopie antérieure et par arthroscopie postérieure	Genou
NFFC002	Synovectomie antérieure du genou, par arthroscopie	Genou
NFFA002	Synovectomie du genou, par arthrotomie antérieure et par arthrotomie postérieure sans changement de position du patient	Genou
NFFA004	Synovectomie antérieure du genou, par arthrotomie	Genou
NFFA005	Synovectomie antérieure du genou par arthroscopie avec synovectomie postérieure par arthrotomie, sans changement de position	Genou
NFFA006	Synovectomie du genou, par arthrotomie antérieure et par arthrotomie postérieure avec changement de position du patient	Genou

Tableau 3C- Codes CCAM d'actes thérapeutiques de reprise de prothèse (changement, repose ou ablation de prothèse de genou) (à utiliser pour la détection des ISO durant une réhospitalisation)

Code CCAM	Libellé	Localisation
NFKA004-01	Changement de l'insert d'une prothèse unicompartmentaire ou tricompartmentaire du genou droit	Genou
NFKA004-02	Changement de l'insert d'une prothèse unicompartmentaire ou tricompartmentaire du genou gauche	Genou
NFKA001-01	Changement d'une prothèse tricompartmentaire du genou droit, sans reconstruction osseuse	Genou
NFKA001-02	Changement d'une prothèse tricompartmentaire du genou gauche, sans reconstruction osseuse	Genou
NFKA002-01	Changement d'une prothèse tricompartmentaire du genou droit, avec reconstruction osseuse	Genou
NFKA002-02	Changement d'une prothèse tricompartmentaire du genou gauche, avec reconstruction osseuse	Genou

Tableau 3D- Code CCAM d'actes diagnostiques d'ISO (à utiliser durant le séjour de pose ET durant une réhospitalisation)

Code CCAM	Libellé	Localisation H/G
NAHB001	Biopsie unicorticale de l'os coxal, par voie transcutanée	Hanche
NAHA001	Biopsie de la corticale interne de l'os coxal, par abord direct	Hanche
NAHA002	Biopsie de la corticale externe de l'os coxal, par abord direct	Hanche
NEHA001	Biopsie d'une articulation de la ceinture pelvienne [du bassin], par abord direct	Hanche
NEHA002	Biopsie de l'articulation coxofémorale, par abord direct	Hanche
NZHA001	Biopsie d'un os et/ou d'une articulation du membre inférieur, par abord direct	Genou /Hanche
NZHB001	Biopsie d'un os et/ou d'une articulation du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage	Genou /Hanche
NZHB002	Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage	Genou /Hanche
NZHH001	Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre inférieur, par voie transcutanée avec guidage scanographique	Genou /Hanche
NZHH002	Biopsie d'un os et/ou d'une articulation du membre inférieur, par voie transcutanée avec guidage scanographique	Genou /Hanche
NZHH003	Biopsie d'un os et/ou d'une articulation du membre inférieur, par voie transcutanée avec guidage radiologique	Genou /Hanche
NZHH004	Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre inférieur, par voie transcutanée avec guidage radiologique	Genou /Hanche

Tableau 4A- Actes de chirurgie et actes interventionnels sur la hanche

Code CCAM	Libellé
NAHA002	Biopsie de la corticale externe de l'os coxal, par abord direct
NAHA001	Biopsie de la corticale interne de l'os coxal, par abord direct
NEHA002	Biopsie de l'articulation coxofémorale, par abord direct
NEQC001	Exploration de l'articulation coxofémorale, par arthroscopie
NFQC001	Exploration de l'articulation du genou, par arthroscopie
NAEP002	Réduction orthopédique extemporanée de fracture et/ou de luxation de la ceinture pelvienne [du bassin]
NAEP001	Réduction orthopédique progressive de fracture et/ou de luxation de la ceinture pelvienne [du bassin], par traction continue ou suspension
NACB001	Ostéosynthèse de fracture ou de fracture-luxation de la ceinture pelvienne [du bassin], à foyer fermé

<i>NACA001</i>	Ostéosynthèse unifocale de fracture ou de fracture-luxation de la ceinture pelvienne [du bassin], à foyer ouvert
<i>NACA002</i>	Ostéosynthèse plurifocale de fracture ou de fracture-luxation de la ceinture pelvienne [du bassin], à foyer ouvert
<i>NACA005</i>	Ostéosynthèse de fracture de l'acétabulum, par abord postérieur
<i>NACA003</i>	Ostéosynthèse de fracture de l'acétabulum, par abord antérieur
<i>NACA004</i>	Ostéosynthèse de fracture des colonnes antérieure et postérieure de l'acétabulum, par un ou deux abords
<i>NAPA004</i>	Ostéotomie supraacétabulaire de l'os coxal par une section
<i>NAPA003</i>	Ostéotomie supraacétabulaire de l'os coxal par une section, avec ostéoplastie supraacétabulaire par butée
<i>NAPA005</i>	Ostéotomie supraacétabulaire de l'os coxal par une section, avec capsuloplastie
<i>NAPA001</i>	Ostéotomie supraacétabulaire de l'os coxal par une section, avec ostéotomie du fémur
<i>NAPA007</i>	Ostéotomie extraacétabulaire de l'os coxal par plusieurs sections
<i>NAPA002</i>	Ostéotomie extraacétabulaire de l'os coxal par plusieurs sections, avec capsuloplastie
<i>NAPA008</i>	Ostéotomie extraacétabulaire de l'os coxal par plusieurs sections, avec ostéotomie du fémur
<i>NAPA006</i>	Ostéotomie périacétabulaire de l'os coxal
<i>NAFA002</i>	Exérèse partielle de l'os coxal sans interruption de la continuité, par abord direct
<i>NAGA003</i>	Évidement de l'os coxal sans comblement, par abord direct
<i>NAGA002</i>	Évidement de l'os coxal avec comblement, par abord direct
<i>NAFA004</i>	Réséction partielle de l'aile iliaque ou du cadre obturateur n'interrompant pas la continuité de l'anneau pelvien
<i>NAFA006</i>	Réséction complète "en bloc" de l'aile iliaque ou du cadre obturateur interrompant la continuité de l'anneau pelvien
<i>NAFA003</i>	Réséction complète "en bloc" partielle ou totale d'un os coxal [hémibassin] emportant l'acétabulum
<i>NAFA001</i>	Réséction "en bloc" de l'os coxal ou du fémur avec arthrectomie monobloc de hanche
<i>NAMA002</i>	Reconstruction de l'os coxal [hémibassin] après réséction de la zone acétabulaire, sans prothèse coxale
<i>NAGA001</i>	Ablation de matériel d'ostéosynthèse de l'acétabulum ou de l'os coxal, par abord direct
<i>NBEP002</i>	Réduction orthopédique extemporanée de fracture-décollement de l'épiphyse distale du fémur
<i>NBEP001</i>	Réduction orthopédique progressive de fracture du fémur, par traction continue collée
<i>NBEB001</i>	Réduction orthopédique progressive de fracture du fémur, par traction continue transosseuse
<i>NBCA012</i>	Ostéosynthèse de fracture parcellaire de la tête du fémur, par arthrotomie
<i>NBCA005</i>	Ostéosynthèse de fracture intracapsulaire du col [transcervicale] du fémur, de décollement épiphysaire ou d'épiphysiolyse de l'extrémité proximale du fémur
<i>NBCA010</i>	Ostéosynthèse de fracture extracapsulaire du col du fémur
<i>NBCA008</i>	Ostéosynthèse de fracture du grand trochanter
<i>NBCA004</i>	Ostéosynthèse du grand trochanter pour pseudarthrose
<i>NBCA009</i>	Ostéosynthèse de fractures homolatérales du col et de la diaphyse du fémur
<i>NBCA006</i>	Ostéosynthèse de fracture infratrochantérienne ou trochantérodiaphysaire du fémur
<i>NBCB001</i>	Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse du fémur par fixateur externe ou broche, à foyer fermé
<i>NBCB002</i>	Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse du fémur par matériel centromédullaire sans verrouillage distal, à foyer fermé
<i>NBCB004</i>	Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse du fémur par matériel centromédullaire avec verrouillage distal, à foyer fermé
<i>NBCA007</i>	Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse du fémur, à foyer ouvert
<i>NBCB006</i>	Ostéosynthèse de fracture ou de décollement épiphysaire de l'extrémité distale du fémur, à foyer fermé
<i>NBCA014</i>	Ostéosynthèse de fracture supracondyloire extraarticulaire du fémur, à foyer ouvert

NBCA015	Ostéosynthèse de fracture simple supracondyloire et intercondyloire du fémur, à foyer ouvert
NBCA003	Ostéosynthèse de fracture complexe supracondyloire et intercondyloire du fémur, à foyer ouvert
NBCA013	Ostéosynthèse de fracture d'un condyle fémoral, à foyer ouvert
NFDC001	Fixation de fragment ostéochondral intraarticulaire du genou, par arthroscopie
NFDA009	Fixation de fragment ostéochondral intraarticulaire du genou, par arthrotomie
NBCB005	Ostéosynthèse préventive du fémur pour lésion ostéolytique, à foyer fermé
NBCA011	Ostéosynthèse préventive du fémur pour lésion ostéolytique, à foyer ouvert
NBPA019	Ostéotomie intraarticulaire du col du fémur
NBPA014	Ostéotomie du grand trochanter
NBPA020	Ostéotomie intertrochantérienne ou infratrochantérienne du fémur
NBPA013	Ostéotomie basicervicale du fémur
NBPA018	Ostéotomie unilatérale de valgisation-translation du col du fémur pour dysplasie congénitale
NBPA006	Ostéotomie bilatérale de valgisation-translation du col du fémur pour dysplasie congénitale
NBFA001	Exérèse partielle du fémur sans interruption de la continuité, par abord direct
NBGA002	Évidement du fémur sans comblement, par abord direct
NBGA006	Évidement du fémur avec comblement, par abord direct
NBGA003	Évidement de l'extrémité proximale du fémur en présence d'un cartilage épiphysaire actif sans comblement, par abord direct
NBGA005	Évidement de l'extrémité proximale du fémur en présence d'un cartilage épiphysaire actif avec comblement, par abord direct
NBGA004	Évidement de l'extrémité distale du fémur et/ou de l'extrémité proximale du tibia en présence d'un cartilage épiphysaire actif sans comblement, par abord direct
NBGA001	Évidement de l'extrémité distale du fémur et/ou de l'extrémité proximale du tibia en présence d'un cartilage épiphysaire actif avec comblement, par abord direct
NBFA003	Réséction partielle d'une extrémité et/ou de la diaphyse du fémur sans interruption de la continuité osseuse
NBFA004	Réséction de la tête et du col du fémur sans interposition capsulaire ou aponévrotique
NBFA008	Réséction de la tête et du col du fémur avec interposition capsulaire et/ou aponévrotique
NBFA002	Réséction segmentaire du fémur avec ostéosynthèse, pour pseudarthrose congénitale
NBFA006	Réséction segmentaire du fémur avec ostéosynthèse et transfert axial progressif d'un fragment osseux, pour pseudarthrose congénitale
NBFA007	Réséction "en bloc" d'une extrémité et/ou de la diaphyse du fémur
NBMA003	Reconstruction du fémur par greffe ou matériau inerte non prothétique, après réséction partielle d'une extrémité et/ou de la diaphyse
NBMA001	Reconstruction du fémur par greffe ou matériau inerte non prothétique, après réséction "en bloc" d'une extrémité et/ou de la diaphyse
NBDA004	Épiphysiodèse au genou, par un abord direct
NBDA013	Épiphysiodèse au genou, par plusieurs abords directs
NBGA015	Désépiphysiodèse au fémur ou au tibia
NBGA010	Désépiphysiodèse centrale ou périphérique au fémur ou au tibia, avec ostéotomie
NBGA007	Ablation de matériel d'ostéosynthèse du fémur, par abord direct
NBPA016	Décortication du fémur pour pseudarthrose
NBPA005	Décortication du fémur avec ostéosynthèse pour pseudarthrose
NBCB003	Perforation, forage, ou injection intraosseuse au niveau de la tête du fémur, par voie transcutanée
NBCA002	Ostéosynthèse de fracture simple de la patelle, à foyer ouvert
NBCA001	Ostéosynthèse de fracture complexe de la patelle, à foyer ouvert

