

Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins « Évaluation et prise en charge de la douleur » en MCO - Version 2023 -

Définition	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. 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.
Justification	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> ». La prévention de la douleur repose sur : • Le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et réseaux de soins ; • 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 rebelles.
Utilisations	• 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	Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements. Indicateur de type de taux. Pas d'ajustement sur le risque.
Numérateur	Nombre de séjours de patients pour lesquels : • on retrouve une évaluation de la douleur avec une échelle* dans le dossier ; ET • pour les patients présentant des douleurs au minimum d'intensité modérée, on retrouve : - 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 ; ET - 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. * voir la liste des échelles acceptées.
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	Séjours hors séances d'au moins un jour.
Critères d'exclusion	▪ 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 ».

	▪ 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.
Mode d'évaluation de l'indicateur	L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. La prise en charge de la douleur associe selon les cas des traitements médicamenteux et/ou non médicamenteux (techniques de soins). 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. Le critère est satisfait si : ▪ On retrouve une évaluation de la douleur avec une échelle* dans le dossier ; <u>ET</u> ▪ 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 ré-évaluation de la douleur avec une échelle* suite à la mise en œuvre de cette stratégie de prise en charge de la douleur. * voir la liste des échelles acceptées.

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.	
Les modifications apportées en 2023	
Pour la campagne 2023, il n'y a pas de modification de construction apportée dans l'indicateur PCD.	

Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » en MCO - Version 2023 -

Définition	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 12 critères qualité : Deux critères sont 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. Le score est calculé, en cas de conformité des critères indispensables, à partir de la traçabilité des 10 critères « qualité » : Cinq critères médico-administratifs : (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 ; Cinq critères médicaux : (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	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 ». 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. 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. » « Dans le respect des dispositions des articles L. 1110-4 et L. 1111-2, la lettre de liaison est transmise le même jour, au médecin traitant et, le cas échéant, au praticien qui a adressé le patient. Elle est adressée par messagerie sécurisée répondant aux conditions prévues à l'article L. 1110-4-1, ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations, et versée dans le dossier médical partagé du patient si ce dossier a été créé. » « II. Cette lettre de liaison contient les éléments suivants (cf décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison) : 1) identification du patient, du médecin traitant, le cas échéant du praticien adresseur, ainsi que l'identification du médecin de l'établissement de santé qui a pris en charge le patient avec les dates et modalités d'entrée et de sortie d'hospitalisation ; 2) motif d'hospitalisation ; 3) synthèse médicale du séjour précisant le cas échéant, les événements indésirables

	survenus pendant l'hospitalisation, l'identification de micro-organismes multirésistants ou émergents, l'administration de produits sanguins ou dérivés du sang, la pose d'un dispositif médical implantable ; 4) traitements prescrits à la sortie de l'établissement (ou ordonnances de sortie) ... en précisant, notamment pour les traitements médicamenteux, la posologie et la durée du traitement ; 5) annonce, le cas échéant, de l'attente de résultats d'examens ou d'autres informations qui compléteront cette lettre de liaison ; 6) suites à donner, le cas échéant, y compris d'ordre médico-social, tels que les actes prévus et à programmer, recommandations et surveillances particulières ». L'article L. 1112-1 du code de la santé publique prévoit que : « La lettre de liaison est, dans le respect des exigences prévues aux quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 1111-2, remise, au moment de sa sortie [de l'établissement de santé], au patient ou, avec son accord et dans les conditions prévues à l'article L. 1111-6, <u>à la personne de confiance</u>. »
Utilisations	L'objectif de performance est fixé à 80/100. Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé. Procédure de certification des établissements de santé. Diffusion publique, Incitations financières à l'amélioration de la qualité (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet – cf cadre réglementaire.
Type d'indicateur	Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements. Score composite. Pas d'ajustement sur le risque.
Score individuel	Un score individuel est calculé pour chaque dossier. Il correspond à la somme des critères conformes 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.
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	▪ Séjours hors séances d'au moins un jour ; ▪ Séjours de patients sortis à « domicile » (code de mouvement « 8 »).
Critères d'exclusion	Exclusions à partir du tirage au sort principal : ▪ 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. Exclusion spécifique à l'indicateur QLS : ▪ Séjours de patients non sortis à domicile.
Mode d'évaluation de la conformité des critères de l'indicateur	L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire permettant de calculer les critères. ▪ Deux critères indispensables : 1. Lettre de liaison à la sortie retrouvée (critère 1) Le critère est satisfait si la lettre de liaison à la sortie est retrouvée dans le dossier médical.

Quand le critère n'est pas satisfait, le score 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 soins**⁴ ». 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 ajouté 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.

Les modifications apportées 2023

Pour la campagne 2023, il n'y a pas de modification de construction apportée dans l'indicateur QLS.

Dans les consignes de remplissage, les paragraphes II et III ont été actualisés au niveau du texte (surlignage en gris) et certains liens internet ont été mis à jour.

Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins « Taux de patients hospitalisés ayant une prescription d'antibiotiques inférieure ou égale à 7 jours, ou justifiée pour une durée supérieure, pour infection respiratoire basse » en MCO¹

Définition	Cet indicateur évalue la conformité de la durée d'antibiothérapie prescrite aux patients hospitalisés plus de 24h en MCO et présentant une infection respiratoire basse. Il mesure le taux de patients hospitalisés pour lesquels des antibiotiques ont été prescrits pour une durée de 7 jours maximum, ou plus si justifiée*, pour une infection respiratoire basse *justification par arguments d'échec clinique et/ou microbiologique
Justification	La France est le 4^e pays le plus consommateur d'antibiotiques en Europe parmi les 27 pays participant à la surveillance européenne². Selon la mission nationale de surveillance et de prévention de l'antibiorésistance en établissements de santé (Spares)³, en 2021 : la quantité consommée dans 1717 établissements de santé volontaires pour surveiller et analyser la consommation des antibiotiques au regard de l'exposition des patients (journées d'hospitalisation) est de 282 doses pour 1000 journées d'hospitalisation. Cette valeur est plus faible qu'en 2020, avec notamment des consommations plus faibles de macrolides et de fluoroquinolones. Toutefois, la consommation d'autres antibiotiques considérés comme à large spectre par le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) – par exemple les céphalosporines de 3^e génération, les carbapénèmes et les antibiotiques actifs contre les staphylocoques résistants à la méticilline – a progressé⁴. La nouvelle stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance⁵ inclut l'indicateur ATBIR et a donc comme objectif celui de limiter la durée de prescription à 7 jours maximum pour les infections courantes. <i>In fine</i>, l'objectif est la réduction de la consommation globale française des antibiotiques en rejoignant la moyenne de la consommation européenne. Le groupe des maladies infectieuses de la Société De Pathologie Infectieuse De Langue Française (SPILF) dans ses propositions de traitements plus courts publiées en 2017 ⁶ a listé les infections justifiant un traitement de 5 à 7 jours. Les durées de traitement recommandées des infections respiratoires basses sont de 7 jours ou moins.
Type d'indicateur	Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements. Indicateur de type de taux. Pas d'ajustement sur le risque.

¹ L'indicateur est appelé ATBIR MCO dans QualHAS.

² https://www.preventioninfection.fr/wp-content/uploads/2022/11/2022_Synthese_Une_Seule_Sante_Web_BAT_vdef.pdf

³ <https://www.preventioninfection.fr/spares-surveillance-et-prevention-de-lantibioresistance-en-etablissements-de-sante/>

⁴ Santé publique France. Dossier thématique « Résistance aux antibiotiques ». Accessible à l'URL : <https://www.santepubliquefrance.fr/ratb>

⁵ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_2022_2025_prevention_des_infections_et_de_l_antibioresistance.pdf

⁶ Société De Pathologie Infectieuse De Langue Française (SPILF). Recommandations du groupe de la Médecine et maladies infectieuses. Proposition pour des antibiothérapies plus courtes. Méd Mal Infect 2017 ; 47 : 92-141.

Numérateur	Nombre de séjours de patients (adulte et enfant) ayant une infection respiratoire basse pour lesquels une antibiothérapie de durée inférieure ou égale à 7 jours a été prescrite au cours de leur séjour, ou justifiée pour une durée supérieure.
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	Séjours en MCO d'une durée minimum de 24h (1 nuit) comportant les codes d'infections respiratoires basses - en diagnostics principaux ou associés : - J13 : pneumonie due à <i>Streptococcus pneumoniae</i> - J14 : pneumopathie due à <i>Haemophilus influenzae</i> - J15.0 à J15.9 : pneumopathie bactériennes, NCA* - J16.0, J16.8 : pneumopathies dues à d'autres microorganismes infectieux, NCA - J17.0 à J17.8 : pneumopathie avec maladie classée ailleurs - J18.0, J18.1, J18.2, J18.8, J18.9 : pneumopathie à microorganisme SAI ** - J69.0, J69.1, J69.8 : pneumopathie due à des substances solides et liquides *NCA : non classée par ailleurs ** SAI : sans autres indications - en diagnostics principaux uniquement : - J44.0 : maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures
Critères d'exclusion	Séjours des nouveau-nés dits « non hospitalisés » Séjours de patients présentant, en plus des codes d'inclusion, les codes CIM-10 ci-dessous (DP, DA ou DR) : - A310 : Mycobactérie - A430 : Nocardia - A481 : Legionellose - A15 : Tuberculose de l'appareil respiratoire, avec confirmation bactériologique et histologique - A16 : Tuberculose de l'appareil respiratoire, sans confirmation bactériologique ou histologique - B44 : Aspergillose - B59 : Pneumocystose - D60 : Aplasie médullaire - D61 : Autres aplasie médullaire - E84 : Mucoviscidose - J47 : Bronchectasie (dilatation des bronches) - J852 : Abscès du poumon - J860 : Pyothorax avec fistule - J869 : Pyothorax sans fistule - R091 : inflammation de la plèvre - Z942 : Greffe de poumon (Transplantation pulmonaire) - Z943 : Greffe de cœur et poumon (Transplantation cardio-pulmonaire)
Critères d'exclusion secondaires	Séjours de patients traités par antibiotiques pour plusieurs infections concomitantes Séjours de patients traités par antiviraux ou antifongiques pour une infection respiratoire basse d'étiologie non bactérienne Séjours de patients décédés durant la première semaine de traitement antibiotiques
Mode d'évaluation de l'indicateur	L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. L'indicateur est satisfait si la durée totale cumulée prescrite d'antibiotiques pour infection respiratoire basse est inférieure ou égale à 7 jours ou si elle est justifiée* pour une durée supérieure. *justification par arguments d'échec clinique et/ou microbiologique

	Indicateur de consommation des solutions hydroalcooliques (ICSHA) : recueil 2023
Définition	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 solutions/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. ICSHA est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains (selon une technique de référence).
Justification	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. 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.
Type d'indicateur	Indicateur de processus
Résultat chiffré	ICSHA est le pourcentage de volume de solutions hydroalcooliques réel délivré par rapport au volume minimal théorique de SHA à délivrer. Deux résultats sont produits : • 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 Établissements 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	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 : <table border="1" data-bbox="555 313 1343 504"> <thead> <tr> <th>Classe de performance de l'établissement</th><th>% du volume minimal théorique de PHA à délivrer</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td><td>≥ 100%</td></tr> <tr> <td>B</td><td>De 80% à 99%</td></tr> <tr> <td>C</td><td><80%</td></tr> </tbody> </table> Les établissements ne saisissant pas leurs données sont classés comme non-répondants.	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	Tous les établissements de santé à l'exception de ceux identifiés dans les critères d'exclusion.								
Critères d'exclusion	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 (CBV) <u>Attention</u> ➔ Pour les SSR d'addictologie, il est nécessaire de se connecter sur QualHAS, et si l'établissement est bien inscrit, de cocher la case « activité exclusive d'addictologie » puis de valider la saisie pour confirmer le statut. ➔ Pour les MECSS et les CBV, il est nécessaire de se connecter sur QualHAS et vérifier si l'établissement est inscrit. Si c'est le cas, contacter contact.igss@has-sante.fr pour que l'on puisse changer votre statut. Il est rappelé que le personnel des EHPAD (secteur médico-social) n'est pas à comptabiliser pour l'indicateur qui ne concerne que le secteur sanitaire. La consommation des PHA en EHPAD est recueillie par la mission nationale PRIMO : https://antibioresistance.fr/prevention_infections								

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

Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre

2023

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	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. 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. 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. 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.
Utilisations	▪ 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	▪ Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements. ▪ Indicateur de type taux ▪ Pas d'ajustement sur le risque.
Numérateur	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 : ▪ 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.
Critères	▪ Séjours inférieurs ou égal à 7 jours ;

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

² <http://www.compaqhpst.fr/fr/>

d'exclusion	▪ 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	L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. 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. L'évaluation s'effectue au moyen du jugement clinique ou d'une échelle d'évaluation du risque d'escarre.

Historique de l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre »
Rappel sur le développement de l'indicateur
Cet indicateur est pertinent et très spécifique de la prise en charge en HAD. Le recueil de l'indicateur TRE est optionnel depuis 2009 pour les établissements de santé ayant une activité MCO, et ceux ayant une activité SSR. Depuis 2010, le recueil de l'indicateur est obligatoire pour les établissements ayant une activité HAD sur une population ciblée : patient dont l'indice de Karnofsky de la première semaine est inférieur ou égal à 50. 6 campagnes ont déjà eu lieu.
Modifications de l'indicateur en 2023
Pas de modifications en 2023

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

Evaluation et prise en charge de la douleur

2023

Définition	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. 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.
Justification	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 ▪ 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	▪ 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	▪ Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements. ▪ Indicateur de type taux ▪ Pas d'ajustement sur le risque.
Echantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 60 séjours tirés au sort sur l'année N-1.
Numérateur	Nombre de séjours de patients pour lesquels le dossier comporte : • Une évaluation de la douleur avec une échelle* entre la pré admission et J7 dans le dossier ; ET • 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. * Voir la liste des échelles acceptées.
Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Critères d'inclusion	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.

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

Critères d'exclusion	Sont exclus, les séjours : ▪ 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'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. La prise en charge de la douleur associe selon les cas des traitements médicamenteux et/ou non médicamenteux (techniques de soins). 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. Le critère est satisfait si : • On retrouve une évaluation de la douleur avec une échelle* entre la pré admission et J7 dans le dossier ; <u>ET</u> • 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 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.

La 1ere campagne nationale de l'indicateur s'est déroulée en 2022

Modifications de l'indicateur en 2023

Pas de modifications en 2023

Fiche descriptive de l'indicateur « Repérage et proposition d'aide à l'arrêt des addictions chez les patients adultes »¹

Psychiatrie et santé mentale – périmètre « ambulatoire »

Version 2023

Définition	Cet indicateur évalue la qualité de l'évaluation et de la prise en charge des addictions chez les patients adultes par le périmètre « ambulatoire » (CMP, HDJ...) d'un établissement de santé psychiatrique. Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité de cette évaluation et de prise en charge est d'autant plus grande que le score est proche de 100. L'indicateur est calculé à partir de 3 critères qualité : (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	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, en ambulatoire [...] et après les hospitalisations en psychiatrie</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. Cela consiste notamment en une évaluation de la consommation et une aide à l'arrêt des addictions (tabac, alcool, cannabis...).
Utilisations	L'objectif de performance est fixé à 80/100. Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé. Procédure de certification des établissements de santé. Diffusion publique : non applicable. Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ) : non applicable.
Type d'indicateur	Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements. Score composite. Pas d'ajustement au risque.
Score individuel	Un score individuel est calculé pour chaque dossier de patient. Il correspond à la somme des critères conformes divisé par le nombre de critères applicables.
Score global	Le score global est calculé pour l'ensemble des dossiers de patients. 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 dossiers de patients, tirés au sort sur l'année N-1.

¹ Cet indicateur fait partie du set d'indicateurs relatifs à la prise en charge somatique en établissement de santé psychiatrique (pour le périmètre « ambulatoire », il s'agit également de l'indicateur « Vigilance sur l'état cardio-vasculaire et métabolique chez les patients adultes » et de l'information complémentaire « Vigilance sur le transit intestinal 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.