NBFA005	Patellectomie partielle, par abord direct
NBFA009	Patellectomie totale, par abord direct
NBMA002	Patelloplastie modelante ostéochondrale [Résection arthroplastique de la rotule]
NEJB001	Évacuation de collection de l'articulation coxofémorale, par voie transcutanée
NEJA002	Évacuation de collection de l'articulation coxofémorale, par arthrotomie
NEJA004	Évacuation de collection périprothétique de l'articulation coxofémorale, par arthrotomie
NEEP006	Réduction orthopédique progressive d'une hanche instable non traumatique par harnais
NEEP007	Réduction orthopédique d'une luxation traumatique de l'articulation coxofémorale, avec pose de traction continue
NEEP004	Réduction orthopédique d'une luxation traumatique de l'articulation coxofémorale, avec contention par appareillage rigide pelvipédieux
NEEP005	Réduction orthopédique d'une luxation traumatique de l'articulation coxofémorale, avec fracture ou décollement épiphysaire de la tête du fémur
NEEP002	Réduction orthopédique d'une luxation de prothèse de l'articulation coxofémorale
NEEA004	Réduction d'une hanche instable non traumatique, par arthrotomie
NEEA001	Réduction d'une luxation traumatique de l'articulation coxofémorale, par arthrotomie
NEEA003	Réduction d'une luxation traumatique de l'articulation coxofémorale avec ostéosynthèse de fracture de la tête du fémur, par arthrotomie
NEEA002	Réduction d'une luxation de prothèse de l'articulation coxofémorale, par arthrotomie
NEJC001	Nettoyage de l'articulation coxofémorale, par arthroscopie
NEJA001	Nettoyage de l'articulation coxofémorale, par arthrotomie
NEDA001	Arthrodèse coxofémorale, par arthrotomie
NEMA021	Ostéoplastie supraacétabulaire de l'os coxal par butée, ou acétabuloplastie
NEMA003	Ostéoplastie supraacétabulaire de l'os coxal par butée, avec ostéotomie extraarticulaire de l'extrémité proximale du fémur
NEMA017	Ostéoplastie supraacétabulaire de l'os coxal par butée, avec ostéotomie du grand trochanter
NEDA002	Stabilisation d'une prothèse totale de l'articulation coxofémorale par pose de butée supraacétabulaire en matériau inerte, abaissement du grand trochanter et/ou changement de la tête ou du col amovible
NEMA020	Acétabuloplastie avec ostéotomie du fémur
NEMA018	Arthroplastie coxofémorale par cupule fémorale
NEKA018	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse fémorale cervicocéphalique
NEKA011	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse fémorale cervicocéphalique et cupule mobile
NELA003	Pose d'une pièce acétabulaire chez un patient porteur d'une prothèse fémorale cervicocéphalique homolatérale
NEKA020	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale
NEKA012	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec reconstruction acétabulaire ou fémorale par greffe
NEKA014	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec renfort métallique acétabulaire
NEKA010	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec renfort métallique acétabulaire et reconstruction fémorale par greffe
NEKA016	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec ostéotomie de la diaphyse du fémur
NEKA017	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec abaissement de la tête du fémur dans le paléoacétabulum [paléocotyle]
NEKA021	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec abaissement de la tête du fémur dans le paléoacétabulum [paléocotyle] et ostéotomie de réaxation ou d'alignement du fémur

NEKA015	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale après ostéosynthèse, ostéotomie ou prothèse cervicocéphalique du fémur
NEKA013	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale après arthrodèse coxofémorale
NEKA019	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale après arthrodèse coxofémorale, avec renfort métallique acétabulaire
NEGA005	Ablation d'une prothèse fémorale cervicocéphalique
NEGA002	Ablation d'une prothèse totale de hanche
NEGA003	Ablation d'une prothèse totale de hanche avec coaptation trochantéro-iliaque
NEGA001	Ablation d'une prothèse totale de hanche avec reconstruction osseuse de l'acétabulum et/ou du fémur
NEKA022	Changement d'une prothèse fémorale cervicocéphalique pour une prothèse totale de hanche
NEKA004	Changement de l'insert acétabulaire d'une prothèse totale de hanche
NEKA009	Changement de la pièce acétabulaire ou fémorale d'une prothèse totale de hanche, sans reconstruction osseuse
NEKA002	Changement de la pièce acétabulaire ou fémorale d'une prothèse totale de hanche, avec reconstruction osseuse de l'acétabulum ou du fémur
NEKA007	Changement de la pièce acétabulaire ou fémorale d'une prothèse totale de hanche, avec reconstruction osseuse par greffes compactées sans ostéosynthèse
NEKA005	Changement de la pièce acétabulaire ou fémorale d'une prothèse totale de hanche, avec ostéosynthèse de l'acétabulum ou du fémur
NEKA003	Changement des pièces acétabulaire et fémorale d'une prothèse totale de hanche, sans reconstruction osseuse
NEKA008	Changement des pièces acétabulaire et fémorale d'une prothèse totale de hanche, avec reconstruction ou ostéosynthèse de l'acétabulum ou du fémur
NEKA006	Changement des pièces acétabulaire et fémorale d'une prothèse totale de hanche, avec reconstruction et ostéosynthèse de l'acétabulum et/ou du fémur
NEKA001	Changement des pièces acétabulaire et fémorale d'une prothèse totale de hanche, avec reconstruction par greffes compactées sans ostéosynthèse
NELA002	Repose d'une prothèse totale de l'articulation coxofémorale, sans reconstruction osseuse
NELA001	Repose d'une prothèse totale de l'articulation coxofémorale, avec reconstruction osseuse
NEFA001	Réséction de l'articulation coxofémorale avec coaptation trochantéro-iliaque ou fémoro-iliaque
NEMA013	Reconstruction osseuse de la hanche après résection "en bloc" de l'os coxal [hémibassin], avec fixation du fémur à l'os coxal
NEMA011	Reconstruction de l'articulation coxofémorale par prothèse massive ou sur mesure, après perte de substance segmentaire au niveau de la hanche ou de l'os coxal
NEPA001	Libération mobilisatrice de l'articulation coxofémorale, par arthrotomie
NEFC001	Synovectomie coxofémorale, par arthroscopie
NEFA004	Synovectomie coxofémorale, par arthrotomie par un abord
NEFA003	Synovectomie coxofémorale, par arthrotomie par 2 abords dont un abord postérieur

Tableau 4B- Actes de chirurgie et actes interventionnels sur le genou

Code CCAM	Libellé
NFJC002	Évacuation de collection de l'articulation du genou, par arthroscopie
NFJA002	Évacuation de collection de l'articulation du genou, par arthrotomie
NFEP002	Réduction orthopédique d'une luxation ou d'une luxation-fracture de l'articulation fémorotibiale
NFJC001	Nettoyage de l'articulation du genou, par arthroscopie

NFJA001	Nettoyage de l'articulation du genou, par arthrotomie
NFDA002	Arthrodèse fémorotibiale, par arthrotomie
NFDA003	Arthrodèse fibulotibiale proximale, par arthrotomie
NFKA009	Remplacement de l'articulation du genou par prothèse à charnière fixe ou rotatoire
NFKA006	Remplacement de l'articulation du genou par prothèse unicompartmentaire fémorotibiale ou fémoropatellaire
NFKA007	Remplacement de l'articulation du genou par prothèse tricompartmentaire sur une déformation inférieure ou égale à 10° dans le plan frontal
NFKA008	Remplacement de l'articulation du genou par prothèse tricompartmentaire sur une déformation supérieure à 10° dans le plan frontal
NFGA002	Ablation d'une prothèse du genou
NFGA001	Ablation d'une prothèse du genou avec arthrodèse
NFKA004	Changement de l'insert d'une prothèse unicompartmentaire ou tricompartmentaire du genou
NFKA003	Changement d'une prothèse unicompartmentaire du genou
NFKA005	Changement d'une prothèse unicompartmentaire du genou pour une prothèse tricompartmentaire
NFKA001	Changement d'une prothèse tricompartmentaire du genou, sans reconstruction osseuse
NFKA002	Changement d'une prothèse tricompartmentaire du genou, avec reconstruction osseuse
NFLA002	Repose d'une prothèse articulaire du genou, sans reconstruction osseuse
NFLA001	Repose d'une prothèse articulaire du genou, avec reconstruction osseuse
NFMA013	Reconstruction osseuse du genou après perte de substance segmentaire, avec arthrodèse et ostéosynthèse
NFMA006	Reconstruction de l'articulation du genou par prothèse massive ou sur mesure, après perte de substance segmentaire
NFPC002	Libération mobilisatrice de l'articulation du genou, par arthroscopie
NFPA001	Libération mobilisatrice de l'articulation du genou, par arthrotomie
NFPA003	Libération mobilisatrice de l'articulation du genou par arthroscopie ou arthrotomie, avec libération complète du quadriceps
NFFC002	Synovectomie antérieure du genou, par arthroscopie
NFFA004	Synovectomie antérieure du genou, par arthrotomie
NFFA005	Synovectomie antérieure du genou par arthroscopie avec synovectomie postérieure par arthrotomie, sans changement de position
NFFC001	Synovectomie du genou, par arthroscopie antérieure et par arthroscopie postérieure
NFFA002	Synovectomie du genou, par arthrotomie antérieure et par arthrotomie postérieure sans changement de position du patient
NFFA006	Synovectomie du genou, par arthrotomie antérieure et par arthrotomie postérieure avec changement de position du patient
NFCC002	Suture ou réinsertion du ligament croisé antérieur du genou, par arthroscopie
NFCA001	Suture ou réinsertion du ligament croisé antérieur du genou, par arthrotomie
NFCA004	Suture ou réinsertion du ligament croisé antérieur et d'élément capsuloligamentaire périarticulaire du genou, par arthrotomie
NFCC001	Suture ou réinsertion du ligament croisé postérieur du genou, par arthroscopie
NFCA006	Suture ou réinsertion du ligament croisé postérieur du genou, par arthrotomie
NFCA005	Suture ou réinsertion du ligament croisé postérieur et d'élément capsuloligamentaire périarticulaire du genou, par arthrotomie

NFCA003	Suture ou réinsertion des ligaments croisés et d'élément capsuloligamentaire périarticulaire du genou, par arthrotomie
NFMC003	Reconstruction du ligament croisé antérieur du genou par autogreffe, par arthroscopie
NFMA004	Reconstruction du ligament croisé antérieur du genou par autogreffe, par arthrotomie
NFMC002	Reconstruction du ligament croisé postérieur du genou par autogreffe sans renforcement synthétique, par arthroscopie
NFMA010	Reconstruction du ligament croisé postérieur du genou par autogreffe sans renforcement synthétique, par arthrotomie
NFMC005	Reconstruction itérative du ligament croisé postérieur du genou par ligament synthétique, par arthroscopie
NFMA008	Reconstruction itérative du ligament croisé postérieur du genou par ligament synthétique, par arthrotomie
NFMC001	Reconstruction des ligaments croisés du genou, par arthroscopie
NFMA011	Reconstruction des ligaments croisés du genou, par arthrotomie
NFCA002	Suture ou réinsertion de la capsule articulaire du genou, par abord direct
NFMA005	Capsulo-myo-ténoplastie du genou pour recentrage de la patelle, par arthrotomie
NFMA002	Plastie ligamentaire extraarticulaire latérale du genou avec le fascia lata, par abord direct
NFPC001	Section du rétinaculum patellaire latéral [aileron rotulien externe], par arthroscopie
NFPA002	Section du rétinaculum patellaire latéral [aileron rotulien externe], par arthrotomie
NFPA004	Section du rétinaculum patellaire latéral [aileron rotulien externe] avec ostéotomie de la surface patellaire [trochlée] du fémur, par arthrotomie
NFFC004	Ménissectomie latérale ou médiale du genou, par arthroscopie
NFFA003	Ménissectomie latérale ou médiale du genou, par arthrotomie
NFFC003	Ménissectomies latérale et médiale du genou, par arthroscopie
NFFA001	Ménissectomies latérale et médiale du genou, par arthrotomie
NFEC002	Réinsertion ou suture d'un ménisque du genou, par arthroscopie
NFEA002	Réinsertion ou suture d'un ménisque du genou, par arthrotomie
NFEC001	Réinsertion ou suture des 2 ménisques du genou, par arthroscopie
NFEA001	Réinsertion ou suture des 2 ménisques du genou, par arthrotomie

Tableau 5- Facteurs de risque utilisés dans le modèle de standardisation

Variables à tester	Identification dans le PMSI
Sexe	Sexe (séjour de pose de la prothèse totale)
Obésité morbide ≥ 35 Kg/m²	Identifié dans l'année précédant l'entrée dans le séjour de pose en DP et/ou DA, ou dans le séjour de pose en DA par les codes CIM-10 : E66.05, E66.06, E66.07, E66.15, E66.16, E66.17, E66.25, E66.26, E66.27, E66.85, E66.86, E66.87, E66.95, E66.96, E66.97
Malnutrition	Identifié dans l'année précédant l'entrée dans le séjour de pose en DP et/ou DA, ou dans le séjour de pose en DA par les codes CIM-10 : E40-E44, E46
Diabète	Identifié dans l'année précédant l'entrée dans le séjour de pose en DP et/ou DA, ou dans le séjour de pose en DA par les codes CIM-10 : E10, E11, E12, E13, E14
Tumeur maligne active	Identifié dans le séjour de pose en DA ou dans les séjours du suivi en DP ou DA par les codes CIM-10 : C00-C97, D37-D48 Identifié dans l'année précédant le séjour de pose ou dans le suivi Z51.1 Séance de chimiothérapie pour tumeur codée en DP

Antécédent de polyarthrite inflammatoire	Identifié dans l'année précédant l'entrée dans le séjour de pose en DP et/ou DA, ou dans le séjour de pose en DA par les codes CIM-10 : M05-M14 à l'exception de M06.2, M06.3, M12.4 et M12.5
Maladie avec déficit immunitaire et/ou Cirrhose	Identifié dans l'année précédant l'entrée dans le séjour de pose en DP et/ou DA, ou dans le séjour de pose en DA par les codes CIM-10 : B20-B24, D80-D84 K70.0, K70.3, K71.7, K74.x
Antécédent d'infection des os et des articulations	Identifié dans l'année précédant l'entrée dans le séjour de pose en DP et/ou DA par les codes CIM-10 : Identifié dans l'année précédant l'entrée dans le séjour de pose en DP et/ou DA par les codes CIM-10: cf. Liste des ISO de la liste ATIH 77 et D0820 + codes T84.5, T84.6 et T84.7 de complication infectieuse orthopédique spécifique et non spécifiques en DAS
Antécédent de chirurgie/arthroscopies de la hanche et genou	Identifié dans l'année précédant l'entrée dans le séjour de pose par les actes CCAM (Cf. Liste de codes CCAM d'actes invasifs sur la hanche et le genou)
Insuffisance rénale chronique	Identifié dans l'année précédant l'entrée dans le séjour de pose en DP et/ou DA, ou dans le séjour de pose en DA par les codes CIM-10 N18 ; ou identifié dans l'année précédant l'entrée dans le séjour de pose par le GHM 11K02.
Antécédent de séjour de durée prolongée	Identifié dans l'année précédant l'entrée dans le séjour de pose par : <ul style="list-style-type: none"> - au moins 1 séjour d'hospitalisation en SSR, - ou au moins 1 séjour de durée de séjour ≥ 4 jours en MCO - ou au moins 1 séjour en HAD NB : chainage avec PMSI HAD et SSR nécessaire.
Facteurs socio-économiques	Identifié dans l'année précédant l'entrée dans le séjour de pose ou dans le séjour de pose en DA par les codes CIM-10 : Z59

Indicateur de résultats en chirurgie ambulatoire Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins « Réhospitalisations entre 1 et 3 jours après intervention pour affection non lithiasique en ambulatoire »	
Définition	Mesure des réhospitalisations entre 1 et 3 jours après une intervention par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques, en ambulatoire, en dehors de l'urgence et avec une sortie le jour même vers le lieu de résidence (Cf. Population cible).
Importance du thème	<p>Les réhospitalisations précoces après une chirurgie en ambulatoire représentent un des enjeux de sécurité pour le patient, dans un contexte de déploiement important de cette activité avec un objectif fixé à 70% pour 2022 (et à 80 % selon les préconisations récentes du Haut Conseil de santé publique).</p> <p>La mesure des réhospitalisations entre 1 et 3 jours, représente un levier pour l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients hospitalisés pour une chirurgie programmée en ambulatoire car :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elles ont lieu dans un délai court qui correspond au gain attendu de durée de séjour par comparaison à son alternative : l'hospitalisation conventionnelle. • Elles sont à ce délai majoritairement non programmées et donc potentiellement en lien avec les pratiques cliniques et organisationnelles - éligibilité, autorisation de sortie, lettre de liaison, contact J+1-J+3 -. • Elles concernent principalement des complications médicales communes à toute chirurgie (douleur, hémorragie-hématome, infection...), pour lesquelles des actions d'amélioration sont possibles.
Objectif	L'utilisation de cet indicateur permet d'identifier les causes des réhospitalisations non programmées qui sont potentiellement évitables, et de mettre en place des actions d'amélioration efficaces, au bénéfice du service rendu aux patients.
Type d'indicateur	Indicateur de qualité et de sécurité des soins de type résultats
Utilisations	<ul style="list-style-type: none"> • Pilotage interne 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).
Source de données	PMSI en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO)
Validation	<p>La mesure des réhospitalisations toutes causes entre 1 et 3 jours après une chirurgie ambulatoire a été validée avec un groupe de travail multidisciplinaire (professionnels de santé, expert en information médicale, patient et usager) et avec l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).</p> <p>La fiabilité de l'indicateur pour détecter les réhospitalisations toutes causes entre 1 et 3 jours après chirurgie ambulatoire a été validée avec une valeur prédictive positive de 93% (au cours de 2 retours aux dossiers réalisés sur les données 2015</p>

	<p>et 2018).</p> <p>La pertinence pour l'amélioration de la mesure des réhospitalisations après intervention par voie transurétrale ou transcutanée pour affection non lithiasique a été validée sur la base du retour aux dossiers 2019-2020 réalisé sur les données 2018 et des données nationales du PMSI MCO 2018 (Cf. Rapport HAS, Juin 2022).</p>
Mode de recueil	Algorithme HAS appliqué au PMSI MCO chaîné, calculs réalisés par l'ATIH, puis contrôlés par la HAS.
Population cible	<p>Séjours de patients terminés entre le 1er janvier et le 28 décembre d'une année donnée, après exclusion des séjours mal chaînés, des séances et des séjours en erreur, correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous :</p> <p><u>Critères d'inclusion du séjour de chirurgie ambulatoire :</u> Séjours index de patients avec chirurgie réalisée en ambulatoire, hors provenance des urgences et hors provenance d'un établissement (mutation, prestation inter-établissements, transfert) ET sortis vivants vers leur lieu de résidence (domicile ou structure d'hébergement médico-sociale) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Séjour dans le GHM 11C13 « Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques, en ambulatoire » • Durée de séjour à 0 jour • Mode d'entrée domicile hors urgences (=8 et provenance différente de 5) • Mode de sortie domicile (=8) • Age ≥ 6 mois <p><u>Critères d'exclusion du séjour de chirurgie ambulatoire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Séjour en erreur de groupage • Séances • Séjours de patient mal chaînés • CMD 14 (Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum, hors IVG non médicamenteuse) • Séjours pour IVG médicamenteuse (Acte CCAM JNJP001) • CMD 15 (Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale) • 1er UM = unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) 07A UHCD générales ou 07B UHCD pédiatriques ou réanimation ou soins intensifs ou soins de surveillance continue • Prestation inter-établissements (séjour B) • Séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite : Z53.2. • Séjours de patients décédés au cours du séjour index
Evènement détecté	<p><u>Critères d'inclusion du séjour de réhospitalisation :</u> Nombre de séjours de la population cible avec une réhospitalisation, dans le même établissement ou dans un autre établissement MCO, entre 1 et 3 jours après la sortie à J0 vers le lieu de résidence. S'il y a plusieurs réhospitalisations, c'est la 1ère qui est prise en compte.</p> <p><u>Critères d'exclusion du séjour de réhospitalisation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Séances de la CMD 28, et séjours de la CMD 90 • Insuffisance rénale, avec dialyse (GHM 11K02) de la 1ère UM ou du séjour de réhospitalisation (N17 Insuffisance rénale aiguë) • Chimiothérapie pour leucémie aiguë (GHM 17M05) • Chimiothérapie pour autre tumeur (GHM 17M06) • Chimiothérapie pour affections non tumorales (GHM 23M09) • Autres irradiations (GHM 17K04)

	<ul style="list-style-type: none"> • Curiethérapies de prostate (GHM 17K05) • Autres curiethérapies et irradiations internes (GHM 17K06) • Autres curiethérapies (GHM 17K08) • Irradiations internes (GHM 17K09) • Prestation inter-établissements (séjour B) • Séjours de réhospitalisation avec un acte CCAM d'accouchement par voie naturelle ou par césarienne : JQGD001, JQGD002, JQGD003, JQGD004, JQGD005, JQGD007, JQGD008, JQGD010, JQGD012, JQGD013, JQGA002, JQGA003, JQGA004, JQGA005
Nature de l'indicateur	Indicateur exprimé sous forme de ratio standardisé du nombre observé sur le nombre attendu de réhospitalisations entre 1 et 3 jours dans la population de séjours cibles de chirurgie ambulatoire.
Mode calcul	$\text{Ratio standardisé}_{ES} = \frac{\text{nombre observé}_{ES}}{\text{nombre attendu}_{ES}}$ <p><i>ES : établissement de santé</i></p> <p>Nombre de cas attendu : il est obtenu à l'aide d'une standardisation indirecte. Elle consiste à appliquer le taux de réhospitalisation national observé de la population de référence (séjours PMSI de la racine GHM 11C13 France entière) à la population étudiée d'un établissement.</p> <p><i>A noter : il n'y a pas d'ajustement sur les facteurs patients (exemple : âge, sexe, comorbidités) car ces facteurs sont pris en compte pour l'éligibilité du patient à la chirurgie ambulatoire (tryptique patient-acte-structure), et ne sont pas remis en cause dans les 3 jours après la sortie.</i></p>
Modalité de restitution du résultat de l'indicateur	<p>Le ratio standardisé du nombre observé sur attendu de réhospitalisations après intervention par voie transurétrale ou transcutanée pour affection non lithiasique, en ambulatoire est calculé à partir des données annuelles du PMSI MCO et restitué dans un « funnel plot » (diagramme en entonnoir).</p> <p>Ce graphique permet à chaque établissement de se comparer à la valeur de référence, qui pour cet indicateur est égale à 1, et de se situer à l'intérieur ou en dehors des limites de l'entonnoir définies à 2 déviations standard (un risque d'erreur de 5%) et à 3 déviations standard (risque d'erreur de 0,2%) (Cf. Guide de lecture du funnel plot).</p>
Rendus aux établissements de santé	<p>Chaque établissement a accès à ses résultats dans la plateforme sécurisée QualHAS. Les codes d'accès sont donnés par les superviseurs QualHAS et/ou le médecin DIM de chaque établissement.</p> <p>La restitution du résultat de l'indicateur validé est accompagnée d'informations et de documents pour aider à l'interprétation du résultat et à l'utilisation de l'indicateur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informations sur l'année donnée, avec une évolution sur 2 années : <ul style="list-style-type: none"> ○ Nombre de séjours de patients ayant eu une intervention par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques, en ambulatoire (population cible) ○ Nombre observé de réhospitalisations dans l'établissement où a eu lieu l'intervention en ambulatoire, pour lesquelles une analyse des causes par retour au dossier est possible. • Taux brut de réhospitalisations à 30 jours au national et dans l'établissement. • Des outils pour accompagner la restitution du résultat : <ul style="list-style-type: none"> ○ Fiche descriptive ○ Brochure d'information ○ Guide de lecture du funnel plot

Historique	<p>L'indicateur a été en 2022 validé pour toute utilisation. Il est depuis 2022 restitué annuellement aux établissements de santé au niveau des sites géographiques.</p> <p>La 1^{ère} restitution de cet indicateur aux établissements a eu lieu fin 2022 à partir des données du PMSI MCO 2019, avec une évolution 2018-2019. Pas d'utilisation externe en 2022 (Cf. Ligne utilisations).</p>
-------------------	--

Pour en savoir plus, consulter sur le site internet de la HAS la page dédiée [à la mesure des 6 indicateurs de réhospitalisations entre 1 et 3 jours après chirurgie ambulatoire.](#)

Références

Haute Autorité de santé. Rapport. Développement de la mesure des réhospitalisations entre 1 et 3 jours après une chirurgie ambulatoire. Identification des prises en charge avec potentiel d'amélioration par retour aux dossiers. [HAS, 2022](#)

Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé. Cf. 6 préconisations sur la chirurgie ambulatoire. Haut conseil de santé publique. [HCSP, 2021](#)

Haute Autorité de santé. Rapport. Méthode de développement, validation et utilisations des indicateurs de résultats mesurés à partir des bases médico-administratives. Juin 2019

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/iqss_has_methode_developpement_ir_2019.3.pdf

Frédéric Aubrun et al. Perioperative pain and post-operative nausea and vomiting (PONV) management after day-case surgery: The SFAR-OPERA national study. *Anaesth Crit Care Pain Med* 38 (2019) 223–229.