Critères d'inclusion	Au sein du RIM-P de l'année N-1, parmi les RAA et les RPS, sélection des patients : • Ayant eu au moins 2 entretiens médicaux* au cours de l'année N-1, dont au moins 1 entretien médical sur le 2^{ème} semestre de l'année N-1. Un délai égal ou supérieur à 90 jours est requis entre le dernier entretien médical sur le 2^{ème} semestre de l'année N-1 et le 1^{er} entretien médical de l'année N-1 ; • Sans hospitalisation à temps plein au cours de l'année N-1 (RPS forme d'activité code 01) ; • Sans prise en charge en centre de postcure psychiatrique au cours de l'année N-1 (RPS forme d'activité code 06) ; • Sans prise en charge en centre de crise au cours de l'année N-1 (RPS forme d'activité code 07) ; • Agés de 18 ans ou plus lors du 1^{er} entretien médical de l'année N-1. <i>* Entretien médical : au sein des RAA en forme d'activité code 30 (accueil et soins en CMP), sélection des actes ayant les caractéristiques suivantes :</i> ○ <i>Lieu de l'acte : L01 (CMP) ;</i> ○ <i>Nature de l'acte : code E (entretien) ;</i> ○ <i>Catégorie professionnelle de l'intervenant : code M ou X (médecin).</i>
Critères d'exclusion primaires	Sont exclus les patients : • Ayant eu un séjour d'hospitalisation à temps plein au cours de l'année N-1 (RPS forme d'activité code 01) ; • Ayant eu une prise en charge en centre de postcure psychiatrique au cours de l'année N-1 (RPS forme d'activité code 06) ; • Ayant eu une prise en charge en centre de crise au cours de l'année N-1 (RPS forme d'activité code 07) ; • Ayant eu moins de 2 entretiens médicaux au cours de l'année N-1 ; • Pour lesquels il n'est retrouvé aucun entretien médical sur le 2^{ème} semestre de l'année N-1 ; • Pour lesquels le délai entre le dernier entretien médical sur le 2^{ème} semestre de l'année N-1 et le 1^{er} entretien médical de l'année N-1 est strictement inférieur à 90 jours ; • Strictement âgés de moins de 18 ans lors du 1^{er} entretien médical de l'année N-1.

Mode d'évaluation de la conformité des critères de l'indicateur	L'évaluation des dossiers du périmètre « ambulatoire » (CMP, HDJ...) de l'établissement de santé psychiatrique est réalisée à l'aide d'un questionnaire permettant de calculer les critères. Le tirage au sort se fait sur la réalisation de deux entretiens médicaux au cours de l'année N-1. Toutefois, les dossiers de patients sélectionnés peuvent avoir eu également d'autres actes en CMP au cours de l'année N-1, de nature différente (entretien, réunion ou autre : EDGAR) et quel que soit la catégorie professionnelle de l'intervenant (MIPARESXY). Ainsi, l'audit du dossier du patient porte sur : • Le dernier acte en CMP, quel que soit la nature et la catégorie professionnelle de l'intervenant (consultation index) ; • Et sur l'ensemble du dossier patient dans les 12 mois précédant ce dernier acte (dossier de CMP, dossier d'HDJ ...). Repérage et proposition d'aide à l'arrêt ou à la réduction de la consommation de tabac (si patient fumeur) (critère 1) Le critère est satisfait si est retrouvée : • Une mention d'un repérage 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 d'aide à l'arrêt de la consommation du tabac. Repérage et proposition d'aide à l'arrêt ou à la réduction de la consommation d'alcool (si consommation à risque) (critère 2) Le critère est satisfait si est retrouvée : • Une mention d'un repérage 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 d'aide à l'arrêt ou à la réduction de la consommation d'alcool. Repérage et proposition d'aide à l'arrêt ou à la réduction de la consommation de cannabis (si consommation) (critère 3) Le critère est satisfait si est retrouvée : • Une mention d'un repérage 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 d'aide à l'arrêt ou la réduction de la consommation de cannabis.
---	---

Historique de l'indicateur « Repérage et proposition d'aide à l'arrêt 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 par le périmètre « ambulatoire » (CMP, HDJ ...) d'un établissement de santé psychiatrique à travers 3 critères.

Cet indicateur a été expérimenté aux troisième et quatrième trimestres 2019, dans 83 établissements de santé volontaires ayant une activité ambulatoire de psychiatrie. La pertinence, les qualités métrologiques et la faisabilité du recueil ont été validés par la HAS. Le score de conformité de l'indicateur était égal à 14% et un quart des établissements avait une moyenne inférieure à 6,7%. La variabilité inter-établissements de santé a justifié l'intérêt de généraliser cet indicateur pour le périmètre « ambulatoire ». La première campagne nationale de recueil de cet indicateur devait avoir lieu en 2020. Elle a lieu en 2021 et il s'agit 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.

Pas de campagne de recueil en 2022

Les modifications apportées pour la campagne nationale 2023

Le titre de l'indicateur a été modifié en lien avec les modifications du temps plein :

« Evaluation et prise en charge des addictions chez les patients adultes » devient « Repérage et proposition d'aide à l'arrêt des addictions chez les patients adultes »



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Fiche descriptive de l'indicateur « Vigilance sur l'état cardio-vasculaire et métabolique chez les patients adultes »¹

Psychiatrie et santé mentale – périmètre « ambulatoire »

Version 2023

Définition	Cet indicateur évalue la qualité de la vigilance sur l'état cardio-vasculaire et métabolique chez les patients adultes par le périmètre « ambulatoire » (CMP, HDJ ...) d'un établissement de santé psychiatrique. Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité de cette vigilance est d'autant plus grande que le score est proche de 100. L'indicateur est calculé à partir de 6 critères qualité : (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	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, en ambulatoire [...] et après les hospitalisations en psychiatrie</i> ». Elles soulignent le bénéfice pour tout patient ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique d'avoir un suivi somatique et 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... Les acteurs du périmètre « ambulatoire » doivent être vigilants que le patient ait bénéficié de cette évaluation. Cette vigilance sur l'état cardio-vasculaire et métabolique du patient peut notamment se faire dans le cadre d'échanges entre le périmètre « ambulatoire » et la médecine de ville (médecin généraliste, médecin traitant, psychiatre libéral...).
Utilisations	L'objectif de performance est fixé à 80/100. Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé. Procédure de certification des établissements de santé. Diffusion publique : non applicable. Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ) : non applicable.

¹ Cet indicateur fait partie du set d'indicateurs relatifs à la prise en charge somatique en établissement de santé psychiatrique (pour le périmètre « ambulatoire », il s'agit également de l'indicateur « Evaluation et prise en charge des addictions chez les patients adultes » et de l'information complémentaire « Vigilance sur le transit intestinal 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.

Type d'indicateur	Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements. Score composite. Pas d'ajustement au risque.
Score individuel	Un score individuel est calculé pour chaque dossier de patient. Il correspond à la somme des critères conformes divisé par le nombre de critères applicables.
Score global	Le score global est calculé pour l'ensemble des dossiers de patients. 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 dossiers de patients, tirés au sort sur l'année N-1.
Critères d'inclusion	Au sein du RIM-P de l'année N-1, parmi les RAA et les RPS, sélection des patients : • Ayant eu au moins 2 entretiens médicaux* au cours de l'année N-1, dont au moins 1 entretien médical sur le 2^{ème} semestre de l'année N-1. Un délai égal ou supérieur à 90 jours est requis entre le dernier entretien médical sur le 2^{ème} semestre de l'année N-1 et le 1^{er} entretien médical de l'année N-1 ; • Sans hospitalisation à temps plein au cours de l'année N-1 (RPS forme d'activité code 01) ; • Sans prise en charge en centre de postcure psychiatrique au cours de l'année N-1 (RPS forme d'activité code 06) ; • Sans prise en charge en centre de crise au cours de l'année N-1 (RPS forme d'activité code 07) ; • Agés de 18 ans ou plus lors du 1^{er} entretien médical de l'année N-1 ; • Sous traitement psychotrope dans les 12 mois incluant ou précédant la consultation index (dernier acte en CMP de l'année N-1). <i>* Entretien médical : au sein des RAA en forme d'activité code 30 (accueil et soins en CMP), sélection des actes ayant les caractéristiques suivantes :</i> ○ <i>Lieu de l'acte : L01 (CMP) ;</i> ○ <i>Nature de l'acte : code E (entretien) ;</i> ○ <i>Catégorie professionnelle de l'intervenant : code M ou X (médecin).</i>
Critères d'exclusion primaires	Sont exclus les patients : • Ayant eu un séjour d'hospitalisation à temps plein au cours de l'année N-1 (RPS forme d'activité code 01) ; • Ayant eu une prise en charge en centre de postcure psychiatrique au cours de l'année N-1 (RPS forme d'activité code 06) ; • Ayant eu une prise en charge en centre de crise au cours de l'année N-1 (RPS forme d'activité code 07) ; • Ayant eu moins de 2 entretiens médicaux au cours de l'année N-1 ; • Pour lesquels il n'est retrouvé aucun entretien médical sur le 2^{ème} semestre de l'année N-1 ; • Pour lesquels le délai entre le dernier entretien médical sur le 2^{ème} semestre de l'année N-1 et le 1^{er} entretien médical de l'année N-1 est strictement inférieur à 90 jours ; • Strictement âgés de moins de 18 ans lors du 1^{er} entretien médical de l'année N-1.
Critères d'exclusion secondaires	• Patients qui ne sont pas sous traitement psychotrope dans les 12 mois incluant ou précédant la consultation index (dernier acte en CMP de l'année N-1).

Mode d'évaluation de la conformité des critères de l'indicateur	L'évaluation des dossiers du périmètre « ambulatoire » (CMP, HDJ...) de l'établissement de santé psychiatrique est réalisée à l'aide d'un questionnaire permettant de calculer les critères. Le tirage au sort se fait sur la réalisation de deux entretiens médicaux au cours de l'année N-1. Toutefois, les dossiers de patients sélectionnés peuvent avoir eu également d'autres actes en CMP au cours de l'année N-1, de nature différente (entretien, réunion ou autre : EDGAR) et quel que soit la catégorie professionnelle de l'intervenant (MIPARESXY). Ainsi, l'audit du dossier du patient porte sur : • Le dernier acte en CMP, quel que soit la nature et la catégorie professionnelle de l'intervenant (consultation index) ; • Et sur l'ensemble du dossier patient dans les 12 mois précédant ce dernier acte (dossier de CMP, dossier d'HDJ ...). Antécédents cardiovasculaires et métaboliques personnels (critère 1) Le critère est satisfait si est retrouvée : • Une mention d'une recherche des antécédents cardio-vasculaires et métaboliques personnels ; • OU la justification de l'absence de cette recherche. Facteurs de risque thrombo-emboliques (critère 2) Le critère est satisfait si est retrouvée : • Une mention d'une recherche des facteurs de risque thrombo-emboliques ; • OU la justification de l'absence de cette recherche. Mesure de la pression artérielle (critère 3) Le critère est satisfait si est retrouvée : • Une mesure de la pression artérielle ; • OU la justification de l'absence de cette mesure. Mesure des paramètres anthropométriques (critère 4) Le critère est satisfait si est retrouvée : • 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. Conclusion médicale vis-à-vis d'un électrocardiogramme (critère 5) Le critère est satisfait si est retrouvée : • Une trace d'un électrocardiogramme datant de moins de 12 mois ; • OU la justification de l'absence de cette conclusion. Résultats vis-à-vis des examens sanguins (critère 6) Le critère est satisfait si est retrouvé : • 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 « Vigilance sur l'état cardio-vasculaire et métabolique chez les patients adultes »

Rappel sur le développement de l'indicateur

L'indicateur « Vigilance sur l'état 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 la vigilance sur l'état cardio-vasculaire et métabolique par le périmètre « ambulatoire » (CMP, HDJ...) d'un établissement de santé psychiatrique à travers 6 critères.

Cet indicateur a été expérimenté aux troisième et quatrième trimestre 2019, dans 72 établissements de santé volontaires ayant une activité ambulatoire de psychiatrie. La pertinence, les qualités métrologiques et la faisabilité du recueil ont été validés par la HAS. Le score de conformité de l'indicateur était égal à 10,5% et un quart des établissements avait une moyenne inférieure à 5,9%. La variabilité inter-établissements de santé a justifié l'intérêt de généraliser cet indicateur pour le périmètre « ambulatoire ». La première campagne nationale de recueil de cet indicateur devait avoir lieu en 2020. Elle a lieu en 2021 et il s'agit 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 :

- 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 ;
- Hormis pour certains paramètres (mesure de la pression artérielle, mesures des paramètres anthropométriques...), l'évaluation de l'état cardio-vasculaire et métabolique peut être faite par le périmètre « ambulatoire » (CMP, HDJ...) et/ou par un (des) médecin(s) extérieur(s) (ex. médecin généraliste, cardiologue, urgences...). Le périmètre « ambulatoire » a pour rôles d'être vigilant sur la réalisation de cette évaluation et d'avoir un suivi de l'état cardio-vasculaire et métabolique ;
- Cibler les patients âgés de 18 ans ou plus et sous traitement psychotrope.

Les modifications apportées pour la campagne nationale 2021

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

Pas de campagne de recueil en 2022

Les modifications apportées pour la campagne nationale 2023

Les modifications apportées pour cette campagne concernent principalement des éléments de consignes, notamment les consignes relatives à l'ECG : il est attendu la trace annuelle d'un électrocardiogramme.

Historique de l'information complémentaire « Vigilance sur le transit intestinal chez les patients adultes »

Rappel

L'indicateur « Evaluation gastro-intestinale chez les patients adultes » a été développé pour le périmètre « hospitalisation à temps plein », à partir des 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)³. L'un des objectifs principaux de ces recommandations est « *l'amélioration de la prise en charge somatique des patients souffrant de troubles psychiatriques graves et chroniques* ». Elles soulignent le risque de survenue de pathologies somatiques chez ces patients, pouvant être d'origine iatrogénique et liées à des effets indésirables des traitements. La consommation de psychotropes, et plus particulièrement des antipsychotiques, peut entraîner des troubles du transit (constipation, fécalome, occlusion intestinale...) et des troubles de la déglutition (liées à des dyskinésies oro-faciales). Ces troubles peuvent également survenir à distance de la mise en œuvre d'un traitement. Un travail de prévention est donc nécessaire, avec « *une recherche active des troubles du transit* » et de la déglutition.

L'indicateur a également été développé pour le périmètre « ambulatoire », dans le cadre d'un groupe de travail d'experts. Sa pertinence clinique a été confrontée à la réalité de terrain ainsi que sa faisabilité. Son expérimentation a eu lieu aux troisième et quatrième trimestres 2019, dans 91 établissements de santé volontaires ayant une activité ambulatoire de psychiatrie. A l'issue de cette expérimentation, la partie concernant l'évaluation déglutition a été jugée faible sur le plan de la pertinence clinique. Par ailleurs, d'un point de vue global, l'indicateur présentait des qualités métrologiques insuffisantes : le taux de conformité de l'indicateur était égal 1,7% et un quart des établissements avait une moyenne inférieure à 0%. Ceci traduit l'absence de variabilité inter-établissements de santé et de caractère discriminant.

Toutefois, la partie sur l'évaluation du transit intestinal a été jugée primordiale et sera donc recueillie en information complémentaire pour l'amélioration de la qualité et des pratiques. Elle devait être recueillie dans le cadre de la première campagne nationale des indicateurs en 2020. Elle a lieu en 2021 et il s'agit du recueil d'établissements volontaires.

Les modifications apportées en 2020

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

- L'évaluation du transit intestinal peut être réalisée par des professions médicales et paramédicales ;
- L'évaluation du transit intestinal peut être réalisé par des professionnels de santé extérieurs au périmètre « ambulatoire » de l'établissement de santé ;
- Cibler les patients âgés de 18 ans ou plus et sous traitement psychotrope.

Les modifications apportées pour un recueil en 2021

Aucune modification n'a été apportée à l'information complémentaire « Vigilance sur le transit intestinal chez les patients adultes » pour 2021.

En raison de la situation sanitaire liée à l'épidémie au Covid-19, le tirage au sort des dossiers des patients est réalisé exceptionnellement sur l'année 2019 pour la campagne 2021, et non sur les dossiers des patients de l'année 2020.

Pas de campagne de recueil en 2022

Les modifications apportées pour un recueil en 2023

Aucune modification n'a été apportée à l'information complémentaire « Vigilance sur le transit intestinal chez les patients adultes » pour 2023.

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.

Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins
« Évaluation et prise en charge de la douleur somatique »¹
Psychiatrie et santé mentale – périmètre « hospitalisation à temps plein »
Version 2023

Définition	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. 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.
Justification	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> ». La prévention de la douleur repose sur : • 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. 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> ».
Utilisations	L'objectif de performance est fixé à 80%, soit 8 dossiers sur 10. Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé. Procédure de certification des établissements de santé. Diffusion publique, Incitations financières à l'amélioration de la qualité (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet – cf cadre réglementaire.
Type d'indicateur	Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements. Indicateur de type taux. Pas d'ajustement au risque.

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 « Repérage et proposition d'aide à l'arrêt 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	Nombre de séjours de patients pour lesquels : - 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) ; ET - Pour les patients présentant des douleurs somatiques au minimum d'intensité modérée, on retrouve : - 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. * voir la liste des échelles acceptées
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	Au sein du RIM-P de l'année N-1, parmi les RPS, sélection des séjours suivants : - 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	- 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	L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. La prise en charge de la douleur somatique associe selon les cas des traitements médicamenteux et/ou non médicamenteux (techniques de soins). Il convient de retrouver la mise en œuvre de la stratégie de prise en charge de la douleur somatique : 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. Le critère est satisfait si : - 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) ; ET - Pour les patients présentant des douleurs somatiques au minimum d'intensité modérée, on retrouve : - 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. * voir la liste des échelles acceptées

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.

Les modifications apportées pour la campagne nationale 2023

Aucune modification n'a été apportée à l'indicateur « Evaluation et prise en charge de la douleur somatique » pour 2023.

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

« Qualité de la lettre de liaison à la sortie »

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

Version 2023

Définition	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 12 critères qualité : Deux critères sont 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. Le score est calculé, en cas de conformité des critères indispensables, à partir de la traçabilité des 10 critères « qualité » : Cinq critères médico-administratifs : (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 ; Cinq critères médicaux : (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	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 ». 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. 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. » « Dans le respect des dispositions des articles L. 1110-4 et L. 1111-2, la lettre de liaison est transmise le même jour, au médecin traitant et, le cas échéant, au praticien qui a adressé le patient. Elle est adressée par messagerie sécurisée répondant aux conditions prévues à l'article L. 1110-4-1, ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations, et versée dans le dossier médical partagé du patient si ce dossier a été créé. »

	« II. Cette lettre de liaison contient les éléments suivants : 1) Identification du patient, du médecin traitant, le cas échéant du praticien adresseur, ainsi que l'identification du médecin de l'établissement de santé qui a pris en charge le patient avec les dates et modalités d'entrée et de sortie d'hospitalisation ; 2) Motif d'hospitalisation ; 3) Synthèse médicale du séjour précisant le cas échéant, les événements indésirables survenus pendant l'hospitalisation, l'identification de micro-organismes multirésistants ou émergents, l'administration de produits sanguins ou dérivés du sang, la pose d'un dispositif médical implantable ; 4) Traitements prescrits à la sortie de l'établissement (ou ordonnances de sortie) ... en précisant, notamment pour les traitements médicamenteux, la posologie et la durée du traitement ; 5) Annonce, le cas échéant, de l'attente de résultats d'examens ou d'autres informations qui compléteront cette lettre de liaison ; 6) Suites à donner, le cas échéant, y compris d'ordre médico-social, tels que les actes prévus et à programmer, recommandations et surveillances particulières ». L'article L. 1112-1 du code de la santé publique prévoit que : « La lettre de liaison est, dans le respect des exigences prévues aux quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 1111-2, remise, au moment de sa sortie [de l'établissement de santé], au patient ou, avec son accord et dans les conditions prévues à l'article L. 1111-6, à la personne de confiance. »
Utilisations	L'objectif de performance est fixé à 80/100. Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé. Procédure de certification des établissements de santé. Diffusion publique, Incitations financières à l'amélioration de la qualité (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet – cf cadre réglementaire.
Type d'indicateur	Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements. Score composite. Pas d'ajustement au 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 N-1.
Critères d'inclusion	Au sein du RIM-P de l'année N-1, parmi les RPS, sélection des séjours suivants : • 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	• 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.
Mode d'évaluation de la conformité des critères de l'indicateur	L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire permettant de calculer les critères. Deux critères indispensables : 1. Lettre de liaison à la sortie retrouvée (critère 1) Le critère est satisfait si la lettre de liaison à la sortie est retrouvée dans le dossier médical. Quand le critère n'est pas satisfait, le score 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 à la sortie 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 remise au patient de la lettre de liaison à la sortie ; - Si on retrouve la mention du refus du patient de recevoir sa lettre de liaison ; - Si on retrouve la justification de la non-remise au patient. 4. Identification et envoi au médecin traitant (critère 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 du patient, de façon lisible l'identification du médecin traitant : nom ET adresse (postale ou électronique) ; ET : - Si la lettre de liaison est envoyée au médecin traitant 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 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.

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

Première campagne obligatoire

Troisième campagne nationale 2023

Pour la campagne 2023, il n'y a pas de modification apportée à l'indicateur QLS.

Dans les consignes, dans l'onglet « Les éléments attendus dans la synthèse médicale de séjour », les paragraphes II et III ont été actualisés au niveau du texte (surlignage en gris) et certains liens internet ont été mis à jour.

Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins « Évaluation et prise en charge de la douleur » en SMR

La dénomination SSR disparaît le 1er juin 2023 pour devenir SMR

- Version 2023 -

Définition	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. 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.
Justification	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 : • 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	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	Indicateur de type de taux. Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements. Ajustement sur le risque : non
Numérateur	Nombre de séjours de patients pour lesquels : • Une évaluation de la douleur réalisée avec une échelle* est tracée dans le dossier ET • 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) ET • Le patient présentant des douleurs au minimum d'intensité modérée bénéficie d'une stratégie de prise en charge de la douleur mise en œuvre ET • Cette prise en charge est évaluée avec une échelle*

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

	* Echelles retenues pour évaluer la douleur (voir la liste des échelles acceptées)
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	• Séjours de patients quel que soit l'âge, hospitalisés au moins 8 jours en SMR entre le 1er février et le 30 novembre de l'année N-1 (2022) • Séjours non précédés d'un autre séjour en SMR dans le mois précédent et non suivis d'un séjour en SMR 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	• 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	L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. La prise en charge de la douleur associe selon les cas des traitements médicamenteux et/ou non médicamenteux (techniques de soins). 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. Le critère est satisfait si : • 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) ; ET • 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. * Echelles retenues pour évaluer la douleur (voir la liste des échelles acceptées)

Historique des indicateurs

Historique de l'indicateur « Évaluation et prise en charge de la douleur » en SMR
Indicateur Traçabilité de l'évaluation de la douleur en 2009
En 2009 l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur » évalue la proportion de séjours pour lesquels il est retrouvé : • au moins un résultat de mesure de la douleur, avec une échelle, ET si le patient présentait des douleurs nécessitant une prise en charge • 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 »).
2023
La dénomination SSR disparaît le 1er juin 2023 pour devenir SMR

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

« Qualité de la lettre de liaison à la sortie » en SMR

La dénomination SSR disparaît le 1er juin 2023 pour devenir SMR

- Version 2023 -

Définition	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 : Deux critères sont 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. Le score est calculé, en cas de conformité des critères indispensables, à partir de la traçabilité des 8 critères « qualité » : Cinq critères médico-administratifs : (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 ; Trois critères médicaux : (8) Motif de l'hospitalisation ; (9) Synthèse médicale du séjour ; (10) Traitements médicamenteux de sortie.
-------------------	---

Justification	La lettre de liaison est un élément clé de la continuité des soins. Elle ne crée pas de nouveau document car elle remplace le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie (article R1112-2 du code de santé publique - version du 1^{er} janvier 2017 modifiée par le décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 (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 ». 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. Article R.1112-1-2 du CSP créé par l'article 1 du décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 : « <i>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.</i> » <i>« 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. »</i> « II. Cette lettre de liaison contient les éléments suivants : - 1° Identification du patient, du médecin traitant, le cas échéant du praticien adresseur, ainsi que l'identification du médecin de l'établissement de santé qui a pris en charge le patient avec les dates et modalités d'entrée et de sortie d'hospitalisation ; - 2° Motif d'hospitalisation ; - 3° Synthèse médicale du séjour précisant le cas échéant, les événements indésirables survenus pendant l'hospitalisation, l'identification de micro-organismes multirésistants ou émergents, l'administration de produits sanguins ou dérivés du sang, la pose d'un dispositif médical implantable ; - 4° Traitements prescrits à la sortie de l'établissement (ou ordonnances de sortie) ... en précisant, notamment pour les traitements médicamenteux, la posologie et la durée du traitement ; - 5° Annonce, le cas échéant, de l'attente de résultats d'examens ou d'autres informations qui compléteront cette lettre de liaison ; - 6° Suites à donner, le cas échéant, y compris d'ordre médico-social, tels que les actes prévus et à programmer, recommandations et surveillances particulières ». L'article L. 1112-1 du code de la santé publique prévoit 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, <u>à la personne de confiance.</u> »
Utilisations	L'objectif de performance est fixé à 80/100, soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées. Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé. Procédure de certification des établissements de santé.

	Diffusion publique, incitations financières à l'amélioration de la qualité (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet. Cf. cadre réglementaire https://www.has-sante.fr/jcms/c_493937/fr/l-incitation-financiere-pour-l-amelioration-de-la-qualite-ifaq
Type d'indicateur	Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements. Score composite. Pas d'ajustement sur le risque.
Score individuel	Un score individuel est calculé pour chaque dossier. Il correspond à la somme des critères conformes 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.
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 (x 100).
Echantillon	Le score global est calculé sur un échantillon aléatoire de 70 dossiers.
Critères d'inclusion	Echantillon aléatoire de séjours en SMR en hospitalisation complète de plus de 7 jours, adulte et enfant, sortis vivants ou morts. Séjours commencés et terminés entre le 1er février et le 30 novembre 2022*. NB : ces séjours de 8 jours peuvent être suivis d'hospitalisation partielle de jour, de nuit ou de soins ambulatoires.
Critères d'exclusion	• 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.
Mode d'évaluation de la conformité des critères de l'indicateur QLS	L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire permettant de calculer les critères. Deux critères indispensables : 1. Lettre de liaison à la sortie retrouvée (critère 1) Le critère est satisfait si la lettre de liaison à la sortie est retrouvée dans le dossier médical. Quand le critère n'est pas satisfait, le score 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 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. 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 remise au patient de la 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 du médecin traitant et envoi de la lettre de liaison (critère 4, si applicable)

Ce critère ne concerne que les patients ayant déclaré un médecin traitant.

Le critère est satisfait :

- Si on retrouve dans la lettre de liaison à la sortie ou dans le dossier du patient, de façon lisible l'identification du médecin traitant : nom ET adresse (postale ou électronique) ;
ET
- Si la date d'envoi de la lettre de liaison au médecin traitant est le jour de la sortie du patient
OU
- S'il est mentionné que le patient refuse que la lettre de liaison soit transmise au médecin traitant.

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

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 » en SMR	
2019	
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.	
2020, 2021	
Pas de campagne de recueil	
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. Modifications des critères 3 et 4 Critère 3 : « Remise au patient de la lettre de liaison à la sortie ». <i>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.</i> ➤ <i>Il s'agit de toute justification pouvant renvoyer à des motifs médicaux ou légaux ou à une justification propre à l'établissement.</i> Critère 4 : « Identification du médecin traitant ». ➤ Le critère 4 est renommé : « Identification et envoi au médecin traitant (si applicable) ». <i>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.</i> <i>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 ».</i> Modification de l'algorithme de calcul pour les critères 3 et 4 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 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). 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. » 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.	

2023

Pas de modification de l'indicateur

La dénomination SSR disparaît le 1er juin 2023 pour devenir SMR.

Dans les consignes, dans l'onglet « Les éléments attendus dans la synthèse médicale de séjour », les paragraphes II et III ont été actualisés au niveau du texte (surlignage en gris) et certains liens internet ont été mis à jour



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Fiches descriptives des indicateurs et informations complémentaires 2023

Thème

**« Prise en charge initiale d'un accident
vasculaire cérébral aigu en MCO »**

Campagne IQSS 2023

contact.iqss@has-sante.fr

Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (DAQSS)

Service Évaluation et Outils pour la qualité et la sécurité des soins (SEvOQSS)

Version : mai 2023

Sommaire

Importance du thème	3
Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et sécurité des soins « Imagerie cérébrale diagnostique »	6
Fiche descriptive de l'information complémentaire : « Informations pour une prise en charge immédiate »	9
Fiche descriptive de l'information complémentaire : « Délai entre l'arrivée dans l'établissement et la 1ère imagerie cérébrale à visée diagnostique »	12
Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et sécurité des soins « Accès à une expertise neuro-vasculaire »	15
Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et sécurité des soins « Prévention des pneumopathies d'inhalation »	18
Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et sécurité des soins « Accès à une prise en charge rééducative »	21
Fiche descriptive de l'information complémentaire : « Délai entre l'arrivée dans l'établissement et la prise en charge rééducative »	24
Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et sécurité des soins « Planification du suivi post-AVC »	27
Fiche descriptive de l'information complémentaire : « Thrombolyse »	30
Fiche descriptive de l'information complémentaire : « Thrombectomie »	32
Modifications apportées depuis le 1er déploiement national aux indicateurs sur ce thème	35
Suivi des indicateurs et informations complémentaires 2023	39

Importance du thème

En France, on dénombre chaque année plus de 140 000 nouveaux cas d'accidents vasculaires cérébraux selon l'Inserm. L'AVC est la première cause de handicap physique acquis de l'adulte, la deuxième cause de démence (après la maladie d'Alzheimer) et une cause majeure d'entrée en EHPAD¹. La dynamique de l'AVC est préoccupante en France, en raison du vieillissement de la population et de la proportion significative (25%) d'AVC chez les moins de 65 ans^{2,3}. Tout patient ayant un AVC devrait bénéficier d'une expertise neurovasculaire selon les recommandations de la HAS de 2009 et les recommandations étrangères les plus récentes^{4, 5, 6, 7, 8}.

Avec la mise en œuvre du plan AVC, le nombre de patients hospitalisés en UNV a augmenté entre 2010 et 2014 avec 51,5% des AVC ischémiques et 33,2% des hémorragies intracérébrales admis en UNV. L'accès à l'expertise des UNV connaît de fortes disparités régionales, que devrait pallier le recours à la téléexpertise/télémédecine. La rapidité de prise en charge est un élément essentiel pour limiter le risque de décès et de séquelles fonctionnelles pour les patients atteints par un AVC ischémique ou pour prendre en charge les patients atteints d'AVC hémorragique. L'organisation de la filière de soins et le déploiement des unités neurovasculaires a permis de baisser la mortalité des patients atteints d'infarctus cérébral (sans effet sur la mortalité des patients atteints d'AVC hémorragique)^{10, 11}.

Cependant malgré les avancées thérapeutiques, la proportion de patients décédant au-delà de 30 jours après l'admission à l'hôpital est importante, un patient sur deux présente des séquelles fonctionnelles significatives après un AVC^{1, 2, 11, 12}. Le suivi des patients et la coordination des soins doivent être renforcés dans les suites d'un AVC pour prévenir une aggravation de la dépendance. Il est important de rechercher et prendre en charge les complications tardives des AVC : les victimes d'AVC conservent dans 40% des cas des séquelles de gravité diverse ; 25 % d'entre eux présentent des séquelles lourdes après un an^{1, 2, 9, 12-14}.

Les recommandations étrangères sur la prise en charge immédiate de patients victime d'AVC parues entre 2016 et 2019 rappellent que les soins de rééducation doivent débuter dès que possible c'est-à-dire dès que l'état du patient le permet. Ces soins sont basés sur une évaluation réalisée par un médecin ayant une expertise neuro-vasculaire et complétée dans les premières heures par une évaluation réalisée par les professionnels impliqués dans la rééducation/réadaptation (médecin spécialisé en médecine physique et de réadaptation, professionnels paramédicaux). Cette évaluation qui devrait être systématique a pour objectifs d'apprécier la sévérité de l'AVC, d'estimer le pronostic de récupération, les besoins de rééducation, et l'orientation du patient. La rééducation/réadaptation permet de réduire de manière significative la mortalité, la dépendance et le risque d'institutionnalisation. Une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée, a montré des résultats significatifs en ville comme en SMR, quelle que soit la sévérité de l'AVC. Elle permet d'initier sans délai la prise en charge rééducative qui sera poursuivie dans les structures de soins les plus adaptées^{5-8, 12-14}.

Après une hospitalisation en MCO, un tiers des patients seront admis en SMR, les 2 tiers seront suivis en ville. Des améliorations restent nécessaires pour la prise en charge des complications latentes (consultation post AVC) et handicaps post AVC en SMR comme en ville¹². L'accès aux soins de qualité reste en effet considéré comme insuffisant et inégal sur le territoire¹⁴.

La rapidité et la qualité du diagnostic, la coordination des expertises et la continuité des soins déterminent la qualité de prise en charge des AVC aigus et chroniques.

1. Inserm (2019). <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/accident-vasculaire-cerebral-avc>. MAJ 2019, consulté le 19 juillet 2021
2. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2022. <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2021-rapport-propositions-pour-2022-charges-produits>, consulté en juillet 2021
3. BEH (2017). L'accident vasculaire cérébral en France : patients hospitalisés pour AVC en 2014 et évolutions 2008-2014. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/5/2017_5_1.html
4. HAS (2009). Recommandation pour la prise en charge précoce d'un AVC aigu (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/avc_prise_en_charge_precoce_-_recommandations.pdf
5. Steiner, T. (2014). European Stroke Organisation (ESO) guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage. Updated of 2006 guidelines.
6. Hemphill, JC. (2015) Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Haemorrhage. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association AHA, Stroke. 2015; 46: 2032-2060. DOI: 10.1161/STR.0000000000000069. Update of 2010 guidelines.