Déclarer et analyser les événements indésirables graves : comprendre pour agir. HAS, 2017

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2744089/fr/declarer-et-analyser-les-evenements-indesirables-graves-comprendre-pour-agir

Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire, 2017 actualisation 2022

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241930/fr/ensemble-pour-le-developpement-de-la-chirurgie-ambulatoire

Expérimentation des indicateurs de résultats en chirurgie ambulatoire. Rapport et Synthèse. HAS, 2017

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2022569/fr/iqss-2016-experimentation-des-indicateurs-de-processus-et-de-resultats-en-chirurgie-ambulatoire

Slim K, Theissen A, Raucoules-Aime M. Gestion des risques en chirurgie ambulatoire et en hospitalisation courte. Recommandations de la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive (FCVD), et du Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie (GRACE). *J Chir Vasc* 2016.

http://www.grace-asso.fr/sites/default/files/ambu_rehab_fcvd-grace.pdf

International Association for Ambulatory Surgery. *Day Surgery Handbook*. 2014

http://www.iaas-med.com/files/2013/Day_Surgery_Manual.pdf

Mathis MR, Naughton NN, Shanks AM, Freundlich RE, Pannucci CJ, Chu Y, Haus J, Morris M, Kheterpal S. Patient selection for day case-eligible surgery. Identifying those at high risk for major complications. *Anesthesiology*, 2013; 119:1310-21

Kim C, Coley, Brian A, Williams, Stacey V, DaPos, Connie Chen, Randall B, Smith. Retrospective evaluation of unanticipated admissions and readmissions after same day surgery and associated costs. *Journal of Clinical Anesthesia* 14:349 –353, 2002

Indicateur de résultats en chirurgie ambulatoire Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins « Réhospitalisations entre 1 et 3 jours après intervention sur les amygdales en ambulatoire »	
Définition	Mesure des réhospitalisations entre 1 et 3 jours après une intervention sur les amygdales réalisée en ambulatoire, en dehors de l'urgence et avec une sortie le jour même vers le lieu de résidence (Cf. Population cible).
Importance du thème	<p>Les réhospitalisations précoces après une chirurgie en ambulatoire représentent un des enjeux de sécurité pour le patient, dans un contexte de déploiement important de cette activité avec un objectif fixé à 70% pour 2022 (et à 80 % selon les préconisations récentes du Haut Conseil de santé publique).</p> <p>La mesure des réhospitalisations entre 1 et 3 jours, représente un levier pour l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients hospitalisés pour une chirurgie programmée en ambulatoire car :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elles ont lieu dans un délai court qui correspond au gain attendu de durée de séjour par comparaison à son alternative : l'hospitalisation conventionnelle. • Elles sont à ce délai majoritairement non programmées et donc potentiellement en lien avec les pratiques cliniques et organisationnelles - éligibilité, autorisation de sortie, lettre de liaison, contact J+1-J+3 -. • Elles concernent principalement des complications médicales communes à toute chirurgie (douleur, hémorragie-hématome, infection...), pour lesquelles des actions d'amélioration sont possibles.
Objectif	L'utilisation de cet indicateur permet d'identifier les causes des réhospitalisations non programmées qui sont potentiellement évitables, et de mettre en place des actions d'amélioration efficaces, au bénéfice du service rendu aux patients.
Type d'indicateur	Indicateur de qualité et de sécurité des soins de type résultats
Utilisations	<ul style="list-style-type: none"> • Pilotage interne 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).
Source de données	PMSI en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO)
Validation	<p>La mesure des réhospitalisations toutes causes entre 1 et 3 jours après une chirurgie ambulatoire a été validée avec un groupe de travail multidisciplinaire (professionnels de santé, expert en information médicale, patient et usager) et avec l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).</p> <p>La fiabilité de l'indicateur pour détecter les réhospitalisations toutes causes entre 1 et 3 jours après chirurgie ambulatoire a été validée avec une valeur prédictive</p>

	<p>positive de 93% (au cours de 2 retours aux dossiers réalisés sur les données 2015 et 2018).</p> <p>La pertinence pour l'amélioration de la mesure des réhospitalisations après intervention sur les amygdales a été validée sur la base du retour aux dossiers 2019-2020 réalisé sur les données 2018 et des données nationales du PMSI MCO 2018 (Cf. Rapport HAS, Juin 2022).</p>
Mode de recueil	Algorithme HAS appliqué au PMSI MCO chaîné, calculs réalisés par l'ATIH, puis contrôlés par la HAS.
Population cible	<p>Séjours de patients terminés entre le 1er janvier et le 28 décembre d'une année donnée, après exclusion des séjours mal chaînés, des séances et des séjours en erreur, correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous :</p> <p><u>Critères d'inclusion du séjour de chirurgie ambulatoire :</u> Séjours index de patients avec chirurgie réalisée en ambulatoire, hors provenance des urgences et hors provenance d'un établissement (mutation, prestation inter-établissements, transfert) ET sortis vivants vers leur lieu de résidence (domicile ou structure d'hébergement médico-sociale) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Séjour dans le GHM 03C27 « Interventions sur les amygdales, en ambulatoire » • Durée de séjour à 0 jour • Mode d'entrée domicile hors urgences (=8 et provenance différent de 5) • Mode de sortie domicile (=8) • Age ≥ 6 mois <p><u>Critères d'exclusion du séjour de chirurgie ambulatoire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Séjour en erreur de groupage • Séances • Séjours de patient mal chaînés • CMD 14 (Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum, hors IVG non médicamenteuse) • Séjours pour IVG médicamenteuse (Acte CCAM JNJP001) • CMD 15 (Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale) • 1er UM = unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) 07A UHCD générales ou 07B UHCD pédiatriques ou réanimation ou soins intensifs ou soins de surveillance continue • Prestation inter-établissements (Séjour B) • Séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite : Z53.2. • Séjours de patients décédés au cours du séjour index
Evènement détecté	<p><u>Critères d'inclusion du séjour de réhospitalisation :</u> Nombre de séjours de la population cible avec une réhospitalisation, dans le même établissement ou dans un autre établissement MCO, entre 1 et 3 jours après la sortie à J0 vers le lieu de résidence. S'il y a plusieurs réhospitalisations, c'est la 1ère qui est prise en compte.</p> <p><u>Critères d'exclusion du séjour de réhospitalisation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Séances de la CMD 28, et séjours de la CMD 90 • Insuffisance rénale, avec dialyse (GHM 11K02) de la 1ère UM ou du séjour de réhospitalisation (N17 Insuffisance rénale aiguë) • Chimiothérapie pour leucémie aiguë (GHM 17M05) • Chimiothérapie pour autre tumeur (GHM 17M06) • Chimiothérapie pour affections non tumorales (GHM 23M09) • Autres irradiations (GHM 17K04)

	<ul style="list-style-type: none"> • Curiethérapies de prostate (GHM 17K05) • Autres curiethérapies et irradiations internes (GHM 17K06) • Autres curiethérapies (GHM 17K08) • Irradiations internes (GHM 17K09) • Prestation inter-établissements (Séjour B) • Séjours de réhospitalisation avec un acte CCAM d'accouchement par voie naturelle ou par césarienne : JQGD001, JQGD002, JQGD003, JQGD004, JQGD005, JQGD007, JQGD008, JQGD010, JQGD012, JQGD013, JQGA002, JQGA003, JQGA004, JQGA005
Nature de l'indicateur	Indicateur exprimé sous forme de ratio standardisé du nombre observé sur le nombre attendu de réhospitalisations entre 1 et 3 jours dans la population de séjours cibles de chirurgie ambulatoire.
Mode calcul	$\text{Ratio standardisé}_{ES} = \frac{\text{nombre observé}_{ES}}{\text{nombre attendu}_{ES}}$ <p><i>ES : établissement de santé</i></p> <p>Nombre de cas attendu : il est obtenu à l'aide d'une standardisation indirecte. Elle consiste à appliquer le taux de réhospitalisation national observé de la population de référence (séjours PMSI de la racine GHM 03C27 France entière) à la population étudiée d'un établissement.</p> <p><i>A noter : il n'y a pas d'ajustement sur les facteurs patients (exemple : âge, sexe, comorbidités) car ces facteurs sont pris en compte pour l'éligibilité du patient à la chirurgie ambulatoire (tryptique patient-acte-structure), et ne sont pas remis en cause dans les 3 jours après la sortie.</i></p>
Modalité de restitution du résultat de l'indicateur	<p>Le ratio standardisé du nombre observé sur attendu de réhospitalisations mesuré par établissement après Interventions sur les amygdales à partir des données annuelles du PMSI MCO est restitué dans un « funnel plot » (diagramme en entonnoir).</p> <p>Ce graphique permet à chaque établissement de se comparer à la valeur de référence, qui pour cet indicateur est égale à 1, et de se situer à l'intérieur ou en dehors des limites de l'entonnoir définies à 2 déviations standard (risque d'erreur de 5%) et à 3 déviations standard (risque d'erreur de 0,2%) (Cf. Guide de lecture du funnel plot).</p>
Rendus aux établissements de santé	<p>Chaque établissement a accès à ses résultats dans la plateforme sécurisée QualHAS. Les codes d'accès sont donnés par les superviseurs QualHAS et/ou le médecin DIM de chaque établissement.</p> <p>La restitution du résultat de l'indicateur validé est accompagnée d'informations et de documents pour aider à l'interprétation du résultat et à l'utilisation de l'indicateur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informations sur l'année donnée, avec une évolution sur 2 années : <ul style="list-style-type: none"> ○ Nombre de séjours de patients ayant eu Intervention sur les amygdales en ambulatoire (population cible) ○ Nombre observé de réhospitalisations dans l'établissement où a eu lieu l'intervention en ambulatoire, pour lesquelles une analyse des causes par retour au dossier est possible. • Taux brut de réhospitalisations à 30 jours au national et dans l'établissement. • Des outils pour accompagner la restitution du résultat : <ul style="list-style-type: none"> ○ Fiche descriptive ○ Brochure d'information ○ Guide de lecture du funnel plot

Historique	<p>L'indicateur a été en 2022 validé pour toute utilisation. Il est depuis 2022 restitué annuellement aux établissements de santé au niveau des sites géographiques.</p> <p>La 1ère restitution de cet indicateur aux établissements a eu lieu fin 2022 à partir des données du PMSI MCO 2019, avec une évolution 2018-2019. Pas d'utilisation externe en 2022 (Cf. Ligne Utilisations).</p>
-------------------	---

Pour en savoir plus, consulter sur le site internet de la HAS la page dédiée à la [mesure des 6 indicateurs de réhospitalisations entre 1 et 3 jours après chirurgie ambulatoire.](#)