7. Kobayashia, A. (2018). European Academy of Neurology and European Stroke Organization consensus statement and practical guidance for pre-hospital management of stroke. *European Journal of Neurology* 2018, 25: 425–433. Doi :10.1111/ene.13539
8. Powers, WJ. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association
9. HAS (2018). Organisation de la prise en charge précoce de l'accident vasculaire cérébral ischémique aigu par thrombectomie mécanique. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2757616/fr/organisation-de-la-prise-en-charge-precoce-de-l-accident-vasculaire-cerebral-ischemique-aigu-par-thrombectomie-mecanique
10. ASIP (2020). Etude pour l'accompagnement du déploiement de la télémédecine Etat des lieux de l'offre de services et des plateformes régionales de télémédecine. <https://esante.gouv.fr/projets-nationaux/telemedecine>.
11. BEH (2020). Déterminants de la létalité à la suite d'une hospitalisation pour un accident vasculaire cérébral en France, 2010-2015. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/5/2020_5_1.html
12. DGOS (2015). Instruction n° DGOS/R4/2015/262 du 3 août 2015 relative à l'organisation régionale des consultations d'évaluation pluri professionnelle post Accident Vasculaire Cérébral (AVC) et du suivi des AVC. <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/39923>
13. Gittler M. (2018). Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2673525>
14. HAS (2019). Accident vasculaire cérébral. Pertinence des parcours de rééducation/réadaptation après la phase initiale de l'AVC. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2972905/fr/accident-vasculaire-cerebral-pertinence-des-parcours-de-reeducation/readaptation-apres-la-phase-initiale-de-l-avc. Mai 2019.

Indicateurs en 2023

La qualité de la prise en charge en MCO de tous types d'AVC aigus est analysée grâce à :

5 indicateurs

1. Imagerie cérébrale diagnostique (ICD)
2. Accès à une évaluation neuro-vasculaire (ENV)
3. Prévention des pneumopathies d'inhalation (PPI)
4. Accès à une prise en charge rééducative (AR)
5. Planification du suivi post AVC (SUIV)

Et

5 informations complémentaires :

1. Informations pour une prise en charge immédiate (IPI)
2. Délai entre l'arrivée dans l'établissement et l'imagerie cérébrale diagnostique (DARIM)
3. Délai entre l'arrivée dans l'établissement et la prise en charge rééducative (DARER)
4. Thrombolyse (TBL)
5. Thrombectomie (TBT)

Les fiches descriptives des indicateurs et informations complémentaires suivent l'ordre chronologique de la prise en charge.

Échantillon

Le recueil porte sur un échantillon aléatoire de 50 séjours tirés au sort à partir du PMSI MCO 2022.

Critères d'inclusion

L'échantillon principal est constitué de séjours de patients adultes

- En hospitalisation complète hors séances,
- D'au moins un jour (1 nuitée)
- Commencés et terminés en 2022.

- Avec en diagnostic principal, un code CIM 10 d'AVC aigu¹ :
 - I60.x (hémorragies sous arachnoïdiennes),
 - I61.x (hémorragies intracérébrales),
 - I62.x (autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques, sous durale, extradurale, sans précision),
 - I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène)
 - I64 (accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus)

Critères d'exclusion

- Les séjours avec un erreur (GHM 90)
- Les séjours avec séances (GHM 28)
- Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans
- Les séjours de patients décédés au cours du séjour
- Les séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ou les séjours d'une durée de moins de 24 heures sans nuitée
- Les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire (séjour B)
- Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite (Z53.2)
- Les séjours avec un code d'AIT en DP (G45.x) de n'importe quelle unité médicale

¹ https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1288/fascicule_codage_avc_2014_0.pdf

Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et sécurité des soins « Imagerie cérébrale diagnostique » 2023

Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la trace d'une imagerie cérébrale horodatée confirmant le diagnostic radiologique d'accident cérébral vasculaire aigu (AVC) réalisée par ou pour votre établissement ou la trace d'un diagnostic radiologique d'AVC aigu antérieur à l'admission.
Justification	Pour tout séjour avec un diagnostic principal d'AVC aigu, le dossier du patient doit comporter la trace d'une imagerie cérébrale avec la date et heure du diagnostic radiologique d'AVC. L'imagerie cérébrale est indispensable pour confirmer ou écarter le diagnostic d'AVC aigu et pour distinguer un infarctus cérébral, d'une hémorragie ou thrombose cérébrales et pour la décision thérapeutique. En application de l'article R.1112-2 du code de santé publique, les établissements de santé publics ou privés ont l'obligation de constituer un dossier médical dont le contenu est fixé de manière non exhaustive. Ce qui implique de conserver au sein du dossier les examens d'imageries tant les clichés que le compte rendu pour tout patient hospitalisé. Aujourd'hui, et sauf exception, tous les dossiers d'imagerie sont numériques et les images sont gérées et conservées dans un système d'archivage numérique dédié (PACS Picture Archive and Communication System), en interface avec soit avec le SIH (système d'information hospitalier) ou soit le SIR (RIS en anglais : Radiologic Information System). 2012. https://ressources.anap.fr/numerique/publication/synthese/165. Les situations où le diagnostic radiologique d'AVC n'a pas pu être réalisé sont exceptionnelles dans la mesure où l'étude porte sur les dossiers de patients entrés et sortis vivants et que l'abstention thérapeutique est prise en compte. Si l'imagerie cérébrale posant le diagnostic d'AVC a été réalisée pour votre établissement par un autre établissement dans le cadre d'une prestation inter établissement, le compte rendu et les images sont présents dans le dossier du patient. Si le patient est admis avec un diagnostic radiologique d'AVC aigu réalisé en ville, le compte rendu de l'examen radiologique doit être présent dans le dossier du patient. La date et l'heure du diagnostic radiologique d'un AVC sont renseignées et tracées dans le dossier, même si l'imagerie a été réalisée dans un autre établissement ou par téléexpertise. Ces informations sont indispensables pour évaluer le délai entre l'arrivée dans l'établissement et le traitement des infarctus cérébraux par thrombolyse ou thrombectomie. Ce délai compte aussi pour les décisions relatives à la prise en charge des hémorragies cérébrales. Ces notions établies depuis plus de 15 ans (HAS, 2009) et mises en œuvre dans le cadre du plan AVC 2010- 2014 (2012) font consensus sont régulièrement rappelées dans les recommandations les plus récentes américaines ou européennes (1-7) 1 HAS 2009. Recommandation pour la prise en charge d'un AVC. https://www.has-sante.fr/jcms/c_830203/fr/accident-vasculaire-cerebral-prise-en-charge-precoce-alerte-phase-prehospitaliere-phase-hospitaliere-initiale-indications-de-la-thrombolyse 2 DGOS (2012). Circulaire DGOS/R4/PF3/2012/106 du 6 mars 2012 relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'AVC. https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-04/ste_20120004_0100_0081.pdf 3 European Stroke Organisation, ESO. (2013). Recommendations to establish a stroke unit and stroke Centres. ESO 2013, http://stroke.ahajournals.org/content/44/3/828 4 American Heart Association/American Stroke Association, ASA & AHA. (2015). Guidelines for the management of spontaneous intracerebral haemorrhage from American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2015; 46:2032-2060. DOI: 10.1161/STR.0000000000000069 https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/str.0000000000000069

	5 National Institute for care excellence, NICE. (2016). Stroke in adults Quality standard [QS2] Published: 29 June 2010 Last updated: 12 April 2016 6 American Heart Association/American Stroke Association, ASA & AHA. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000211 7 National Institute for care excellence (NICE). 2019. Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management. Guidelines https://www.nice.org.uk/guidance/ng128/resources/stroke-and-transient-ischaemic-attack-in-over-16s-diagnosis-and-initial-management-pdf-66141665603269
Utilisations	• L'objectif de performance est fixé à 80%, soit 8 dossiers sur 10. • Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé. • Procédure de certification des établissements de santé. • Diffusion publique, Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité des Soins (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet – cf. Cadre réglementaire
Type d'indicateur	Indicateur de qualité et sécurité des soins de type processus permettant la comparaison inter-établissements. Indicateur de type de taux. Pas d'ajustement sur le risque.
Échantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 séjours, tirés au sort sur l'année N-1.
Numérateur	Nombre de séjours patients pour lesquels on trouve dans le dossier • La trace de la première imagerie cérébrale confirmant le diagnostic d'AVC aigu ET • La trace de la date et heure de l'imagerie cérébrale confirmant le diagnostic d'AVC aigu OU • La trace que le diagnostic radiologique d'AVC aigu est antérieur à l'admission en l'absence d'imagerie cérébrale confirmant le diagnostic d'AVC aigu réalisée par ou pour votre établissement
Dénominateur	Les dossiers répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous.
Critères d'inclusion	L'échantillon principal est constitué de séjours de patients adultes • En hospitalisation complète hors séances, • D'au moins un jour (1 nuitée) • Commencés et terminés en 2022. • Avec en diagnostic principal, un code CIM 10 d'AVC aigu² : ○ I60.x (hémorragies sous arachnoïdiennes), ○ I61.x (hémorragies intracérébrales), ○ I62.x (autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques, sous durale, extradurale, sans précision), ○ I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène) ○ I64 (accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus) • En provenance de leur lieu de résidence (domicile ou structure d'hébergement médico-social) et tous modes de sortie hors décès.

² https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1288/fascicule_codage_avc_2014_0.pdf

Critères d'exclusion	• Les séjours avec un erreur (GHM 90) • Les séjours avec séances (GHM 28) • Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans • Les séjours de patients décédés au cours du séjour • Les séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ou les séjours d'une durée de moins de 24 heures sans nuitée • Les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire (séjour B) • Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite (Z53.2) • Les séjours avec un code d'AIT (G45.x) en DP de n'importe quelle unité médicale
Critères d'exclusion secondaires	• Néant
Mode d'évaluation de l'indicateur	Il convient de trouver dans le dossier de tout patient hospitalisé pour un AVC aigu une imagerie cérébrale diagnostique horodatée. L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. Le critère est satisfait si on retrouve dans le dossier • La trace d'une imagerie cérébrale confirmant le diagnostic d'AVC aigu ET • La trace de la date et heure de l'imagerie cérébrale confirmant le diagnostic d'AVC aigu OU • La trace que le diagnostic radiologique d'AVC aigu est antérieur à l'admission en l'absence d'imagerie cérébrale confirmant le diagnostic d'AVC aigu réalisée par ou pour votre établissement

Fiche descriptive de l'information complémentaire : « Informations pour une prise en charge immédiate » 2023

Définition	Cette information complémentaire évalue la qualité des informations à recueillir pour une prise en charge immédiate d'un AVC aigu, quelle que soit son étiologie. Elle est présentée sous forme de taux calculé à partir de 6 critères qui doivent être renseignés dans le dossier : 1. Date et heure d'entrée dans l'établissement 2. Recherche du début des symptômes ou signes d'AVC 3. Score de gravité NIHSS à l'entrée dans l'ES 4. Glycémie capillaire réalisée à l'entrée dans l'établissement 5. Recherche d'informations relatives aux traitement médicamenteux 6. notamment d'un traitement par anticoagulants
Justification	L'orientation du patient et la prise en charge thérapeutique de l'AVC s'appuient sur des informations recueillies auprès du patient de l'entourage ou par les premiers intervenants. Le recueil de ces informations doit être mieux formalisés et standardisés (1-7). 1 HAS 2009. Recommandation pour la prise en charge d'un AVC. HAS 2009. Recommandation pour la prise en charge d'un AVC. https://www.has-sante.fr/jcms/c_830203/fr/accident-vasculaire-cerebral-prise-en-charge-precoce-alerte-phase-prehospitaliere-phase-hospitaliere-initiale-indications-de-la-thrombolyse 2 DGOS (2012). Circulaire DGOS/R4/PF3/2012/106 du 6 mars 2012 relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'AVC. https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-04/ste_20120004_0100_0081.pdf 3 European Stroke Organisation, ESO. (2013). Recommendations to establish a stroke unit and stroke Centres. ESO 2013, http://stroke.ahajournals.org/content/44/3/828 4 American Heart Association/American Stroke Association, ASA & AHA. (2015). Guidelines for the management of spontaneous intracerebral haemorrhage from American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2015; 46:2032-2060. DOI: 10.1161/STR.0000000000000069 https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/str.0000000000000069 5 National Institute for care excellence, NICE. (2016). Stroke in adults Quality standard [QS2] Published: 29 June 2010 Last updated: 12 April 2016 6 American Heart Association/American Stroke Association, ASA & AHA. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000211 7 National Institute for care excellence (NICE). 2019. Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management. Guidelines https://www.nice.org.uk/guidance/ng128/resources/stroke-and-transient-ischaemic-attack-in-over-16s-diagnosis-and-initial-management-pdf-66141665603269
Utilisations	Pilotage interne de la qualité
Type d'indicateur	Information complémentaire Taux

Échantillon	L'information complémentaire est calculée sur un échantillon aléatoire de 50 séjours, tirés au sort sur l'année N_1
Numérateur	Nombre séjours de patients pour lesquels le dossier comporte les informations suivantes La date et heure d'entrée dans l'établissement ET La date et heure de début des symptômes ou signes d'un AVC Ou date ou heure de début des symptômes ou des signes impossibles à déterminer ET Un score de NIHSS à l'entrée dans l'établissement Et Une glycémie capillaire réalisée à l'entrée dans l'établissement ET Le traitement médicamenteux du patient avant l'AVC dont un traitement anticoagulant est décrit ou l'état du patient ne permet pas de documenter cette information
Dénominateur	Les dossiers répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous.
Critères d'inclusion	L'échantillon principal est constitué de séjours de patients adultes • En hospitalisation complète hors séances, • D'au moins un jour (1 nuitée) • Commencés et terminés en 2022. • Avec en diagnostic principal, un code CIM 10 d'AVC aigu³ : ○ I60.x (hémorragies sous arachnoïdiennes), ○ I61.x (hémorragies intracérébrales), ○ I62.x (autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques, sous durale, extradurale, sans précision), ○ I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène) ○ I64 (accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus) • En provenance de leur lieu de résidence (domicile ou structure d'hébergement médico-social) et tous modes de sortie hors décès.
Critères d'exclusion	• Les séjours avec un erreur (GHM 90) • Les séjours avec séances (GHM 28) • Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans • Les séjours de patients décédés au cours du séjour • Les séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ou les séjours d'une durée de moins de 24 heures sans nuitée

³ https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1288/fascicule_codage_avc_2014_0.pdf

	• Les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire (séjour B) • Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite (Z53.2) • Les séjours avec un code d'AIT en DP de n'importe quelle UM (G45.x)
Critères d'exclusion secondaires	Néant
Mode d'évaluation de l'information complémentaire	L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire Les critères suivants sont satisfaits si le dossier documente les informations suivantes comme suit : • Traçabilité de la date et heure d'entrée dans l'établissement • Traçabilité de la date et heure de début des symptômes ou signes d'un AVC OU date ou heure de début des symptômes ou des signes sont impossibles à déterminer • Traçabilité du score de NIHSS à l'entrée dans l'établissement • Glycémie capillaire à l'entrée dans l'établissement • Le critère est satisfait si la glycémie capillaire réalisée à l'entrée du patient est tracée dans le dossier • Trace du traitement médicamenteux du patient avant l'AVC ou état du patient ne permettant pas de documenter cette information • Trace du traitement anticoagulant avant l'AVC ou état du patient ne permettant pas de documenter cette information

Fiche descriptive de l'information complémentaire : « Délai entre l'arrivée dans l'établissement et la 1^{ère} imagerie cérébrale à visée diagnostique » 2023

Définition	Cette information complémentaire évalue le taux de dossiers de patients permettant de déterminer le délai entre l'arrivée dans l'établissement et la 1^{ère} imagerie cérébrale à visée diagnostique, si ce n'est pas celle qui a confirmé le diagnostic d'AVC.
Justification	Les patients, pour lesquels un diagnostic d'accident vasculaire cérébral aigu est évoqué, doivent avoir un accès prioritaire à une imagerie cérébrale (IRM ou scanner). Celle-ci est indispensable pour confirmer ou infirmer un diagnostic d'AVC aigu et pour distinguer un infarctus cérébral, d'une hémorragie ou thrombose cérébrales et prendre les décisions thérapeutiques recommandées (1, 2-8). Des protocoles de prise en charge doivent être formalisés avec le service de radiologie pour un accès 7/7 et 24/24 (1,2). Pour les établissements sans unité neurovasculaire, l'accès à la téléexpertise (télé-AVC) doit être opérationnel. Le délai entre l'arrivée dans l'établissement et l'imagerie contribue au délai entre l'arrivée dans l'ES et la thrombolyse des infarctus cérébraux « time door to needle ». Ce délai qui doit être le plus court possible est considéré par toutes sociétés savantes comme un indicateur de qualité des pratiques et organisations nécessaires à la prise en charge des infarctus cérébraux. De même, le pronostic des hémorragies cérébrales est associé à la rapidité de mise en œuvre d'une prise en charge adaptée, permettant de suivre l'état neurologique, les fonctions vitales et de contrôler le processus hémorragique et ses conséquences. Cette notion est mise en exergue dans les recommandations les plus récentes (3-8). 1 HAS 2009. Recommandation pour la prise en charge d'un AVC. https://www.has-sante.fr/jcms/c_830203/fr/accident-vasculaire-cerebral-prise-en-charge-precocite-alerte-phase-prehospitaliere-phase-hospitaliere-initiale-indications-de-la-thrombolyse 2 DGOS (2012). Circulaire DGOS/R4/PF3/2012/106 du 6 mars 2012 relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'AVC. https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-04/ste_20120004_0100_0081.pdf 3 European Stroke Organisation, ESO. (2013). Recommendations to establish a stroke unit and stroke Centres. ESO 2013, http://stroke.ahajournals.org/content/44/3/828 4 American Heart Association/American Stroke Association, ASA & AHA. (2015). Guidelines for the management of spontaneous intracerebral haemorrhage from American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2015; 46:2032-2060. DOI: 10.1161/STR.0000000000000069 https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/str.0000000000000069 5 National Institute for care excellence, NICE. (2016). Stroke in adults Quality standard [QS2] Published: 29 June 2010 Last updated: 12 April 2016 6 American Heart Association/American Stroke Association, ASA & AHA. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000211

	7 National Institute for care excellence (NICE). 2019. Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management. Guidelines https://www.nice.org.uk/guidance/ng128/resources/stroke-and-transient-ischaemic-attack-in-over-16s-diagnosis-and-initial-management-pdf-66141665603269
Utilisations	Pilotage interne de la qualité
Type de mesure	Information complémentaire Taux
Numérateur	Nombre de dossiers patients dont les informations permettent de calculer le délai entre l'arrivée dans l'établissement et la première imagerie cérébrale à visée diagnostique, qui n'est pas l'imagerie qui a confirmé le diagnostic - La date et l'heure d'arrivée dans l'établissement Et - La date et heure de la première imagerie cérébrale à visée diagnostique d'un AVC qui n'est pas celle qui a confirmé le diagnostic d'AVC aigu. Le délai est calculé à partir des dossiers correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous.
Dénominateur	Néant
Échantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers tirés au sort sur l'année 2022, débutés et terminés en 2022
Critères d'inclusion	L'échantillon principal est constitué de séjours de patients adultes - En hospitalisation complète hors séances, - D'au moins un jour (1 nuitée) - Commencés et terminés en 2022. - Avec en diagnostic principal, un code CIM 10 d'AVC aigu⁴ : - I60.x (hémorragies sous arachnoïdiennes), - I61.x (hémorragies intracérébrales), - I62.x (autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques, sous durale, extradurale, sans précision), - I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène) - I64 (accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus) - En provenance de leur lieu de résidence (domicile ou structure d'hébergement médico-social) et tous modes de sortie hors décès.
Critères d'exclusion	- Les séjours avec un erreur (GHM 90) - Les séjours avec séances (GHM 28) - Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans - Les séjours de patients décédés au cours du séjour - Les séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ou les séjours d'une durée de moins de 24 heures sans nuitée - Les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire (séjour B)

⁴ https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1288/fascicule_codage_avc_2014_0.pdf

	• Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite (Z53.2) • Les séjours avec un code d'AIT en DP de n'importe quelle unité médicale (G45.x)
Critères d'exclusion secondaires	• Dossiers pour lesquels le diagnostic radiologique d'AVC aigu est antérieur l'admission • Dossiers pour lesquels le diagnostic radiologique d'AVC aigu est confirmé par la première imagerie cérébrale réalisée dans ou pour votre établissement
Mode d'évaluation de l'information complémentaire	Il convient de trouver dans le dossier des patients arrivant du domicile, la trace des informations permettant de déterminer le délai entre la date et heure d'arrivée dans l'établissement et la première imagerie cérébrale à visée diagnostique d'un AVC aigu, si elle n'est pas celle qui a confirmé le diagnostic. L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. • Une trace de la date et heure de l'arrivée dans l'ES ET • La date et heure de la première imagerie à visée diagnostique d'un AVC, qui n'est pas celle qui a confirmé le diagnostic

Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et sécurité des soins « Accès à une expertise neuro-vasculaire »

2023

Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue le nombre de dossiers patients admis pour un AVC aigu hors hémorragies méningées ou intracrâniennes pris en charge en UNV, ou pris en charge en dehors de l'UNV avec des conclusions de l'expertise neurovasculaire horodatées
Justification	En dehors des hémorragies méningées ou intracrâniennes, les infarctus cérébraux et les hémorragies intracérébrales doivent avoir un accès prioritaire à un médecin neurovasculaire. Cette expertise détermine les choix thérapeutiques et le pronostic de l'AVC. Pour les patients qui ne sont pas admis dans les services neurovasculaires, l'accès à un médecin neurovasculaire peut être réalisé en distanciel. Les situations où il n'y a pas eu d'accès à un médecin neurovasculaire devraient être mieux documentées. 1 HAS 2009. Recommandation pour la prise en charge d'un AVC. https://www.has-sante.fr/jcms/c_830203/fr/accident-vasculaire-cerebral-prise-en-charge-precoc-alerte-phase-prehospitaliere-phase-hospitaliere-initiale-indications-de-la-thrombolyse 2 DGOS (2012). Circulaire DGOS/R4/PF3/2012/106 du 6 mars 2012 relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'AVC. https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-04/ste_20120004_0100_0081.pdf 3 European Stroke Organisation, ESO. (2013). Recommendations to establish a stroke unit and stroke Centres. ESO 2013, http://stroke.ahajournals.org/content/44/3/828 4 American Heart Association/American Stroke Association, ASA & AHA. (2015). Guidelines for the management of spontaneous intracerebral haemorrhage from American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2015; 46:2032-2060. DOI: 10.1161/STR.0000000000000069 https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/str.0000000000000069 5 National Institute for care excellence, NICE. (2016). Stroke in adults Quality standard [QS2] Published: 29 June 2010 Last updated: 12 April 2016 6 American Heart Association/American Stroke Association, ASA & AHA. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000211 7 National Institute for care excellence (NICE). 2019. Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management. Guidelines https://www.nice.org.uk/guidance/ng128/resources/stroke-and-transient-ischaemic-attack-in-over-16s-diagnosis-and-initial-management-pdf-66141665603269
Utilisations	• L'objectif de performance est fixé à 80%, soit 8 dossiers sur 10. • Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé. • Procédure de certification des établissements de santé.

	Diffusion publique, Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité des Soins (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet – cf. Cadre réglementaire
Type d'indicateur	Indicateur de qualité et sécurité des soins de type processus permettant la comparaison inter-établissements. Indicateur de type de taux. Pas d'ajustement sur le risque.
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels le dossier comporte : - Une prise en charge en unités neurovasculaires OU - Une prise en charge en dehors des UNV comportant les conclusions horodatées d'un médecin neurovasculaire
Dénominateur	Les dossiers répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous.
Échantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers tirés au sort sur l'année 2022, débutés et terminés en 2022.
Critères d'inclusion	L'échantillon principal est constitué de séjours de patients adultes - En hospitalisation complète hors séances, - D'au moins un jour (1 nuitée) - Commencés et terminés en 2022. - Avec en diagnostic principal, un code CIM 10 d'AVC aigu⁵ : - I61.x (hémorragies intracérébrales), - I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène) - En provenance de leur lieu de résidence (domicile ou structure d'hébergement médico-social) et tous modes de sortie hors décès.
Critères d'exclusion	- Les séjours avec un erreur (GHM 90) - Les séjours avec séances (GHM 28) - Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans - Les séjours de patients décédés au cours du séjour - Les séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ou les séjours d'une durée de moins de 24 heures sans nuitée - Les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire (séjour B) - Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite (Z53.2) Les séjours avec un code d'AIT en DP (G45.x) de n'importe quelle unité médicale
Critères d'exclusion secondaire	Patients admis pour une hémorragie sous arachnoïdienne ou intracrânienne
Mode d'évaluation de l'indicateur	Il convient de trouver dans le dossier une prise en charge dans une unité neurovasculaire ou la trace des conclusions horodatées d'un médecin neurovasculaire dans le dossier, pour tout patient hospitalisé pour un accident vasculaire cérébral à l'exception des hémorragies méningées ou intracrâniennes.

⁵ https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1288/fascicule_codage_avc_2014_0.pdf

	L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. Le critère est satisfait si on retrouve dans le dossier • Une prise en charge en unités neurovasculaires OU • En dehors des unités neurovasculaires, les conclusions horodatées d'un médecin neurovasculaire
--	--

Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et sécurité des soins « Prévention des pneumopathies d'inhalation »

2023

Définition	Cet indicateur, présenté sous forme de taux, évalue le nombre de dossiers pour lesquels la prévention des pneumopathies d'inhalation et la prise en charge des troubles de la déglutition sont tracées dans le dossier.
Justification	La recommandation de l'Anaes (2002) et les recommandations étrangères les plus récentes (1-7) rappellent les risques accrus de décès et de morbidité liées aux pneumopathies provoquées par des troubles de déglutition dans les suites immédiates d'un AVC aigu.(1_8). Cette complication majeure des AVC aigus doit être prévenue en précisant les conditions et modalités d'une alimentation per os solide ou liquide, en surveillant la prise des repas quelle que soit la texture . .La prévention des pneumopathie d'inhalation doit faire l'objet d'un protocole et s'appliquer y compris lors des prises en charge en urgence. La fonction de déglutition doit être renseignée dans le dossier, dans la lettre de liaison à la sortie ou la lettre de transfert. Si le patient présente des troubles de la déglutition, leur prise en charge doit être décrite dans le dossier, la lettre de liaison ou la lettre de transfert. Il est recommandé que le service se dote d'un protocole de prévention des pneumopathies d'inhalation et de prise en charge des troubles de la déglutition. 1. Anaes 2002. Prise en charge des patients adulte atteints d'AVC. Aspects paramédicaux. https://www.has-sante.fr/jcms/c_272250/en/prise-en-charge-initiale-des-patients-adultes-atteints-d-accident-vasculaire-cerebral-aspects-paramedicaux 2. SIGN 2010. Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia. A national clinical guideline https://www.sign.ac.uk/media/1057/sign119.pdf 3. European Stroke Organisation Recommendations to establish a stroke unit and stroke Centres. ESO 2013, http://stroke.ahajournals.org/content/44/3/828 4. American Heart Association/American Stroke Association (2015). Guidelines for the management of spontaneous intracerebral haemorrhage from American Heart Association/American Stroke Association (AHA & ASA, 2015). Stroke. 2015; 46:2032-2060. DOI: 10.1161/STR.0000000000000069 https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/str.0000000000000069 5. NICE Stroke in adults Quality standard [QS2] Published: 29 June 2010 Last updated: 12 April 2016 6. National Institute for care excellence (NICE). 2019. Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management. Guidelines https://www.nice.org.uk/guidance/ng128/resources/stroke-and-transient-ischaemic-attack-in-over-16s-diagnosis-and-initial-management-pdf-66141665603269 7. American Heart Association/American Stroke Association (2019). Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic

	Stroke: 2019 Update to the 2018. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association (AHA & ASA, 2019) https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000211
Utilisations	• L'objectif de performance est fixé à 80%, soit 8 dossiers sur 10. • Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé. • Procédure de certification des établissements de santé. • Diffusion publique, Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité des Soins (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet – cf. Cadre réglementaire
Type d'indicateur	Indicateur de qualité et sécurité des soins de type processus permettant la comparaison inter-établissements. Indicateur de type de taux. Pas d'ajustement sur le risque.
Echantillon	L'information complémentaire est calculée sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers tirés au sort sur l'année 2022.
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels le dossier comporte : • La trace d'une prescription médicale autorisant ou pas l'alimentation per os dans un délai maximal de 24 heures ET • La fonction de déglutition normale ou anormale est décrite dans le dossier ET • Si le patient a présenté des troubles de la déglutition, la trace de mesures de leur prise en charge des troubles dans le dossier
Dénominateur	Les dossiers répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous.
Critères d'inclusion	L'échantillon principal est constitué de séjours de patients adultes • en hospitalisation complète hors séances, • D'au moins un jour (1 nuitée) • Commencés et terminés en 2022. • Avec en diagnostic principal, un code CIM 10 d'AVC aigu⁶ : ○ I60.x (hémorragies sous arachnoïdiennes), ○ I61.x (hémorragies intracérébrales), ○ I62.x (autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques, sous durale, extradurale, sans précision), ○ I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène) ○ I64 (accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus) • Applicable pour tout mode d'entrée et tout mode de sortie (hors décès)
Critères d'exclusion	• Les séjours avec un erreur (GHM 90) • Les séjours avec séances (GHM 28) • Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans

⁶ https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1288/fascicule_codage_avc_2014_0.pdf

	• Les séjours de patients décédés au cours du séjour • Les séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ou les séjours d'une durée de moins de 24 heures sans nuitée • Les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire (séjour B) • Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite (Z53.2) • Les séjours avec un code d'AIT (G45.x) en DP de n'importe quelle unité médicale
Critères d'exclusion secondaires	Néant
Mode d'évaluation de l'indicateur	Il convient de trouver dans le dossier des mesures immédiates de prévention des complications des troubles de la déglutition (pneumopathies d'inhalation) et si les troubles de la déglutition sont avérés la trace de leur prise en charge . L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire Pour tout patient admis pour AVC aigu, le dossier est conforme si on trouve : • La trace d'une prescription médicale autorisant ou pas une alimentation per os dans un délai maximal de 24 heures ET • La fonction de déglutition normale ou anormale décrite dans le dossier ET • Si le patient a présenté des troubles de la déglutition, la trace de mesures de leur prise en charge dans le dossier

Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et sécurité des soins « Accès à une prise en charge rééducative » 2023

Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue le nombre de dossiers patients avec une prise en charge rééducative.
Justification	Les recommandations étrangères sur la prise en charge immédiate des AVC parues entre 2016 et 2019 rappellent que les soins de rééducation doivent débuter dès que possible c'est-à-dire dès que l'état du patient le permet. Il a été montré qu'une rééducation à la phase initiale de la prise en charge d'un AVC aigu, qui est centrée et adaptée aux besoins du patient réduit la sévérité des déficiences et augmente le pronostic fonctionnel des patients. Cette prise en charge a pour objectifs d'identifier les besoins d'une rééducation passive et ou active, elle contribue à apprécier la sévérité de l'AVC, à estimer le pronostic de récupération et détermine l'orientation du patient vers un SSR Selon que le tableau clinique associe une ou plusieurs déficiences, plusieurs rééducateurs sont sollicités pour définir un plan de soins de rééducation et de réadaptation coordonné : masseur kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, psychomotricien ou médecin de médecine physique et de réadaptation. L'absence de prise en charge rééducative immédiate peut être justifiée mais doit être explicitée . 1. Steiner, T. (2014). European Stroke Organisation (ESO) guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage. Updated of 2006 guidelines. 2. Hemphill, JC. (2015) Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Haemorrhage. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association AHA, Stroke. 2015; 46: 2032-2060. DOI: 10.1161/STR.0000000000000069. Update of 2010 guidelines. 3. Kobayashia, A. (2018). European Academy of Neurology and European Stroke Organization consensus statement and practical guidance for pre-hospital management of stroke. European Journal of Neurology 2018, 25: 425–433. Doi :10.1111/ene.13539 4. Powers, WJ. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association 5. Gittler M. (2018). Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2673525 6. HAS (2019). Accident vasculaire cérébral. Pertinence des parcours de rééducation/réadaptation après la phase initiale de l'AVC. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2972905/fr/accident-vasculaire-cerebral-pertinence-des-parcours-de-reeducation/readaptation-apres-la-phase-initiale-de-l-avc. Mai 2019. 7. Circulaire DGOS/R4/PF3/2012/106 du 6 mars 2012 relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'AVC. solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-04/ste_20120004_0100_0081.pdf 8. European Stroke Organisation Recommendations to establish a stroke unit and stroke Centres. ESO 2013, http://stroke.ahajournals.org/content/44/3/828 9. Guidelines for the management of spontaneous intracerebral haemorrhage from American Heart Association/American Stroke Association (AHA & ASA, 2015). Stroke. 2015; 46:2032-2060. DOI: 10.1161/STR.0000000000000069 https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/str.0000000000000069