Références

- Haute Autorité de santé. Rapport. Développement de la mesure des réhospitalisations entre 1 et 3 jours après une chirurgie ambulatoire. Identification des prises en charge avec potentiel d'amélioration par retour aux dossiers. [HAS, 2022](#)
- Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé. Cf. 6 préconisations sur la chirurgie ambulatoire. Haut conseil de santé publique. [HCSP, 2021](#)
- Haute Autorité de santé. Rapport. Méthode de développement, validation et utilisations des indicateurs de résultats mesurés à partir des bases médico-administratives. Juin 2019 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/igss_has_methode_developpement_ir_2019.3.pdf
- Frédéric Aubrun et al. Perioperative pain and post-operative nausea and vomiting (PONV) management after day-case surgery: The SFAR-OPERA national study. *Anaesth Crit Care Pain Med* 38 (2019) 223–229.
- Déclarer et analyser les évènements indésirables graves : comprendre pour agir. HAS, 2017 actualisation 2022 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2744089/fr/declarer-et-analyser-les-evenements-indesirables-graves-comprendre-pour-agir
- Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire, 2017 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241930/fr/ensemble-pour-le-developpement-de-la-chirurgie-ambulatoire
- Expérimentation des indicateurs de résultats en chirurgie ambulatoire. Rapport et Synthèse. HAS, 2017 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2022569/fr/igss-2016-experimentation-des-indicateurs-de-processus-et-de-resultats-en-chirurgie-ambulatoire
- Slim K, Theissen A, Raucoules-Aime M. Gestion des risques en chirurgie ambulatoire et en hospitalisation courte. Recommandations de la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive (FCVD), et du Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie (GRACE). *J Chir Vasc* 2016. http://www.grace-asso.fr/sites/default/files/ambu_rehab_fcvd-grace.pdf
- International Association for Ambulatory Surgery. Day Surgery Handbook.2014 http://www.iaas-med.com/files/2013/Day_Surgery_Manual.pdf
- Mathis MR, Naughton NN, Shanks AM, Freundlich RE, Pannucci CJ, Chu Y, Haus J, Morris M, Kheterpal S. Patient selection for day case-eligible surgery. Identifying those at high risk for major complications. *Anesthesiology*, 2013; 119:1310-21
- Kim C. Coley, Brian A. Williams, Stacey V. DaPos, Connie Chen, Randall B. Smith. Retrospective evaluation of unanticipated admissions and readmissions after same day surgery and associated costs. *Journal of Clinical Anesthesia* 14:349 –353, 2002

Indicateur de résultats en chirurgie ambulatoire Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins « Réhospitalisations entre 1 et 3 jours après cholécystectomie en ambulatoire »	
Définition	Mesure des réhospitalisations entre 1 et 3 jours après une cholécystectomie sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës réalisée en ambulatoire, et avec une sortie le jour même vers le lieu de résidence (Cf. Population cible).
Importance du thème	<p>Les réhospitalisations précoces après une chirurgie en ambulatoire représentent un des enjeux de sécurité pour le patient, dans un contexte de déploiement important de cette activité avec un objectif fixé à 70% pour 2022 (et à 80 % selon les préconisations récentes du Haut Conseil de santé publique).</p> <p>La mesure des réhospitalisations entre 1 et 3 jours, représente un levier pour l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients hospitalisés pour une chirurgie programmée en ambulatoire car :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elles ont lieu dans un délai court qui correspond au gain attendu de durée de séjour par comparaison à son alternative : l'hospitalisation conventionnelle. • Elles sont à ce délai majoritairement non programmées et donc potentiellement en lien avec les pratiques cliniques et organisationnelles - éligibilité, autorisation de sortie, lettre de liaison, contact J+1-J+3 -. • Elles concernent principalement des complications médicales communes à toute chirurgie (douleur, hémorragie-hématome, infection...), pour lesquelles des actions d'amélioration sont possibles.
Objectif	L'utilisation de cet indicateur permet d'identifier les causes des réhospitalisations non programmées qui sont potentiellement évitables, et de mettre en place des actions d'amélioration efficaces, au bénéfice du service rendu aux patients.
Type d'indicateur	Indicateur de qualité et de sécurité des soins de type résultats
Utilisations	<ul style="list-style-type: none"> • Pilotage interne 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).
Source de données	PMSI en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO)
Validation	La mesure des réhospitalisations toutes causes entre 1 et 3 jours après une chirurgie ambulatoire a été validée avec un groupe de travail multidisciplinaire (professionnels de santé, expert en information médicale, patient et usager) et avec l'agence technique de l'information sur

	<p>l'hospitalisation (ATIH).</p> <p>La fiabilité de l'indicateur pour détecter les réhospitalisations toutes causes entre 1 et 3 jours après une chirurgie ambulatoire a été validée avec une valeur prédictive positive de 93% (au cours de 2 retours aux dossiers réalisés sur les données 2015 et 2018).</p> <p>La pertinence pour l'amélioration de la mesure des réhospitalisations après cholécystectomie sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës a été validée sur la base du retour aux dossiers 2019-2020 réalisé sur les données 2018 et des données nationales du PMSI MCO 2018 (Cf. Rapport HAS, Juin 2022).</p>
Mode de recueil	Algorithme HAS appliqué au PMSI MCO chaîné, calculs réalisés par l'ATIH, puis contrôlés par la HAS.
Population cible	<p>Séjours de patients terminés entre le 1er janvier et le 28 décembre d'une année donnée, après exclusion des séjours mal chaînés, des séances et des séjours en erreur, correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous :</p> <p><u>Critères d'inclusion du séjour de chirurgie ambulatoire :</u> Séjours index de patients avec chirurgie réalisée en ambulatoire, hors provenance des urgences et hors provenance d'un établissement (mutation, prestation inter-établissements, transfert) ET sortis vivants vers leur lieu de résidence (domicile ou structure d'hébergement médico-sociale) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Séjour dans le GHM 07C14 « Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës, en ambulatoire » • Durée de séjour à 0 jour • Mode d'entrée domicile hors urgences (=8 et provenance différent de 5) • Mode de sortie domicile (=8) • Age \geq 6 mois <p><u>Critères d'exclusion du séjour de chirurgie ambulatoire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Séjour en erreur de groupage • Séances • Séjours de patient mal chaînés • CMD 14 (Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum, hors IVG non médicamenteuse) • Séjours pour IVG médicamenteuse (Acte CCAM JNJP001) • CMD 15 (Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale) • 1er UM = unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) 07A UHCD générales ou 07B UHCD pédiatriques ou réanimation ou soins intensifs ou soins de surveillance continue • Prestation inter-établissements (Séjour B) • Séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite : Z53.2. • Séjours de patients décédés au cours du séjour index
Evènement détecté	<p><u>Critères d'inclusion du séjour de réhospitalisation :</u> Nombre de séjours de la population cible avec une réhospitalisation, dans le même établissement ou dans un autre établissement MCO, entre 1 et 3 jours après la sortie à J0 vers le lieu de résidence. S'il y a plusieurs réhospitalisations, c'est la 1ère qui est prise en compte.</p>

	<p><u>Critères d'exclusion du séjour de réhospitalisation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Séances de la CMD 28, et séjours de la CMD 90 • Insuffisance rénale, avec dialyse (GHM 11K02) de la 1ère UM ou du séjour de réhospitalisation (N17 Insuffisance rénale aiguë) • Chimiothérapie pour leucémie aiguë (GHM 17M05) • Chimiothérapie pour autre tumeur (GHM 17M06) • Chimiothérapie pour affections non tumorales (GHM 23M09) • Autres irradiations (GHM 17K04) • Curiéthérapies de prostate (GHM 17K05) • Autres curiéthérapies et irradiations internes (GHM 17K06) • Autres curiéthérapies (GHM 17K08) • Irradiations internes (GHM 17K09) • Prestation inter-établissements (Séjour B) • Séjours de réhospitalisation avec un acte CCAM d'accouchement par voie naturelle ou par césarienne : JQGD001, JQGD002, JQGD003, JQGD004, JQGD005, JQGD007, JQGD008, JQGD010, JQGD012, JQGD013, JQGA002, JQGA003, JQGA004, JQGA005
Nature de l'indicateur	Indicateur exprimé sous forme de ratio standardisé du nombre observé sur le nombre attendu de réhospitalisations entre 1 et 3 jours dans la population de séjours cibles de chirurgie ambulatoire.
Mode calcul	$\text{Ratio standardisé}_{ES} = \frac{\text{nombre observé}_{ES}}{\text{nombre attendu}_{ES}}$ <p><i>ES : établissement de santé</i></p> <p>Nombre de cas attendu : il est obtenu à l'aide d'une standardisation indirecte. Elle consiste à appliquer le taux de réhospitalisation national observé de la population de référence (séjours PMSI de la racine GHM 07C14 France entière) à la population étudiée d'un établissement.</p> <p><i>A noter : il n'y a pas d'ajustement sur les facteurs patients (exemple : âge, sexe, comorbidités) car ces facteurs sont pris en compte pour l'éligibilité du patient à la chirurgie ambulatoire (tryptique patient-acte-structure), et ne sont pas remis en cause dans les 3 jours après la sortie.</i></p>
Modalité de restitution du résultat de l'indicateur	<p>Le ratio standardisé du nombre observé sur attendu de réhospitalisations mesuré par établissement après cholécystectomie calculé à partir des données annuelles du PMSI MCO et restitué dans un « funnel plot » (diagramme en entonnoir).</p> <p>Ce graphique permet à chaque établissement de se comparer à la valeur de référence, qui pour cet indicateur est égale à 1, et de se situer à l'intérieur ou en dehors des limites de l'entonnoir définies à 2 déviations standard (risque d'erreur de 5%) et à 3 déviations standard (risque d'erreur de 0,2%) (Cf. Guide de lecture du funnel plot).</p>
Rendus aux établissements de santé	<p>Chaque établissement a accès à ses résultats dans la plateforme sécurisée QualHAS. Les codes d'accès sont donnés par les superviseurs QualHAS et/ou le médecin DIM de chaque établissement.</p> <p>La restitution du résultat de l'indicateur validé est accompagnée d'informations et de documents pour aider à l'interprétation du résultat et à l'utilisation de l'indicateur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informations sur l'année donnée, avec une évolution sur 2 années : <ul style="list-style-type: none"> ○ Nombre de séjours de patients ayant eu une cholécystectomie sans exploration de la voie biliaire principale en ambulatoire hors urgence (population cible)

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nombre observé de réhospitalisations dans l'établissement où a eu lieu l'intervention en ambulatoire, pour lesquelles une analyse des causes par retour au dossier est possible. • Taux brut de réhospitalisations à 30 jours au national et dans l'établissement. • Des outils pour accompagner la restitution du résultat : <ul style="list-style-type: none"> ○ Fiche descriptive ○ Brochure d'information ○ Guide de lecture du funnel plot
Historique	<p>L'indicateur a été en 2022 validé pour toute utilisation. Il est depuis 2022 restitué annuellement aux établissements de santé au niveau des sites géographiques.</p> <p>La 1^{ère} restitution de cet indicateur aux établissements a eu lieu fin 2022 à partir des données du PMSI MCO 2019, avec une évolution 2018-2019. Pas d'utilisation externe en 2022 (Cf. Ligne Utilisations).</p>

Pour en savoir plus, consulter sur le site internet de la HAS la page dédiée à la [mesure des 6 indicateurs de réhospitalisations entre 1 et 3 jours après chirurgie ambulatoire.](#)

Références

Haute Autorité de santé. Rapport. Développement de la mesure des réhospitalisations entre 1 et 3 jours après une chirurgie ambulatoire. Identification des prises en charge avec potentiel d'amélioration par retour aux dossiers. [HAS, 2022](#)

Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé. Cf. 6 préconisations sur la chirurgie ambulatoire. Haut conseil de santé publique. [HCSP](#), 2021

Haute Autorité de santé. Rapport. Méthode de développement, validation et utilisations des indicateurs de résultats mesurés à partir des bases médico-administratives. Juin 2019 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/igss_has_methode_developpement_ir_2019.3.pdf

Frédéric Aubrun et al. Perioperative pain and post-operative nausea and vomiting (PONV) management after day-case surgery: The SFAR-OPERA national study. *Anaesth Crit Care Pain Med* 38 (2019) 223–229.