	10. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Stroke in adults Quality standard [QS2] Published: 29 June 2010 Last updated: 12 April 2016. https://www.nice.org.uk/guidance/qs2 11. Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association (AHA & ASA, 2019) https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000211
Utilisations	• L'objectif de performance est fixé à 80%, soit 8 dossiers sur 10. • Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé. • Procédure de certification des établissements de santé. • Diffusion publique, Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité des Soins (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet – cf. Cadre réglementaire
Type d'indicateur	Indicateur de qualité et sécurité des soins de type processus permettant la comparaison inter-établissements. Indicateur de type de taux. Pas d'ajustement sur le risque.
Echantillon	L'information complémentaire est calculée sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers tirés au sort sur l'année 2022, débutés et terminés en 2022
Numérateur	Nombre dossiers patients comportant : • Une prise en charge rééducative OU • Une justification à l'absence de prise en charge rééducative
Dénominateur	Les dossiers répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous.
Critères d'inclusion	L'échantillon principal est constitué de séjours de patients adultes • En hospitalisation complète hors séances, • D'au moins un jour (1 nuitée) • Commencés et terminés en 2022. • Avec en diagnostic principal, un code CIM 10 d'AVC aigu⁷ : ○ I60.x (hémorragies sous arachnoïdiennes), ○ I61.x (hémorragies intracérébrales), ○ I62.x (autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques, sous durale, extradurale, sans précision), ○ I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène) ○ I64 (accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus) • Applicable à tout mode d'entrée et tout mode de sortie (hors décès)
Critères d'exclusion	• Les séjours avec un erreur (GHM 90) • Les séjours avec séances (GHM 28) • Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans • Les séjours de patients décédés au cours du séjour • Les séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ou les séjours d'une durée de moins de 24 heures sans nuitée

⁷ https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1288/fascicule_codage_avc_2014_0.pdf

	• Les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire (séjour B) • Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite (Z53.2) • Les séjours avec un code d'AIT en DP (G45.x) de n'importe quelle unité médiale
Critères d'exclusion secondaire	Néant
Mode d'évaluation	Il convient de trouver dans le dossier la trace d'une prise en charge rééducative par un rééducateur ou un médecin de médecine physique et de réadaptation dans les suites immédiates d'un AVC. L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. Pour tout patient quel que soit le service d'hospitalisation, le dossier du patient est conforme s'il comporte : • Une prise en charge rééducative OU • Une justification à l'absence prise en charge rééducative

**Fiche descriptive de l'information complémentaire :
« Délai entre l'arrivée dans l'établissement
et la prise en charge rééducative »
2023**

Définition	Cette information complémentaire évalue sous forme d'un taux le nombre de dossiers de patients permettant de déterminer le délai entre la date de première prise en charge rééducative et la date d'arrivée dans l'établissement et de tracer une justification à une première prise en charge supérieure ou égal à 4 jours. Uniquement pour les personnes ayant bénéficié d'une prise en charge rééducative
Justification	Une évaluation sans délai des déficiences et besoins de rééducation par un médecin de médecine physique et de réadaptation ou par des rééducateurs (masseur kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, psychomotricien) permet de définir un plan de soins de rééducation et de réadaptation dans les suites immédiates de l'AVC. Une rééducation immédiate, centrée et adaptée aux besoins du patient réduit la sévérité des déficiences et augmente le pronostic fonctionnel des patients (1-8). 1. Circulaire DGOS/R4/PF3/2012/106 du 6 mars 2012 relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'AVC. solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-04/ste_20120004_0100_0081.pdf 2. European Stroke Organisation Recommendations to establish a stroke unit and stroke Centres. ESO 2013, http://stroke.ahajournals.org/content/44/3/828 3. Steiner, T. (2014). European Stroke Organisation (ESO) guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage. Updated of 2006 guidelines. 4. Hemphill, JC. (2015) Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Haemorrhage. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association AHA, Stroke. 2015; 46: 2032-2060. DOI: 10.1161/STR.0000000000000069. Update of 2010 guidelines. 5. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Stroke in adults Quality standard [QS2] Published: 29 June 2010 Last updated: 12 April 2016. https://www.nice.org.uk/guidance/qs2 6. Kobayashia, A. (2018). European Academy of Neurology and European Stroke Organization consensus statement and practical guidance for pre-hospital management of stroke. European Journal of Neurology 2018, 25: 425–433. Doi :10.1111/ene.13539 7. Powers, WJ. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association 8. Gittler, M. (2018). Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2673525 9. HAS (2019). Accident vasculaire cérébral. Pertinence des parcours de rééducation/réadaptation après la phase initiale de l'AVC. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2972905/fr/accident-vasculaire-cerebral-pertinence-des-parcours-de-reeducation/readaptation-apres-la-phase-initiale-de-l-avc. Mai 2019

Utilisations	Pilotage interne de la qualité
Type d'indicateur	Information complémentaire Taux
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels le dossier comporte : - La date d'arrivée dans l'établissement ET - La date de l'évaluation par un rééducateur ou un médecin de médecine physique et de réadaptation ET - Une justification, si ce délai est supérieur ou égal à 4 jours
Dénominateur	Les dossiers répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous.
Echantillon	L'information complémentaire est calculée sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers tirés au sort sur l'année 2022.
Critères d'inclusion	L'échantillon principal est constitué de séjours de patients adultes - En hospitalisation complète hors séances, - D'au moins un jour (1 nuitée) - Commencés et terminés en 2022. - Avec en diagnostic principal, un code CIM 10 d'AVC aigu⁸ : - I60.x (hémorragies sous arachnoïdiennes), - I61.x (hémorragies intracérébrales), - I62.x (autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques, sous durale, extradurale, sans précision), - I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène) - I64 (accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus) - Applicable pour toute provenance et tout mode de sortie (hors décès)
Critères d'exclusion	- Les séjours avec un erreur (GHM 90) - Les séjours avec séances (GHM 28) - Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans - Les séjours de patients décédés au cours du séjour - Les séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ou les séjours d'une durée de moins de 24 heures sans nuitée - Les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire (séjour B) - Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite (Z53.2) - Les séjours avec un code d'AIT en DP de n'importe quelle UM (G45.x)
Mode d'évaluation de l'indicateur	Il convient de trouver dans le dossier les informations nécessaires à l'estimation du délai entre l'arrivée dans l'établissement et la prise en charge rééducative et une justification à un délai supérieur à 3 jours

⁸ https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1288/fascicule_codage_avc_2014_0.pdf

	L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. Pour tout patient en séjour en MCO pour AVC, le dossier du patient est conforme si on trouve : • La date d'arrivée dans l'établissement ET • La date de l'évaluation par un rééducateur ou un médecin de médecine physique et de réadaptation ET • Une justification, si ce délai est supérieur ou égal à 4 jours
--	---

Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et sécurité des soins « Planification du suivi post-AVC »

2023

Définition	Cet indicateur, présenté sous forme d'un taux, évalue dans les dossiers des patients sortant à domicile, la trace d'un score d'autonomie à la sortie de MCO, des mesures de prise en charge en cas de déficiences et d'un rendez-vous de consultation post AVC programmé dans les 6 mois.
Justification	La préparation du retour à domicile consiste à planifier le suivi médical et paramédical après une hospitalisation pour un AVC aigu. C'est une étape critique pour la qualité et la continuité des soins. La proportion importante de patients décédant au-delà de 30 jours après l'admission à l'hôpital, phase considérée comme aiguë, souligne l'importance d'optimiser le suivi post-AVC et la coordination des soins. Après une hospitalisation en MCO, 2 tiers des patients seront suivis en ville. Des améliorations restent nécessaires pour la prise en charge des complications latentes et handicaps post AVC en ville. L'accès aux soins de qualité reste en effet considéré comme insuffisant et inégal sur le territoire. La planification du suivi post-AVC permet, en lien avec l'équipe de soins de proximité et le médecin spécialiste de médecine générale, d'assurer la continuité et la sécurité des soins pour une autonomie optimale des patients de retour à domicile. Pour assurer la continuité des soins, il est nécessaire de : • Tracer le niveau d'autonomie à la fin de son séjour en MCO, ainsi que les mesures d'accompagnement des déficiences résiduelles. • Programmer dans les 6 mois suivant l'hospitalisation, une consultation post AVC adaptée à l'âge et aux déficiences du patient • Décrire les soins médicaux et paramédicaux à réaliser dans les mois suivant la sortie de MCO 1. BEH 2019. Déterminants de la léthalité à la suite d'une hospitalisation pour un AVC en France en 2010-15 fonction motrice chez l'adulte. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/5/pdf/2020_5_1.pdf 2. SOFMER & FEDMER (2011) Yelnik, A-P., Schnitzler, A, Prada- Diehl, P., et al. Parcours de soins et médecin physique et de réadaptation (MPR) : « le patient après un AVC ». https://www.chu-st-etienne.fr/Reseaux/Coordination_viaTrajectoire/Documents/Doc_Generaux/Parcours/Parcours%20MPR%20apr%C3%A8s%20AVC%202011.pdf 3. HAS (2019). Accident vasculaire cérébral. Pertinence des parcours de rééducation/réadaptation après la phase initiale de l'AVC. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2972905/fr/accident-vasculaire-cerebral-pertinence-des-parcours-de-reeducation/readaptation-apres-la-phase-initiale-de-l-avc. Mai 2019. 4. HAS (2020) Parcours de rééducation réadaptation des patients après la phase initiale de l'AVC HAS (2020) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-09/fiche_parcours_de_reeducation_readaptation_des_patients_apres_la_phase_initiale_de_lavc.pdf 5. CNAM (2021). Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2022. https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2021-rapport-propositions-pour-2022-charges-produits, consulté en juillet 2021

	6. CNAM (2021) Prado AVC Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2022. https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2021-rapport-propositions-pour-2022-charges-produits , consulté en juillet 2021
Utilisations	• L'objectif de performance est fixé à 80%, soit 8 dossiers sur 10. • Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé. • Procédure de certification des établissements de santé. • Diffusion publique, Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité des Soins (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet – cf. Cadre réglementaire
Type d'indicateur	Indicateur de qualité et sécurité des soins de type processus permettant la comparaison inter-établissements. Indicateur de type de taux. Pas d'ajustement sur le risque.
Échantillon	L'information complémentaire est calculée sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers tirés au sort sur l'année 2022
Numérateur	Nombre de dossiers patients avec • La trace d'un score d'autonomie à la fin du séjour ET • En cas de déficiences, les mesures de prise en charge des déficiences ET • La trace d'un rendez-vous de consultation post AVC dans les 6 mois suivant la sortie
Dénominateur	Les dossiers répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous.
Critères d'inclusion	L'échantillon principal est constitué de séjours de patients adultes • En hospitalisation complète hors séances, • D'au moins un jour (1 nuitée) • Commencés et terminés en 2022. • Avec en diagnostic principal, un code CIM 10 d'AVC aigu⁹ : ○ I60.x (hémorragies sous arachnoïdiennes), ○ I61.x (hémorragies intracérébrales), ○ I62.x (autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques, sous durale, extradurale, sans précision), ○ I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène) ○ I64 (accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus) • Sortant vers un lieu de résidence (domicile, ehpad ou toute autre structure d'hébergement médico-social), quel que soit le mode d'entrée dans l'établissement de santé
Critères d'exclusion	• Les séjours avec un erreur (GHM 90) • Les séjours avec séances (GHM 28)

⁹ https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1288/fascicule_codage_avc_2014_0.pdf

	• Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans • Les séjours de patients décédés au cours du séjour • Les séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ou les séjours d'une durée de moins de 24 heures sans nuitée • Les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire (séjour B) • Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite (Z53.2) • Les séjours avec un code d'AIT en DP de n'importe quelle UM (G45.x)
Critères d'exclusion secondaire	• Néant
Mode d'évaluation de l'indicateur	Il convient de trouver dans le dossier un score d'autonomie à la sortie de MCO, un descriptif des mesures de prise en charge si déficiences et un rendez-vous de consultation post AVC programmé dans les 6 mois. L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. Pour tout patient retournant à domicile après son séjour en MCO, le dossier du patient est conforme si on trouve : • Un score d'autonomie à la sortie ET • En cas de déficiences, les mesures de prise en charge des déficiences ET • Un rendez-vous de consultation post AVC dans les 6 mois suivant la sortie de MCO

Fiche descriptive de l'information complémentaire :
«Thrombolyse »
2023

Définition	Cette information complémentaire, présentée sous la forme d'un taux, évalue le nombre de dossiers de patients venant du domicile, ayant un infarctus cérébral avec une thrombolyse ou une absence justifiée de thrombolyse et, en cas de thrombolyse, avec un délai calculable entre l'arrivée dans l'établissement et le début de l'injection du thrombolytique.
Justification	La thrombolyse médicamenteuse consiste à administrer par voie intraveineuse un fibrinolytique pour dissoudre un caillot de fibrine obstruant une artère cérébrale. Il s'agit de rétablir un débit sanguin cérébral et éviter ainsi l'anoxie du tissu cérébral. Le traitement doit être instauré le plus tôt possible après avoir exclu une hémorragie intracrânienne par des techniques appropriées d'imagerie (par exemple, tomodensitométrie cérébrale ou autre méthode d'imagerie sensible pour le diagnostic d'une hémorragie). L'effet du traitement est temps-dépendant ; par conséquent, plus le traitement est administré précocement, plus la probabilité de résultat clinique favorable est élevée. L'hémorragie intracérébrale représente l'effet indésirable majeur du traitement thrombolytique de l'accident vasculaire cérébral ischémique à la phase aiguë, les hémorragies survenant préférentiellement dans la zone de l'infarctus. Le recours à une thrombolyse est basé sur une analyse bénéfice / risque prenant en compte pour chaque cas, plusieurs facteurs dont la (sévérité de l'infarctus, le début des symptômes, la prise d'anticoagulants, antiagrégants...) et sur la surveillance des personnes. L'instauration et le suivi du traitement doivent être réalisés sous la responsabilité d'un médecin formé et expérimenté en pathologie neurovasculaire. Il est recommandé d'administrer au sein de structures disposant en permanence d'équipements et de traitements de réanimation. 1. Powers, WJ. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association
Utilisations	Pilotage interne de la qualité
Type d'information complémentaire	Information complémentaire Taux
Numérateur	Nombre de séjours de patients avec un infarctus cérébral aigu pour lesquels le dossier présente la trace : • D'une thrombolyse médicamenteuse OU • L'absence justifiée de thrombolyse ET • Si thrombolyse réalisée, les informations nécessaires au calcul du délai entre l'arrivée et le début de l'injection du thrombolytique
Dénominateur	Les dossiers répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous.

Échantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers tirés au sort sur l'année 2022.
Critères d'inclusion	L'échantillon principal est constitué de séjours de patients adultes • En hospitalisation complète hors séances, • D'au moins un jour (1 nuitée) • Commencés et terminés en 2022. • Avec en diagnostic principal, un code CIM 10 d'AVC aigu I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène)
Critères d'exclusion	• Les séjours avec un erreur (GHM 90) • Les séjours avec séances (GHM 28) • Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans • Les séjours de patients décédés au cours du séjour • Les séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ou les séjours d'une durée de moins de 24 heures sans nuitée • Les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire (séjour B) • Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite (Z53.2) • Les séjours avec un code d'AIT en DP de n'importe quelle UM (G45.x) • En provenance de leur lieu de résidence (domicile ou structure d'hébergement médico-social) et tous modes de sortie hors décès.
Critères d'exclusion secondaire	• Séjours avec diagnostic principal d'hémorragie cérébrale ou d'AVC non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus
Mode d'évaluation de l'information complémentaire	Pour tout patient avec un diagnostic d'infarctus cérébral, le dossier du patient pris en charge à la phase aiguë dans l'établissement de santé audité est conforme si on trouve une trace des informations suivantes : • D'une thrombolyse médicamenteuse OU • L'absence justifiée de thrombolyse ET • Si thrombolyse réalisée, les informations nécessaires au calcul du délai entre l'arrivée et le début de l'injection du thrombolytique

¹⁰ https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1288/fascicule_codage_avc_2014_0.pdf

Fiche descriptive de l'information complémentaire : « Thrombectomie »

2023

Définition	Cette information complémentaire, présentée sous la forme d'un taux, évalue le nombre de dossiers de patients venant du domicile, ayant un infarctus cérébral avec une thrombectomie ou une absence justifiée de thrombectomie et, si thrombectomie, avec un délai calculable entre l'arrivée dans l'établissement et la ponction artérielle.
Justification	La thrombectomie cérébrale consiste à recanaliser une artère cérébrale occluse à la phase aiguë d'un accident vasculaire cérébral ischémique. Cette technique est utilisée seule ou en association avec une thrombolyse veineuse. Le nombre de thrombectomies a triplé en France passant de 2822 en 2015 à 6844 en 2018 (3). Les indications de la thrombectomie et les conditions de sa réalisation précisées dans les recommandations de la HAS (2016, 2018), dans la charte de la société française de neuroradiologie (2015) sont celles décrites dans les recommandations les plus récentes (1, 2, 4-7). La décision d'entreprendre une thrombectomie mécanique doit être prise par une équipe multidisciplinaire comprenant au moins : 1°) un neurologue et/ou un médecin compétent en pathologie neurovasculaire ; et 2°) un neuroradiologue interventionnel qualifié. La TBT doit être réalisée dans un établissement disposant d'un centre de neuroradiologie interventionnelle autorisé et d'une unité neurovasculaire. La thrombectomie mécanique est recommandée à la phase aiguë dans le traitement de l'AVC chez les patients qui présentent une occlusion proximale des artères cérébrales (carotide, cérébrale moyenne, tronc basilaire). Ces informations indispensables à l'indication d'une thrombectomie sont fournies par une exploration neuroradiologique standardisée. Elle doit être réalisée le plus rapidement possible, dès que son indication a été posée. Une thrombectomie est réalisée en complément ou en alternative à d'une thrombolyse intraveineuse Références - HAS (2016). Thrombectomie des artères intracrâniennes par voie endovasculaires. Rapport d'évaluation technologique. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-11/rapport_thrombectomie.pdf - HAS (2018). Organisation de la prise en charge précoce de l'accident vasculaire cérébral ischémique aigu par thrombectomie mécanique. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2757616/fr/organisation-de-la-prise-en-charge-precoce-de-l-accident-vasculaire-cerebral-ischemique-aigu-par-thrombectomie-mecanique. - AVC ischémique aigu : intérêt de la thrombectomie mécanique. https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974244/fr/avc-ischemique-aigu-interet-de-la-thrombectomie-mecanique. MAJ juin 2019 - Enquête de la SFNR menée en janvier 2019 auprès de 33 centres de neuroradiologie. sfnr.net/neuroradiologie-quotidien/thrombectomie/la-thrombectomie/etat-lieux-carte-interactive - Société Française de neuroradiologie. (2015). Charte des conditions de réalisation de la thrombectomie mécanique en France. https://www.sfnr.net/neuroradiologie-quotidien/thrombectomie/charte-thrombectomie - Kobayashia, A. (2018). European Academy of Neurology and European Stroke Organization consensus statement and practical guidance for pre-hospital management of stroke. European Journal of Neurology 2018, 25: 425–433. Doi :10.1111/ene.13539

	7. Powers, WJ. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association 8. European Stroke Organisation (ESO) - European Society for Minimally Invasive Neurological Therapy (ESMINT) Guidelines on Mechanical Thrombectomy in Acute Ischemic Stroke. 2019. https://www.sfnr.net/sites/www.sfnr.net/files/medias/documents_telechargeables/journal-of-neurointerventional-surgery.pdf
Utilisations	Pilotage interne de la qualité
Type d'information complémentaire	Information complémentaire Taux
Numérateur	Nombre de séjours de patients avec un infarctus cérébral pour lesquels le dossier présente la trace : - D'une thrombectomie mécanique OU une justification expliquant l'absence de thrombectomie mécanique ET - Si thrombectomie réalisée, les informations nécessaires au calcul du délai entre l'arrivée et la ponction artérielle sont tracées dans le dossier
Dénominateur	Les dossiers répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous.
Échantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers tirés au sort sur l'année 2022
Critères d'inclusion	L'échantillon principal est constitué de séjours de patients adultes - en hospitalisation complète hors séances, - D'au moins un jour (1 nuitée) - Commencés et terminés en 2022. - Avec en diagnostic principal, un code CIM 10 d'AVC aigu¹¹ I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène) - En provenance de leur lieu de résidence (domicile ou structure d'hébergement médico-social) et tous modes de sortie hors décès.
Critères d'exclusion	- Les séjours avec un erreur (GHM 90) - Les séjours avec séances (GHM 28) - Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans - Les séjours de patients décédés au cours du séjour - Les séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ou les séjours d'une durée de moins de 24 heures sans nuitée - Les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire (séjour B) - Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite (Z53.2) - Les séjours avec un code d'AIT en DP de n'importe quelle UM (G45.x)

¹¹ https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1288/fascicule_codage_avc_2014_0.pdf

Critères d'exclusion secondaire	Séjours avec diagnostic principal d'hémorragie cérébrale ou d'AVC non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus
Mode d'évaluation de l'indicateur	Le dossier répond aux exigences si on trouve la trace - D'une thrombectomie ou une justification expliquant l'absence de thrombectomie mécanique ET - Si thrombectomie réalisée, les informations nécessaires au calcul du délai entre l'arrivée et la ponction artérielle sont tracées dans le dossier

Historique des indicateurs

Modifications apportées aux indicateurs « Prise en charge initiale de l'AVC »	
Indicateurs recueillis lors du premier recueil national en 2011	
Pour la campagne nationale 2011, le thème « Prise en charge initiale de l'AVC » était composé de 6 indicateurs : - Imagerie en première intention = Délai Arrivée - Imagerie en première intention ; - Éligibilité à la thrombolyse = Date et heure de survenue des symptômes d'accident vasculaire cérébral ; - Aspirine après AVC ischémique ; - Évaluation par un professionnel de la rééducation (2 parties) : - o Évaluation par un professionnel de la rééducation ; - o Délai médian (en jours) entre l'arrivée du patient dans l'établissement et l'évaluation par un professionnel de la rééducation ; - Transfert en SSR = Délai première demande – Transfert ; - Tenue du dossier patient.	
Modifications apportées pour le second recueil national en 2013	
Pour la campagne nationale 2013, l'indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation » a été modifié, le thème « Prise en charge initiale de l'AVC » était composé de 7 indicateurs : - Imagerie en première intention = Délai Arrivée - Imagerie en première intention ; - Éligibilité à la thrombolyse = Date et heure de survenue des symptômes d'accident vasculaire cérébral ; - Aspirine après AVC ischémique ; - Évaluation par un professionnel de la rééducation ; - Évaluation par un professionnel de la rééducation dans les 3 jours ; - Transfert en SSR = Délai première demande – Transfert ; - Tenue du dossier patient.	

Modifications apportées pour le troisième recueil national en 2015

Pour la campagne nationale 2015,

- L'indicateur « Aspirine après AVC ischémique » a été supprimé ;
- L'indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation dans les 3 jours » a été modifié par « Évaluation par un professionnel de la rééducation le 1er jour » ;
- L'indicateur « Transfert en SSR » a été modifié par « Transfert en SSR spécialisé » ;
- 4 nouveaux indicateurs ont été élaborés.

Au total le thème « Prise en charge initiale de l'AVC » était composé de 10 indicateurs :

- Délai arrivée - imagerie en première intention ;
- Date et heure de survenue des symptômes d'accident vasculaire cérébral ;
- Expertise neuro vasculaire ;
- Évaluation par un professionnel de la rééducation ;
- Évaluation par un professionnel de la rééducation le 1er jour ;
- Dépistage des troubles de la déglutition ;
- Transfert en SSR spécialisé ;
- Traitement anti-agrégant ou anti coagulant à la sortie ;
- Programmation d'une consultation post AVC ;
- Tenue du dossier patient.

Modifications apportées pour le quatrième recueil national en 2017

Pour la campagne nationale 2017 :

- L'indicateur « Date et heure de survenue des symptômes d'accident vasculaire cérébral » n'est plus recueilli comme indicateur mais est un des critères de l'indicateur « AVC éléments indispensables à l'arrivée » ;
- L'indicateur « Traitement antiagrégant ou anti coagulant à la sortie » a été supprimé ;
- L'indicateur « Tenue du dossier patient » a été supprimé ;
- Le critère « Score d'autonomie ou de handicap à la sortie » est devenu un indicateur ;
- Les critères « Score NIHSS la 1ère heure suivant l'arrivée » et « glycémie capillaire la 1ère heure suivant l'arrivée » ont été retenus comme critères de l'indicateur « AVC éléments indispensables à l'arrivée ».

Au total le thème « Prise en charge initiale de l'AVC » est composé de 9 indicateurs :

- Délai arrivée - imagerie en première intention ;
- AVC éléments indispensables à l'arrivée comportant les critères :
- Date et heure de survenue des symptômes d'accident vasculaire cérébral ;
- Score NIHSS la 1ère heure suivant l'arrivée ;
- Glycémie capillaire la 1ère heure suivant l'arrivée ;
- Expertise neuro vasculaire ;
- Évaluation par un professionnel de la rééducation ;
- Évaluation par un professionnel de la rééducation le 1er jour ;
- Dépistage des troubles de la déglutition ;
- Transfert en SSR spécialisé ;
- Programmation d'une consultation post AVC ;
- Score d'autonomie ou de handicap à la sortie.

Modifications apportées au 5^{ème} recueil campagne 2021

La campagne 2021 est une campagne volontaire (le recueil est optionnel)

- Le recueil est optionnel. Il porte sur les séjours de 2019.
- La saisie de dates et d'horaires a été limitée au maximum.
- Les modifications apportées permettent de mieux prendre en compte la prise en charge de tous les types d'AVC.

L'évolution des indicateurs / informations complémentaires met l'accent sur la rapidité de la phase diagnostique (ICD, DARIM, EPCI), sur l'accès hors des services spécialisés à l'expertise neurologique, neurochirurgicale ou neurovasculaire (EN, DEREX), à la rééducation / réadaptation (AEPR, DARER), à la continuité des soins (SSR, PRD) ; à la traçabilité des traitements thrombolytiques (TBL/ TBT) et à la prévention des troubles de la déglutition (DTD).

Au total l'évaluation de la qualité du thème « Prise en charge initiale de l'AVC » comprend 5 indicateurs et 7 informations complémentaires.

Les 5 indicateurs permettant la comparaison des établissements de santé MCO sont :

1. Imagerie cérébrale diagnostique (ICD)
2. Accès à une évaluation neuro-vasculaire ou neurologique ou neurochirurgicale en dehors des UNV ou neurochirurgie (EN)
3. Prévention des troubles de la déglutition (DTD)
4. Accès à l'Evaluation par un Rééducateur ou un médecin de médecine physique et réadaptation (AEPR)
5. Préparation du retour à domicile (PRD)

Les indicateurs « score d'autonomie et programmation de la consultation post AVC » ont été abandonnés et ces critères sont intégrés comme critères de l'indicateur « préparation du retour à domicile (PRD).

Toutes les informations complémentaires suivantes pourront à terme être des indicateurs de comparaison après un travail de validation à l'exception du transfert en SSR qui ne relève pas uniquement de la responsabilité de l'établissement mais de l'organisation de l'offre de soins sur un territoire :

1. Eléments déterminants la prise en charge immédiate (EPCI)
2. Evaluation du délai entre la date d'arrivée dans l'ES et la date de l'imagerie cérébrale (DARIM)
3. Evaluation du délai entre la date d'arrivée dans ES et la date de l'expertise neuro-vasculaire ou neurologique ou neurochirurgicale (DAREX)
4. Evaluation du délai entre la date d'arrivée dans l'ES et la date de l'évaluation par un rééducateur ou un médecin de MPR (DARER)
5. Transfert en SSR de neurologie ou de gériatrie (SSR)
6. Traçabilité de la thrombolyse (TBL)
7. Traçabilité de la thrombectomie (TBT)

Modifications apportées au 6^{ème} recueil campagne 2023

La campagne 2023 est une campagne nationale de recueil obligatoire et porte sur les dossiers de l'année 2022.

Les indicateurs et informations complémentaires ont été revus pour tenir compte des recommandations de bonnes pratiques les plus récentes (ESO 2019) et l'avis du groupe de travail réuni le 12 décembre 2022.

La qualité de la prise en charge en MCO de tous types d'AVC est analysée grâce 2 indicateurs permettant la comparaison des ES et 8 informations complémentaires

En 2023, les indicateurs de comparaison des ES sont les suivants :

- Imagerie cérébrale diagnostique (ICD)
- Accès à une évaluation neuro-vasculaire (ENV)
- Prévention des pneumopathies d'inhalation (PPI)
- Accès à une prise en charge rééducative (AR)
- Planification du suivi post AVC (SUIV)

Les informations complémentaires sont les suivantes :

- Informations pour une prise en charge immédiate (IPI)
- Délai entre l'arrivée dans l'établissement et l'imagerie cérébrale diagnostique (DARIM)
- Délai entre l'arrivée dans l'établissement et la prise en charge rééducative (DARER)
- Thrombolyse (TBL)
- Thrombectomie (TBT)

Suivi des indicateurs et informations complémentaires 2023

Trigramme	IQSS	Recueil 2023	Statut 2023	Diffusion publique 2023
SEIA	Éléments déterminants la prise en charge immédiate	Abandonné		
EPCI	Éléments déterminants la prise en charge immédiate	Abandonné		
IPI	Informations pour une prise en charge immédiate	Information complémentaire	Nouveau	Non
ICD	Imagerie cérébrale diagnostique	Indicateur	Inchangé	Oui
IMA	Délai arrivée - imagerie	Abandonné		
DARIM_2	Délai entre l'arrivée dans l'ES et l'imagerie cérébrale diagnostique	Information complémentaire	Modifié	-
ENV	Accès à une expertise neurovasculaire	Indicateur	Nouveau	Non
T EN V AEN	Expertise neuro vasculaire, neurochirurgicale, neurologique	Abandonné 2021		
DAREX	Délai entre l'arrivée et l'expertise neurovasculaire	Abandonné		
DTD	Prévention des troubles de la déglutition	Abandonné		
PPI	Prévention des pneumopathies d'inhalation	Indicateur	Nouveau	Non
EPR1 EPR2	Évaluation par un professionnel de la rééducation Évaluation par un professionnel de la rééducation le 1 ^{er} jour	Abandonné		
AEPR	Accès à l'évaluation par un médecin de médecin physique et réadaptation ou professionnels de la rééducation	Abandonné		
AR	Accès à une prise en charge rééducative	Indicateur	Nouveau	Non
DARER	Délai entre l'arrivée dans l'ES et prise en charge rééducative	Information complémentaire	Nouveau	Non
SUIV	Suivi post AVC	Indicateur	Nouveau	Oui
TBL2	Thrombolyse	Information complémentaire	Nouveau	-
TBT2	Thrombectomie	Information complémentaire	Nouveau	-

PRD	Préparation du retour à domicile	Abandonné		
SSR	Transfert en SSR spécialisé	Abandonné		
CPA	Préparation du retour à domicile	Abandonné		
-	Réalisation d'une imagerie des troncs supra-aortiques pour tout infarctus cérébral	Abandonné		
-	Exploration des artères intracrâniennes à la phase aigüe »	Abandonné		
DHS	Date et heure de survenue des symptômes	Abandonné		
SAS	Score d'autonomie ou de handicap à la sortie	Abandonné		
TSOR	Traitement anti-agrégant/ anti coagulant approprié à la sortie	Abandonné		
TDP	Tenue du dossier du patient	Abandonné		



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



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Fiches descriptives des indicateurs et informations complémentaires

Thème

« Prise en charge d'un accident vasculaire cérébral (AVC) récent en soins médicaux et de réadaptation (SMR) »

Campagne IQSS 2023

contact.iqss@has-sante.fr

Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (DAQSS)

Service Évaluation et Outils pour la qualité et la sécurité des soins (SEvOQSS)

Version : mai 2023

Sommaire

Importance du thème	3
Les indicateurs en 2023	4
L'échantillon.....	4
Références.....	5
Fiche descriptive de l'indicateur 1 : « Projet de vie » 2023	7
Fiche descriptive de l'indicateur 2 : « Prise en charge des troubles de la déglutition » 2023	10
Fiche descriptive de l'indicateur 3 : « Prise en charge d'une hypertension artérielle » 2023	12
Fiche descriptive de l'indicateur 4 : « Suivi pondéral et nutritionnel » 2023.....	14
Fiche descriptive de l'indicateur 5 : « Evaluation des fonctions cognitives et comportementales » 2023.....	16
Fiche descriptive de l'indicateur 6 : « Préparation du retour à domicile » 2023	18
Fiche descriptive de l'indicateur 7 : « Programmation d'une consultation post AVC » 2023	20
Fiche descriptive de l'information complémentaire : « Synthèses actualisées des échanges interdisciplinaires » 2023.....	22
Fiche descriptive de la mesure exploratoire : « Progression de l'autonomie » 2023	25
Historique des indicateurs et informations complémentaires	27

Importance du thème

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont la première cause de handicap acquis de l'adulte, la deuxième cause de démence. Les déficiences suite un AVC aigu sont multiples : fonctionnelles, cognitives, psychiques, familiale et sociale voire professionnelle pour les personnes les plus jeunes. On note depuis plusieurs années, une augmentation de l'incidence des AVC aigus chez les moins de 65 ans . En 2014, dans les suites immédiates d'un AVC aigu, un tiers des personnes étaient prises en charge dans les services de SSR [1-4].