Déclarer et analyser les événements indésirables graves : comprendre pour agir. HAS, 2017 actualisation 2022 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2744089/fr/declarer-et-analyser-les-evenements-indesirables-graves-comprendre-pour-agir

Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire, 2017

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241930/fr/ensemble-pour-le-developpement-de-la-chirurgie-ambulatoire

Expérimentation des indicateurs de résultats en chirurgie ambulatoire. Rapport et Synthèse. HAS, 2017 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2022569/fr/igss-2016-experimentation-des-indicateurs-de-processus-et-de-resultats-en-chirurgie-ambulatoire

Slim K, Theissen A, Raucoules-Aime M. Gestion des risques en chirurgie ambulatoire et en hospitalisation courte. Recommandations de la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive (FCVD), et du Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie (GRACE). *J Chir Vasc* 2016.

http://www.grace-asso.fr/sites/default/files/ambu_rehab_fcvd-grace.pdf

International Association for Ambulatory Surgery. Day Surgery Handbook.2014

http://www.iaas-med.com/files/2013/Day_Surgery_Manual.pdf

Mathis MR, Naughton NN, Shanks AM, Freundlich RE, Pannucci CJ, Chu Y, Haus J, Morris M, Kheterpal S. Patient selection for day case-eligible surgery. Identifying those at high risk for major complications. *Anesthesiology*, 2013; 119:1310-21

Kim C. Coley, Brian A. Williams, Stacey V. DaPos, Connie Chen, Randall B. Smith. Retrospective evaluation of unanticipated admissions and readmissions after same day surgery and associated costs. *Journal of Clinical Anesthesia* 14:349 –353, 2002

Indicateur de résultats en chirurgie ambulatoire Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins « Réhospitalisations entre 1 et 3 jours après hémorroïdectomie en ambulatoire »	
Définition	Mesure des réhospitalisations entre 1 et 3 jours après une hémorroïdectomie réalisée en ambulatoire, en dehors de l'urgence et avec une sortie le jour même vers le lieu de résidence (Cf. Population cible).
Importance du thème	<p>Les réhospitalisations précoces après une chirurgie en ambulatoire représentent un des enjeux de sécurité pour le patient, dans un contexte de déploiement important de cette activité avec un objectif fixé à 70% pour 2022 (et à 80 % selon les préconisations récentes du Haut Conseil de santé publique).</p> <p>La mesure des réhospitalisations entre 1 et 3 jours, représente un levier pour l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients hospitalisés pour une chirurgie programmée en ambulatoire car :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elles ont lieu dans un délai court qui correspond au gain attendu de durée de séjour par comparaison à son alternative : l'hospitalisation conventionnelle. • Elles sont à ce délai majoritairement non programmées et donc potentiellement en lien avec les pratiques cliniques et organisationnelles - éligibilité, autorisation de sortie, lettre de liaison, contact J+1-J+3 -. • Elles concernent principalement des complications médicales communes à toute chirurgie (douleur, hémorragie-hématome, infection...), pour lesquelles des actions d'amélioration sont possibles.
Objectif	L'utilisation de cet indicateur permet d'identifier les causes des réhospitalisations non programmées qui sont potentiellement évitables, et de mettre en place des actions d'amélioration efficaces, au bénéfice du service rendu aux patients.
Type d'indicateur	Indicateur de qualité et de sécurité des soins de type résultats
Utilisations	<ul style="list-style-type: none"> • Pilotage interne 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).
Source de données	PMSI en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO)
Validation	<p>La mesure des réhospitalisations toutes causes entre 1 et 3 jours après une chirurgie ambulatoire a été validée avec un groupe de travail multidisciplinaire (professionnels de santé, expert en information médicale, patient et usager) et avec l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).</p> <p>La fiabilité de l'indicateur pour détecter les réhospitalisations toutes causes</p>

	<p>entre 1 et 3 jours après chirurgie ambulatoire a été validée avec une valeur prédictive positive de 93% (au cours de 2 retours aux dossiers réalisés sur les données 2015 et 2018).</p> <p>La pertinence pour l'amélioration de la mesure des réhospitalisations après hémorroïdectomie a été validée sur la base du retour aux dossiers 2019-2020 réalisé sur les données 2018 et des données nationales du PMSI MCO 2018 (Cf. Rapport HAS, Juin 2022).</p>
Mode de recueil	Algorithme HAS appliqué au PMSI MCO chaîné, calculs réalisés par l'ATIH, puis contrôlés par la HAS.
Population cible	<p>Séjours de patients terminés entre le 1er janvier et le 28 décembre d'une année donnée, après exclusion des séjours mal chaînés, des séances et des séjours en erreur, correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous :</p> <p><u>Critères d'inclusion du séjour de chirurgie ambulatoire :</u> Séjours index de patients avec chirurgie réalisée en ambulatoire, hors provenance des urgences et hors provenance d'un établissement (mutation, prestation inter-établissements, transfert) ET sortis vivants vers leur lieu de résidence (domicile ou structure d'hébergement médico-sociale) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Séjour dans le GHM 06C19 « Hémorroïdectomies » • Durée de séjour à 0 jour • Mode d'entrée domicile hors urgences (=8 et provenance différent de 5) • Mode de sortie domicile (=8) • Age ≥ 6 mois <p><u>Critères d'exclusion du séjour de chirurgie ambulatoire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Séjour en erreur de groupage • Séances • Séjours de patient mal chaînés • CMD 14 (Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum, hors IVG non médicamenteuse) • Séjours pour IVG médicamenteuse (Acte CCAM JNJP001) • CMD 15 (Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale) • 1er UM = unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) 07A UHCD générales ou 07B UHCD pédiatriques ou réanimation ou soins intensifs ou soins de surveillance continue • Prestation inter-établissement (Séjour B) • Séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite : Z53.2. • Séjours de patients décédés au cours du séjour index
Evènement détecté	<p><u>Critères d'inclusion du séjour de réhospitalisation :</u> Nombre de séjours de la population cible avec une réhospitalisation, dans le même établissement ou dans un autre établissement MCO, entre 1 et 3 jours après la sortie à J0 vers le lieu de résidence. S'il y a plusieurs réhospitalisations, c'est la 1ère qui est prise en compte.</p> <p><u>Critères d'exclusion du séjour de réhospitalisation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Séances de la CMD 28, et séjours de la CMD 90 • Insuffisance rénale, avec dialyse (GHM 11K02) de la 1ère UM ou du séjour de réhospitalisation (N17 Insuffisance rénale aiguë)

	<ul style="list-style-type: none"> • Chimiothérapie pour leucémie aiguë (GHM 17M05) • Chimiothérapie pour autre tumeur (GHM 17M06) • Chimiothérapie pour affections non tumorales (GHM 23M09) • Autres irradiations (GHM 17K04) • Curiéthérapies de prostate (GHM 17K05) • Autres curiéthérapies et irradiations internes (GHM 17K06) • Autres curiéthérapies (GHM 17K08) • Irradiations internes (GHM 17K09) • Prestation inter-établissements (Séjour B) • Séjours de réhospitalisation avec un acte CCAM d'accouchement par voie naturelle ou par césarienne : JQGD001, JQGD002, JQGD003, JQGD004, JQGD005, JQGD007, JQGD008, JQGD010, JQGD012, JQGD013, JQGA002, JQGA003, JQGA004, JQGA005
Nature de l'indicateur	Indicateur exprimé sous forme de ratio standardisé du nombre observé sur le nombre attendu de réhospitalisations entre 1 et 3 jours dans la population de séjours cibles de chirurgie ambulatoire.
Mode calcul	$\text{Ratio standardisé}_{ES} = \frac{\text{nombre observé}_{ES}}{\text{nombre attendu}_{ES}}$ <p><i>ES : établissement de santé</i></p> <p>Nombre de cas attendu : il est obtenu à l'aide d'une standardisation indirecte. Elle consiste à appliquer le taux de réhospitalisation national observé de la population de référence (séjours PMSI de la racine GHM 06C19 France entière) à la population étudiée d'un établissement.</p> <p><i>A noter : il n'y a pas d'ajustement sur les facteurs patients (exemple : âge, sexe, comorbidités) car ces facteurs sont pris en compte pour l'éligibilité du patient à la chirurgie ambulatoire (tryptique patient-acte-structure), et ne sont pas remis en cause dans les 3 jours après la sortie.</i></p>
Modalité de restitution du résultat de l'indicateur	<p>Le ratio standardisé du nombre observé sur attendu de réhospitalisations après hémorroïdectomie est calculé à partir des données annuelles du PMSI MCO et restitué dans un « funnel plot » (diagramme en entonnoir).</p> <p>Ce graphique permet à chaque établissement de se comparer à la valeur de référence, qui pour cet indicateur est égale à 1, et de se situer à l'intérieur ou en dehors des limites de l'entonnoir définies à 2 déviations standard (risque d'erreur de 5%) et à 3 déviations standard (risque d'erreur de 0,2%) (Cf. Guide de lecture du funnel plot).</p>
Rendus aux établissements de santé	<p>Chaque établissement a accès à ses résultats dans la plateforme sécurisée QualHAS. Les codes d'accès sont donnés par les superviseurs QualHAS et/ou le médecin DIM de chaque établissement.</p> <p>La restitution du résultat de l'indicateur validé est accompagnée d'informations et de documents pour aider à l'interprétation du résultat et à l'utilisation de l'indicateur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informations sur une année donnée, avec une évolution sur 2 années : <ul style="list-style-type: none"> ○ Nombre de séjours de patients ayant eu une hémorroïdectomie en ambulatoire (population cible) ○ Nombre observé de réhospitalisations dans l'établissement où a eu lieu l'intervention en ambulatoire, pour lesquelles une analyse des causes par retour au dossier est possible. • Taux brut de réhospitalisations à 30 jours au national et dans l'établissement

	<ul style="list-style-type: none"> • Des outils pour accompagner la restitution du résultat : <ul style="list-style-type: none"> ○ Fiche descriptive ○ Brochure d'information ○ Guide de lecture du funnel plot (diagramme en entonnoir)
Historique	<p>L'indicateur a été en 2022 validé pour toute utilisation. Il est depuis 2022 restitué annuellement aux établissements de santé au niveau des sites géographiques.</p> <p>La 1^{ère} restitution de cet indicateur aux établissements a eu lieu fin 2022 à partir des données du PMSI MCO 2019, avec une évolution 2018-2019. Pas d'utilisation externe en 2022 (Cf. Ligne utilisations).</p>

Pour en savoir plus, consulter sur le site internet de la HAS la page dédiée [à la mesure des 6 indicateurs de réhospitalisations entre 1 et 3 jours après chirurgie ambulatoire.](#)

Références

Haute Autorité de santé. Rapport. Développement de la mesure des réhospitalisations entre 1 et 3 jours après une chirurgie ambulatoire. Identification des prises en charge avec potentiel d'amélioration par retour aux dossiers. [HAS, 2022](#)

Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé. Cf. 6 préconisations sur la chirurgie ambulatoire. Haut conseil de santé publique. [HCSP, 2021](#)

Haute Autorité de santé. Rapport. Méthode de développement, validation et utilisations des indicateurs de résultats mesurés à partir des bases médico-administratives. Juin 2019

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/igss_has_methode_developpement_ir_2019.3.pdf

Frédéric Aubrun et al. Perioperative pain and post-operative nausea and vomiting (PONV) management after day-case surgery: The SFAR-OPERA national study. *Anaesth Crit Care Pain Med* 38 (2019) 223–229.

Déclarer et analyser les événements indésirables graves : comprendre pour agir. HAS, 2017 actualisation 2022

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2744089/fr/declarer-et-analyser-les-evenements-indesirables-graves-comprendre-pour-agir

Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire, 2017

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241930/fr/ensemble-pour-le-developpement-de-la-chirurgie-ambulatoire

Expérimentation des indicateurs de résultats en chirurgie ambulatoire. Rapport et Synthèse.

HAS, 2017 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2022569/fr/igss-2016-experimentation-des-indicateurs-de-processus-et-de-resultats-en-chirurgie-ambulatoire

Slim K, Theissen A, Raucoules-Aïme M. Gestion des risques en chirurgie ambulatoire et en hospitalisation courte. Recommandations de la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive (FCVD), et du Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie (GRACE). *J Chir Vasc* 2016.

http://www.grace-asso.fr/sites/default/files/ambu_rehab_fcvd-grace.pdf

International Association for Ambulatory Surgery. Day Surgery Handbook.2014

http://www.iaas-med.com/files/2013/Day_Surgery_Manual.pdf

Mathis MR, Naughton NN, Shanks AM, Freundlich RE, Pannucci CJ, Chu Y, Haus J, Morris M, Kheterpal S. Patient selection for day case-eligible surgery. Identifying those at high risk for major complications. *Anesthesiology*, 2013; 119:1310-21

Kim C. Coley, Brian A. Williams, Stacey V. DaPos, Connie Chen, Randall B. Smith. Retrospective evaluation of unanticipated admissions and readmissions after same day surgery and associated costs. *Journal of Clinical Anesthesia* 14:349 –353, 2002S



Indicateur de résultats en chirurgie ambulatoire Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins « Réhospitalisations entre 1 et 3 jours après intervention pour lithiase urinaire en ambulatoire »	
Définition	Mesure des réhospitalisations entre 1 et 3 jours après une intervention par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiase urinaire réalisée en ambulatoire, en dehors de l'urgence et avec une sortie le jour même vers le lieu de résidence (Cf. Population cible).
Importance du thème	<p>Les réhospitalisations précoces après une chirurgie en ambulatoire représentent un des enjeux de sécurité pour le patient, dans un contexte de déploiement important de cette activité avec un objectif fixé à 70% pour 2022 (et à 80 % selon les préconisations récentes du Haut Conseil de santé publique).</p> <p>La mesure des réhospitalisations entre 1 et 3 jours, représente un levier pour l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients hospitalisés pour une chirurgie programmée en ambulatoire car :</p> <ul style="list-style-type: none">• Elles ont lieu dans un délai court qui correspond au gain attendu de durée de séjour par comparaison à son alternative : l'hospitalisation conventionnelle.• Elles sont à ce délai majoritairement non programmées et donc potentiellement en lien avec les pratiques cliniques et organisationnelles - éligibilité, autorisation de sortie, lettre de liaison, contact J+1-J+3.• Elles concernent principalement des complications médicales communes à toute chirurgie (douleur, hémorragie-hématome, infection...), pour lesquelles des actions d'amélioration sont possibles.
Objectif	L'utilisation de cet indicateur permet d'identifier les causes des réhospitalisations non programmées qui sont potentiellement évitables, et de mettre en place des actions d'amélioration efficaces, au bénéfice du service rendu aux patients.
Type d'indicateur	Indicateur de qualité et de sécurité des soins de type résultats
Utilisations	<ul style="list-style-type: none">• Pilotage interne 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).
Source de données	PMSI en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO)

Validation	<p>La mesure des réhospitalisations toutes causes entre 1 et 3 jours après une chirurgie ambulatoire a été validée avec un groupe de travail multidisciplinaire (professionnels de santé, expert en information médicale, patient et usager) et avec l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).</p> <p>La fiabilité de l'indicateur pour détecter les réhospitalisations toutes causes entre 1 et 3 jours après chirurgie ambulatoire a été validée avec une valeur prédictive positive de 93% (au cours de 2 retours aux dossiers réalisés sur les données 2015 et 2018).</p> <p>La pertinence pour l'amélioration de la mesure des réhospitalisations après intervention par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiase urinaire a été validée sur la base du retour aux dossiers 2019-2020 réalisé sur les données 2018 et des données nationales du PMSI MCO 2018 (Cf. Rapport HAS, Juin 2022).</p>
Mode de recueil	<p>Algorithme HAS appliqué au PMSI MCO chaîné, calculs réalisés par l'ATIH, puis contrôlés par la HAS.</p>
Population cible	<p>Séjours de patients terminés entre le 1er janvier et le 28 décembre d'une année donnée, après exclusion des séjours mal chaînés, des séances et des séjours en erreur, correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous :</p> <p><u>Critères d'inclusion du séjour de chirurgie ambulatoire :</u> Séjours index de patients avec chirurgie réalisée en ambulatoire, hors provenance des urgences et hors provenance d'un établissement (mutation, prestation inter-établissements, transfert) ET sortis vivants vers leur lieu de résidence (domicile ou structure d'hébergement médico-sociale) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Séjour dans le GHM 11C11 « Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires, en ambulatoire » • Durée de séjour à 0 jour • Mode d'entrée domicile hors urgences (=8 et provenance différent de 5) • Mode de sortie domicile (=8) • Age ≥ 6 mois <p><u>Critères d'exclusion du séjour de chirurgie ambulatoire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Séjour en erreur de groupage • Séances • Séjours de patient mal chaînés • CMD 14 (Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum, hors IVG non médicamenteuse) • Séjours pour IVG médicamenteuse (Acte CCAM JNJP001) • CMD 15 (Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale) • 1er UM = unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) 07A UHCD générales ou 07B UHCD pédiatriques ou réanimation ou soins intensifs ou soins de surveillance continue • Prestation inter-établissement (séjour B) • Séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite : Z53.2. • Séjours de patients décédés au cours du séjour index
Evènement détecté	<p><u>Critères d'inclusion du séjour de réhospitalisation :</u> Nombre de séjours de la population cible avec une réhospitalisation, dans le même établissement ou dans un autre établissement MCO, entre 1 et 3 jours après la sortie à J0 vers le lieu de résidence. S'il y a plusieurs réhospitalisations, c'est la 1ère qui est prise en compte.</p>

	<p><u>Critères d'exclusion du séjour de réhospitalisation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Séances de la CMD 28, et séjours de la CMD 90 • Insuffisance rénale, avec dialyse (GHM 11K02) de la 1ère UM ou du séjour de réhospitalisation (N17 Insuffisance rénale aiguë) • Chimiothérapie pour leucémie aiguë (GHM 17M05) • Chimiothérapie pour autre tumeur (GHM 17M06) • Chimiothérapie pour affections non tumorales (GHM 23M09) • Autres irradiations (GHM 17K04) • Curiéthérapies de prostate (GHM 17K05) • Autres curiéthérapies et irradiations internes (GHM 17K06) • Autres curiéthérapies (GHM 17K08) • Irradiations internes (GHM 17K09) • Prestation inter-établissement (séjour B) • Séjours de réhospitalisation avec un acte CCAM d'accouchement par voie naturelle ou par césarienne : JQGD001, JQGD002, JQGD003, JQGD004, JQGD005, JQGD007, JQGD008, JQGD010, JQGD012, JQGD013, JQGA002, JQGA003, JQGA004, JQGA005
Nature de l'indicateur	Indicateur exprimé sous forme de ratio standardisé du nombre observé sur le nombre attendu de réhospitalisations entre 1 et 3 jours dans la population de séjours cibles de chirurgie ambulatoire.
Mode calcul	<p style="text-align: center;">Ratio standardisé_{ES} = $\frac{\text{nombre observé}_{ES}}{\text{nombre attendu}_{ES}}$</p> <p><i>ES : établissement de santé</i></p> <p>Nombre de cas attendu : il est obtenu à l'aide d'une standardisation indirecte. Elle consiste à appliquer le taux de réhospitalisation national observé de la population de référence (séjours PMSI de la racine GHM 11C11 France entière) à la population étudiée d'un établissement.</p> <p><i>A noter : il n'y a pas d'ajustement sur les facteurs patients (exemple : âge, sexe, comorbidités) car ces facteurs sont pris en compte pour l'éligibilité du patient à la chirurgie ambulatoire (tryptique patient-acte-structure), et ne sont pas remis en cause dans les 3 jours après la sortie.</i></p>
Modalité de restitution du résultat de l'indicateur	<p>Le ratio standardisé du nombre observé sur attendu de réhospitalisations après intervention par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiase urinaires en ambulatoire est calculé à partir des données annuelles du PMSI MCO et restitué aux établissements dans un « funnel plot » (diagramme en entonnoir).</p> <p>Ce graphique permet à chaque établissement de se comparer à la valeur de référence, qui pour cet indicateur est égale à 1, et de se situer à l'intérieur ou en dehors des limites de l'entonnoir définies à 2 déviations standard (avec un risque d'erreur de 5%) et à 3 déviations standard (avec un risque d'erreur de 0,2%) (Cf. Guide de lecture du funnel plot).</p>
Rendus aux établissements de santé	<p>Chaque établissement a accès à ses résultats dans la plateforme sécurisée QualHAS. Les codes d'accès sont donnés par les superviseurs QualHAS et/ou le médecin DIM de chaque établissement.</p> <p>La restitution du résultat de l'indicateur validé est accompagnée d'informations et de documents pour aider à l'interprétation du résultat et à l'utilisation de l'indicateur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informations sur l'année donnée, avec une évolution sur 2 années : <ul style="list-style-type: none"> ○ Nombre de séjours de patients ayant eu une intervention par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiase urinaire, en ambulatoire (population cible) ○ Nombre observé de réhospitalisations dans l'établissement où a eu lieu l'intervention en ambulatoire, pour lesquelles une analyse

	<p>des causes par retour au dossier est possible.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taux brut de réhospitalisations à 30 jours au national et dans l'établissement. • Des outils pour accompagner la restitution du résultat : <ul style="list-style-type: none"> ○ Fiche descriptive ○ Brochure d'information ○ Guide de lecture du funnel plot
Historique	<p>L'indicateur a été en 2022 validé pour toute utilisation. Il est depuis 2022 restitué annuellement aux établissements de santé au niveau des sites géographiques.</p> <p>La 1^{ère} restitution de cet indicateur aux établissements a eu lieu en décembre 2022 à partir des données du PMSI MCO 2019, avec une évolution 2018-2019. Pas d'utilisation externe en 2022 (Cf. Ligne Utilisations).</p>

Pour en savoir plus, consulter sur le site internet de la HAS la page dédiée [à la mesure des 6 indicateurs de réhospitalisations entre 1 et 3 jours après chirurgie ambulatoire.](#)

Références

Haute Autorité de santé. Rapport. Développement de la mesure des réhospitalisations entre 1 et 3 jours après une chirurgie ambulatoire. Identification des prises en charge avec potentiel d'amélioration par retour aux dossiers. [HAS, 2022](#)

Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé. Cf. 6 préconisations sur la chirurgie ambulatoire. Haut conseil de santé publique. [HCSP, 2021](#)

Haute Autorité de santé. Rapport. Méthode de développement, validation et utilisations des indicateurs de résultats mesurés à partir des bases médico-administratives. Juin 2019 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/igss_has_methode_developpement_ir_2019.3.pdf

Frédéric Aubrun et al. Perioperative pain and post-operative nausea and vomiting (PONV) management after day-case surgery: The SFAR-OPERA national study. *Anaesth Crit Care Pain Med* 38 (2019) 223–229.

Expérimentation des indicateurs de résultats en chirurgie ambulatoire. Rapport et Synthèse. [HAS, 2017](#)

Déclarer et analyser les événements indésirables graves : comprendre pour agir. HAS, 2017 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2744089/fr/declarer-et-analyser-les-evenements-indesirables-graves-comprendre-pour-agir

Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire, 2017. Actualisation 2022.

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241930/fr/ensemble-pour-le-developpement-de-la-chirurgie-ambulatoire

Expérimentation des indicateurs de résultats en chirurgie ambulatoire. Rapport et Synthèse. HAS, 2017 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2022569/fr/igss-2016-experimentation-des-indicateurs-de-processus-et-de-resultats-en-chirurgie-ambulatoire

Slim K, Theissen A, Raucoules-Aime M. Gestion des risques en chirurgie ambulatoire et en hospitalisation courte. Recommandations de la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive (FCVD), et du Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie (GRACE). *J Chir Vasc* 2016.

http://www.grace-asso.fr/sites/default/files/ambu_rehab_fcvd-grace.pdf

International Association for Ambulatory Surgery. Day Surgery Handbook.2014

http://www.iaas-med.com/files/2013/Day_Surgery_Manual.pdf

Mathis MR, Naughton NN, Shanks AM, Freundlich RE, Pannucci CJ, Chu Y, Haus J, Morris M, Kheterpal S. Patient selection for day case-eligible surgery. Identifying those at high risk for major complications. *Anesthesiology*, 2013; 119:1310-21

Kim C. Coley, Brian A. Williams, Stacey V. DaPos, Connie Chen, Randall B. Smith. Retrospective evaluation of unanticipated admissions and readmissions after same day surgery and associated costs. *Journal of Clinical Anesthesia* 14:349 –353, 2002

Indicateur de résultats en chirurgie ambulatoire Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins « Réhospitalisations entre 1 et 3 jours après prostatectomie en ambulatoire »	
Définition	Mesure des réhospitalisations entre 1 et 3 jours après une prostatectomie transurétrale réalisée en ambulatoire, en dehors de l'urgence et avec une sortie le jour même vers le lieu de résidence (Cf. Population cible).
Importance du thème	<p>Les réhospitalisations précoces après une chirurgie en ambulatoire représentent un des enjeux de sécurité pour le patient, dans un contexte de déploiement important de cette activité avec un objectif fixé à 70% pour 2022 (et à 80 % selon les préconisations récentes du Haut Conseil de santé publique).</p> <p>La mesure des réhospitalisations entre 1 et 3 jours, représente un levier pour l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients hospitalisés pour une chirurgie programmée en ambulatoire car :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elles ont lieu dans un délai court qui correspond au gain attendu de durée de séjour par comparaison à son alternative : l'hospitalisation conventionnelle. • Elles sont à ce délai majoritairement non programmées et donc potentiellement en lien avec les pratiques cliniques et organisationnelles - éligibilité, autorisation de sortie, lettre de liaison, contact J+1-J+3 -. • Elles concernent principalement des complications médicales communes à toute chirurgie (douleur, hémorragie-hématome, infection...), pour lesquelles des actions d'amélioration sont possibles.
Objectif	L'utilisation de cet indicateur permet d'identifier les causes des réhospitalisations non programmées qui sont potentiellement évitables, et de mettre en place des actions d'amélioration efficaces, au bénéfice du service rendu aux patients.
Type d'indicateur	Indicateur de qualité et de sécurité des soins de type résultats
Utilisations	<ul style="list-style-type: none"> • Pilotage interne 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).
Source de données	PMSI en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO)
Validation	La mesure des réhospitalisations toutes causes entre 1 et 3 jours après une chirurgie ambulatoire a été validée avec un groupe de travail multidisciplinaire (professionnels de santé, expert en information médicale, patient et usager) et avec l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

	<p>La fiabilité de l'indicateur pour détecter les réhospitalisations toutes causes entre 1 et 3 jours après chirurgie ambulatoire a été validée avec une valeur prédictive positive de 93% (au cours de 2 retours aux dossiers réalisés sur les données 2015 et 2018).</p> <p>La pertinence pour l'amélioration de la mesure des réhospitalisations après prostatectomie transurétrale a été validée sur la base du retour aux dossiers 2019-2020 réalisé sur les données 2018 et des données nationales du PMSI MCO 2018 (Cf. Rapport HAS, Juin 2022).</p>
Mode de recueil	Algorithme HAS appliqué au PMSI MCO chaîné, calculs réalisés par l'ATIH, puis contrôlés par la HAS.
Population cible	<p>Séjours de patients terminés entre le 1er janvier et le 28 décembre d'une année donnée, après exclusion des séjours mal chaînés, des séances et des séjours en erreur, correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous :</p> <p><u>Critères d'inclusion du séjour de chirurgie ambulatoire :</u> Séjours index de patients avec chirurgie réalisée en ambulatoire, hors provenance des urgences et hors provenance d'un établissement (mutation, prestation inter-établissements, transfert) ET sortis vivants vers leur lieu de résidence (domicile ou structure d'hébergement médico-sociale) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Séjour dans le GHM 12C04 « Prostatectomies transurétrales » • Durée de séjour à 0 jour • Mode d'entrée domicile hors urgences (=8 et provenance différent de 5) • Mode de sortie domicile (=8) • Age ≥ 6 mois <p><u>Critères d'exclusion du séjour de chirurgie ambulatoire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Séjour en erreur de groupage • Séances • Séjours de patient mal chaînés • CMD 14 (Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum, hors IVG non médicamenteuse) • Séjours pour IVG médicamenteuse (Acte CCAM JNJP001) • CMD 15 (Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale) • 1er UM = unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) 07A UHCD générales ou 07B UHCD pédiatriques ou réanimation ou soins intensifs ou soins de surveillance continue • Prestation inter-établissement (Séjour B) • Séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite : Z53.2. • Séjours de patients décédés au cours du séjour index
Evènement détecté	<p><u>Critères d'inclusion du séjour de réhospitalisation :</u> Nombre de séjours de la population cible avec une réhospitalisation, dans le même établissement ou dans un autre établissement MCO, entre 1 et 3 jours après la sortie à J0 vers le lieu de résidence. S'il y a plusieurs réhospitalisations, c'est la 1ère qui est prise en compte.</p> <p><u>Critères d'exclusion du séjour de réhospitalisation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Séances de la CMD 28, et séjours de la CMD 90 • Insuffisance rénale, avec dialyse (GHM 11K02) de la 1ère UM ou du séjour de réhospitalisation (N17 Insuffisance rénale aiguë)

	<ul style="list-style-type: none"> • Chimiothérapie pour leucémie aiguë (GHM 17M05) • Chimiothérapie pour autre tumeur (GHM 17M06) • Chimiothérapie pour affections non tumorales (GHM 23M09) • Autres irradiations (GHM 17K04) • Curiéthérapies de prostate (GHM 17K05) • Autres curiéthérapies et irradiations internes (GHM 17K06) • Autres curiéthérapies (GHM 17K08) • Irradiations internes (GHM 17K09) • Prestation inter-établissements (Séjour B) • Séjours de réhospitalisation avec un acte CCAM d'accouchement par voie naturelle ou par césarienne : JQGD001, JQGD002, JQGD003, JQGD004, JQGD005, JQGD007, JQGD008, JQGD010, JQGD012, JQGD013, JQGA002, JQGA003, JQGA004, JQGA005
Nature de l'indicateur	Indicateur exprimé sous forme de ratio standardisé du nombre observé sur le nombre attendu de réhospitalisations entre 1 et 3 jours dans la population de séjours cibles de chirurgie ambulatoire.
Mode calcul	$\text{Ratio standardisé}_{ES} = \frac{\text{nombre observé}_{ES}}{\text{nombre attendu}_{ES}}$ <p><i>ES : établissement de santé</i></p> <p>Nombre de cas attendu : il est obtenu à l'aide d'une standardisation indirecte. Elle consiste à appliquer le taux de réhospitalisation national observé de la population de référence (séjours PMSI de la racine GHM 12C14 France entière) à la population étudiée d'un établissement.</p> <p><i>A noter : il n'y a pas d'ajustement sur les facteurs patients (exemple : âge, sexe, comorbidités) car ces facteurs sont pris en compte pour l'éligibilité du patient à la chirurgie ambulatoire (tryptique patient-acte-structure), et ne sont pas remis en cause dans les 3 jours après la sortie.</i></p>
Modalité de restitution du résultat de l'indicateur	<p>Le ratio standardisé du nombre observé sur attendu de réhospitalisations mesuré par établissement après hémorroïdectomie à partir des données annuelles du PMSI MCO est restitué dans un « funnel plot » (diagramme en entonnoir).</p> <p>Ce graphique permet à chaque établissement de se comparer à la valeur de référence, qui pour cet indicateur est égale à 1, et de se situer à l'intérieur ou en dehors des limites de l'entonnoir définies à 2 déviations standard (risque d'erreur de 5%) et à 3 déviations standard (risque d'erreur de 0,2%) (Cf. Guide de lecture du funnel plot).</p>
Rendus aux établissements de santé	<p>Chaque établissement a accès à ses résultats dans la plateforme sécurisée QualHAS. Les codes d'accès sont donnés par les superviseurs QualHAS et/ou le médecin DIM de chaque établissement.</p> <p>La restitution du résultat de l'indicateur validé est accompagnée d'informations et de documents pour aider à l'interprétation du résultat et à l'utilisation de l'indicateur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informations sur une année donnée, avec une évolution sur 2 années : <ul style="list-style-type: none"> ○ Nombre de séjours de patients ayant eu une prostatectomie transurétrale en ambulatoire (population cible) ○ Nombre observé de réhospitalisations dans l'établissement où a eu lieu l'intervention en ambulatoire, pour lesquelles une analyse des causes par retour au dossier est possible. • Taux brut de réhospitalisations à 30 jours au national et dans l'établissement

	<ul style="list-style-type: none"> • Des outils pour accompagner la restitution du résultat : <ul style="list-style-type: none"> ○ Fiche descriptive ○ Brochure d'information ○ Guide de lecture du funnel plot
Historique	<p>L'indicateur a été en 2022 validé pour toute utilisation. Il est depuis 2022 restitué annuellement aux établissements de santé au niveau des sites géographiques.</p> <p>La 1ère restitution de cet indicateur aux établissements a eu lieu fin 2022 à partir des données du PMSI MCO 2019, avec une évolution 2018-2019. Pas d'utilisation externe en 2022 (Cf. Ligne Utilisations).</p>

Pour en savoir plus, consulter sur le site internet de la HAS la page dédiée [à la mesure des 6 indicateurs de réhospitalisations entre 1 et 3 jours après chirurgie ambulatoire.](#)

Références

- Haute Autorité de santé. Rapport. Développement de la mesure des réhospitalisations entre 1 et 3 jours après une chirurgie ambulatoire. Identification des prises en charge avec potentiel d'amélioration par retour aux dossiers. [HAS, 2022](#)
- Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé. Cf. 6 préconisations sur la chirurgie ambulatoire. Haut conseil de santé publique. [HCSP, 2021](#)
- Haute Autorité de santé. Rapport. Méthode de développement, validation et utilisations des indicateurs de résultats mesurés à partir des bases médico-administratives. Juin 2019 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/iqss_has_methode_developpement_ir_2019.3.pdf
- Frédéric Aubrun et al. Perioperative pain and post-operative nausea and vomiting (PONV) management after day-case surgery: The SFAR-OPERA national study. *Anaesth Crit Care Pain Med* 38 (2019) 223–229.
- Déclarer et analyser les événements indésirables graves : comprendre pour agir. HAS, 2017 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2744089/fr/declarer-et-analyser-les-evenements-indesirables-graves-comprendre-pour-agir
- Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire, 2017 actualisation 2022 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241930/fr/ensemble-pour-le-developpement-de-la-chirurgie-ambulatoire
- Expérimentation des indicateurs de résultats en chirurgie ambulatoire. Rapport et Synthèse. HAS, 2017 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2022569/fr/iqss-2016-experimentation-des-indicateurs-de-processus-et-de-resultats-en-chirurgie-ambulatoire
- Slim K, Theissen A, Raucoules-Aime M. Gestion des risques en chirurgie ambulatoire et en hospitalisation courte. Recommandations de la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive (FCVD), et du Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie (GRACE). *J Chir Vasc* 2016. http://www.grace-asso.fr/sites/default/files/ambu_rehab_fcvd-grace.pdf
- International Association for Ambulatory Surgery. *Day Surgery Handbook*. 2014 http://www.iaas-med.com/files/2013/Day_Surgery_Manual.pdf
- Mathis MR, Naughton NN, Shanks AM, Freundlich RE, Pannucci CJ, Chu Y, Haus J, Morris M, Kheterpal S. Patient selection for day case-eligible surgery. Identifying those at high risk for major complications. *Anesthesiology*, 2013; 119:1310-21
- Kim C. Coley, Brian A. Williams, Stacey V. DaPos, Connie Chen, Randall B. Smith. Retrospective evaluation of unanticipated admissions and readmissions after same day surgery and associated costs. *Journal of Clinical Anesthesia* 14:349 –353, 2002