Le taux d'admission en SSR a fortement baissé entre 2020 et 2021 en raison de l'épidémie de COVID. De plus, le niveau de sévérité (déficits fonctionnels et comorbidités associées) observés sur cette période étaient supérieurs à ceux des patients admis en 2019. Les AVC pour lesquels le bénéfice attendu d'une rééducation/ réadaptation en SMR ont été définis par la SOFMER. Pour autant l'accès aux SMR et la coordination des soins entre SMR et équipe de proximité restent limités [5-9].

En post AVC, toutes les recommandations internationales parues ces 5 dernières années ont confirmé l'efficacité globale de la rééducation/réadaptation post-AVC. La rééducation/réadaptation réduit la mortalité, le taux de dépendance et le risque d'institutionnalisation [10-16]

Néanmoins les séjours de post AVC sont longs et la prise en charge complexe. Les soins de réadaptation reposent sur l'expertise d'une équipe pluridisciplinaire coordonnée par un médecin de MPR. Les échanges interdisciplinaires réguliers tout au long du séjour permettent d'adapter les soins aux progrès fonctionnels du patient, d'identifier les freins à la rééducation et l'autonomie : troubles cognitifs, dénutrition, dépression, En plus de la prise en charge rééducative, il s'agit aussi de prévenir des complications médicales (pneumopathie, embolie pulmonaire, escarres, poussée hypertensive...) et de réduire ainsi la mortalité à la phase subaiguë des AVC [17-22].

Le recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins sur la prise en charge des AVC récents en SMR concernent les séjours d'AVC récents de l'adulte avec une durée minimum de séjour de 21 jours.

NB Le terme SMR (Soins médicaux et de Réadaptation) remplace celui de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) avec le décret 2022 24 et le décret 2022 25 du 11 janvier 2022 [23-24].

Les indicateurs en 2023

La qualité de la prise en charge en SMR de tous types d'AVC récents est analysée grâce à :

7 indicateurs permettant la comparaison des ES :

1. Projet de vie
2. Prise en charge des troubles de la déglutition
3. Prise en charge d'une hypertension artérielle
4. Suivi pondéral et nutritionnel
5. Evaluation des fonctions cognitives et comportementales
6. Programmation d'une consultation post AVC
7. Préparation du retour à domicile

Et

Une information complémentaire : « Synthèses actualisées des échanges interdisciplinaires »

Les questions portant sur les synthèses actualisées des échanges interdisciplinaires pourront intégrer le set d'indicateurs de comparaison si leur qualité métrologique le permet. La mesure exploratoire porte sur la progression de l'autonomie au décours du séjour de SMR.

Et

Une mesure exploratoire : « Progression de l'autonomie ».

L'échantillon

Le recueil porte sur un échantillon aléatoire de 50 séjours tirés au sort à partir du PMSI SMR 2022.

Critères d'inclusion

L'échantillon principal est constitué de séjours de patients adultes

- En hospitalisation complète hors séances,
- Séjours débutés et terminés en 2022
- De patients adultes sortis vivants d'une hospitalisation en SMR
- Avec en étiologie principale ou manifestation morbide principale, les codes CIM 10 d'AVC aigus suivants :
 - I60.x (hémorragies sous arachnoïdiennes),
 - I61.x (hémorragies intracérébrales),
 - I62.x (autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques, sous durale, extradurale, sans précision),
 - I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène)
 - I64 (accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus)
- Avec une durée de séjour de 22 jours minimum
- Dont le score de dépendance lors de l'entrée en SSR codé est différent de 6 ou de 24
- Pour les patients ayant au cours de l'année plusieurs séjours correspondant aux critères ci-dessus, le 1^{er} séjour de l'année sera étudié.

Critères d'exclusion

- Les séjours PMSI avec un groupe médico économique (GME) erreur, GHM erreur, GHPC erreur, GME erreur, séjour en erreur, erreur de chainage
- Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans
- Les séjours de patients décédés au cours du séjour (mode de sortie RSS = décès)
- Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite
- Les séjours dont la durée est inférieure à 22 jours
- Les séjours de patients dont le score de dépendance à l'entrée en SMR (1^{er} RHS) est inférieur ou égal à 6 ou supérieur ou égal à 24

Références

1. Inserm 2019. L'accident vasculaire cérébral. <https://www.inserm.fr/dossier/accident-vasculaire-cerebral-avc/.MAJ> mai 2019.
2. Santé Publique France 2019. Accident vasculaire cérébral (AVC). La première cause de handicap acquis de l'adulte Santé Publique France. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/accident-vasculaire-cerebral>. MAJ mai 2019
3. Schnitzler A, Woimant F, Tuppin P, de Peretti C. Prevalence of self-reported stroke and disability in the French adult population: a transversal study. PLoS One 2014;9(12):e115375.
4. Analyse de l'activité hospitalière en 2020 en SSR. Agence technique de l'information hospitalière en 2020. <https://www.atih.sante.fr/analyse-de-l-activite-hospitaliere-2020>
5. Gabet A, de Peretti C, Woimant F, Giroud M, Béjot Y, Schnitzler A, et al. (2017). Evolution de l'admission en soins de suite et de réadaptation des patients hospitalisés pour accident vasculaire cérébral en France, 2010-2014. Bull Epidemiol Hebdo 2017;(11):196-207.
6. Yelnik AP, Schnitzler A, Pradat-Diehl P, Sengler J, et al. Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) Care Pathways: "Stroke Patients". Ann Phys Rehabil Med 2011;54(8):506-18.
7. Instruction DGOS/R4 no 2015-262 du 3 août 2015 relative à l'organisation régionale des consultations d'évaluation pluriprofessionnelle post-accident vasculaire cérébral (AVC) et du suivi des AVC. https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-09/ste_20150009_0000_0053.pdf
8. [HAS. Accident vasculaire cérébral Pertinence des parcours de rééducation/réadaptation après la phase initiale de l'AVC.](#)
9. Greenberg, S.M.; Ziai, W.C.; Cordonnier, C.; Dowlatshahi D., Francis, B. et al. Guideline for the Management of Patients with Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke ; 2022 Jul;53(7):e282-e361.doi: 10.1161/STR.0000000000000407. Epub 2022 May 17.
10. Powers W.J., Rabinstein, A.A; Ackerson, T. Adeoye, O.M. Bambakidis N.C.,AHA. Guidelines for the Early Management of Patients with an Acute Ischemic Stroke: 2019 Update of the 2018 guidelines <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/STR.0000000000000211>
11. Winstein, C.J, Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherne R. and al. Adulte Stroke rehabilitation recovery. AHA. <https://www.guidelinecentral.com/guideline/7080/#>. MAJ 22 mars 2022
12. Teasell, R., Salbach, N.M., et les membres du groupe de rédaction sur la réadaptation et le rétablissement après un AVC des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC, sixième édition décembre <https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/rehabilitation-nov2019/french/2019-csbpr6-rehabrecovery-module-fr-final-dec2019.ashx?rev=-1>
13. Platz T (2019) Evidence-Based Guidelines and Clinical Pathways in Stroke Rehabilitation—An International Perspective. Front. Neurol. 10:200.doi: 10.3389/fneur.2019.00200
14. NICE (2021). Stroke Rehabilitation. <http://pathways.nice.org.uk/pathways/stroke> NICE Pathway last updated: 05 February 2021
15. AHA. Clinical Performance Measures for Stroke Rehabilitation: Performance Measures From the American Heart Association/American Stroke Association ; Stroke. 2021;52:00–00. DOI: [10.1161/STR.0000000000000388](https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000388)

16. Department of Veterans Affairs Department of Defense (2021). Clinical practice for the management of stroke rehabilitation.
<https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/stroke/VADoDStrokeRehabCPGFinal8292019.pdf>
17. Rost,N.S., Brodtmann,A., Pase, M. P. van Veluw, S.J., Biffi, A.and al. Post-Stroke Cognitive Impairment and Dementia. Circulation Research. 2022;130:1252–1271.
<https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.122.319951>
18. Canada Stroke Best Practices <https://www.strokebestpractices.ca/recommendations/mood-cognition-and-fatigue-following-stroke/post-stroke-depression>. MAJ 2019.
19. Sabbouh T, Torbey MT. Malnutrition in Stroke Patients: Risk Factors, Assessment, and Management. Neurocrit Care. 2018 Dec;29(3):374-384. doi: 10.1007/s12028-017-0436-1. PMID: 28799021; PMCID: PMC5809242.
20. HAS 2021. Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3165944/fr/diagnostic-de-la-denutrition-chez-la-personne-de-70-ans-et-plus
21. Gorelick P.B., Qureshi S., Farooq M. U. Management of Blood Pressure and Stroke. International Journal of Cardiology Hypertension 3 (2019) 100021
22. Prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire (2018). Haute autorité de santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1252051/fr/prevention-vasculaire-apres-un-infarctus-cerebral-ou-un-accident-ischemique-transitoire
23. Conditions d'implantation de l'activité de soins médicaux et de réadaptation. Décret n° 2022-24 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins médicaux et de réadaptation
24. Conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation. Décret n° 2022-25 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation - Légifrance

Fiche descriptive de l'indicateur 1 : « Projet de vie » 2023

Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, recherche dans le dossier la trace du projet de vie décrit dans les synthèses des échanges pluridisciplinaires et prenant en compte ou justifiant l'absence de l'avis du patient et son entourage ainsi qu'une évaluation sociale par une assistante sociale. Cet indicateur concerne tous les personnes de retour à domicile après une hospitalisation complète en SMR : domicile privé individuel ou collectif (EHPAD au tout autre structure médico-sociale) avec ou sans prise en charge de type HAD ou HDJ.
Justification	La prise en charge en SMR doit favoriser la réinsertion familiale, sociale et professionnelle (projet de vie) du patient en prévenant, compensant les déficiences et limitations des patients [6-8, 11-16, 23 -24]. Le projet de vie du patient est défini pour tout patient de retour au domicile en milieu ordinaire. Il aborde les conditions de vie en milieu ordinaire et les mesures de compensation nécessaires à une réinsertion fonctionnelle, sociale et professionnelle optimale. Il évolue au cours du séjour en fonction des effets de la réduction, des limitations résiduelles et de l'évolution de l'autonomie. Il est élaboré grâce aux échanges interdisciplinaires et s'appuie notamment sur une évaluation sociale par un travailleur des services sociaux (assistante sociale). L'absence de cette dernière doit être justifiée. Le projet de vie doit être élaboré en concertation avec le patient et son entourage. Les raisons qui pourraient être à l'origine d'échanges limités avec le patient ou avec son entourage sur ce sujet doivent être explicitées et tracées.
Utilisations	• L'objectif de performance est fixé à 80%, soit 8 dossiers sur 10. • Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé. • Procédure de certification des établissements de santé. • Diffusion publique, Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité des Soins (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet – cf. Cadre réglementaire
Type d'indicateur	Indicateur de qualité et sécurité des soins de type processus permettant la comparaison inter-établissements. Indicateur de type de taux. Pas d'ajustement sur le risque.
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels on retrouve dans le dossier du patient la trace de : Au moins une synthèse des échanges interdisciplinaires abordant le projet de vie ET L'avis du patient sur le projet de vie OU une des 3 raisons suivantes tracée justifiant l'absence d'avis du patient : (i) état de santé du patient ; (ii) refus du patient ou (iii) barrière de la langue ET L'avis de son entourage sur le projet de vie OU une des 2 raisons suivantes tracée justifiant l'absence d'avis de l'entourage : (i) patient isolé ou (ii) refus du patient ou de l'entourage ET

	Une évaluation sociale par une assistante sociale OU une des 3 raisons suivantes tracée justifiant l'absence d'évaluation par une assistante sociale : (i) état de santé du patient ; (ii) refus du patient ou (iii) barrière de la langue
Dénominateur	L'ensemble des dossiers sauf les dossiers des patients transférés en MCO, SMR
Echantillon	Le taux est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers.
Critères d'inclusion	- Séjours de patients adultes - En hospitalisation complète hors séances, - Séjours débutés et terminés en 2022 - De patients adultes sortis vivants d'une hospitalisation en SMR - Avec en étiologie principale ou manifestation morbide principale, les codes CIM 10 d'AVC aigus suivants : - I60.x (hémorragies sous arachnoïdiennes), - I61.x (hémorragies intracérébrales), - I62.x (autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques, sous durale, extradurale, sans précision), - I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène) - I64 (accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus - Avec une durée de séjour de 22 jours minimum - Dont le score de dépendance lors de l'entrée en SSR codé est différent de 6 ou de 24 - Pour les patients ayant au cours de l'année plusieurs séjours correspondant aux critères ci-dessus, le 1^{er} séjour de l'année sera étudié.
Critères d'exclusion	- Les séjours PMSI avec un groupe médico économique (GME) erreur, GHM erreur, GHPC erreur, GME erreur, séjour en erreur, erreur de chaînage - Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans - Les séjours de patients décédés au cours du séjour (mode de sortie RSS = décès) - Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite - Les séjours dont la durée est inférieure à 22 jours - Les séjours de patients dont le score de dépendance à l'entrée en SMR (1^{er} RHS) est inférieur ou égal à 6 ou supérieur ou égal à 24
Critères d'exclusion secondaires	Séjours des patients au cours ou fin de séjour en SMR partant vers un autre établissement de santé de santé MCO, SMR ou USLD
Mode d'évaluation des critères de l'indicateur	L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. Un dossier est conforme si on trouve dans les dossiers de toutes les personnes de retour à domicile - domicile privé individuel ou collectif (EHPAD au tout autre structure médico-sociale) avec ou sans prise en charge de type HAD ou HDJ- après une hospitalisation complète en SMR : Au moins une synthèse des échanges interdisciplinaires abordant le projet de vie ET L'avis du patient sur le projet de vie OU une des 3 raisons suivantes tracée justifiant l'absence d'avis du patient : (i) état de santé du patient ; (ii) refus du patient ou (iii) barrière de la langue ET

	L'avis de son entourage sur le projet de vie OU une des 2 raisons suivantes tracée justifiant l'absence d'avis du patient : (i) patient isolé ou (ii) refus du patient ou de l'entourage ET Une évaluation sociale par une assistante sociale OU une des 3 raisons suivantes tracée justifiant l'absence d'évaluation par une assistante sociale : (i) état de santé du patient ; (ii) refus du patient ou (iii) barrière de la langue
--	---

Fiche descriptive de l'indicateur 2 : « Prise en charge des troubles de la déglutition » 2023	
Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la recherche des troubles de la déglutition dès l'entrée en SMR et le cas échéant, la trace de leur prise en charge (prévention des pneumopathies d'inhalation et rééducation des troubles de la déglutition).
Justification	Les troubles de la déglutition fréquents après un AVC sont associés à des complications graves et à une surmortalité. Cette recherche permet d'identifier les patients à risque de pneumopathie d'inhalation. Il est recommandé de rechercher des troubles de la déglutition avant toute prise alimentaire per os. Cette recherche doit faire l'objet d'un protocole explicite dans chaque service et repose sur un personnel formé. Le protocole doit être appliqué dès l'entrée du patient dans un service de SMR [9-16] Les consignes sur l'alimentation (l'accompagnement des repas et l'adaptation des textures ou pas) sont des informations qui indiquent que les troubles de la déglutition sont pris en compte. Ces consignes sont des premières étapes d'une prise en charge des troubles de la déglutition avant un bilan et une prise en charge plus experte (l'avis d'un orthophoniste, bilan et une rééducation). Ces consignes doivent être appliquées dès l'entrée en SMR. Si le patient présente des troubles de la déglutition, des mesures de prévention des pneumopathies d'inhalation doivent être tracées. Les troubles de la déglutition peuvent aussi être à l'origine de dénutrition susceptible de perturber la rééducation (voir suivi nutritionnel et pondéral).
Utilisations	• L'objectif de performance est fixé à 80%, soit 8 dossiers sur 10. • Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé. • Procédure de certification des établissements de santé. • Diffusion publique, Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité des Soins (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet – cf. Cadre réglementaire
Type d'indicateur	Indicateur de qualité et sécurité des soins de type processus permettant la comparaison inter-établissements. Indicateur de type de taux. Pas d'ajustement sur le risque.
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels on trouve dans le dossier : • La trace d'une recherche des troubles de la déglutition dès l'entrée en SMR ET • La trace des mesures de prévention des pneumopathies d'inhalation pour les patients présentant des troubles de la déglutition: accompagnement des repas, adaptation des textures, ET • La trace d'une rééducation de la déglutition
Dénominateur	L'ensemble des dossiers évalués
Echantillon	Le taux est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers.
Critères d'inclusion	• Séjours de patients adultes • En hospitalisation complète hors séances, • Séjours débutés et terminés en 2022 • De patients adultes sortis vivants d'une hospitalisation en SMR • Avec en étiologie principale ou manifestation morbide principale, les codes CIM 10 d'AVC aigus suivants : ○ I60.x (hémorragies sous arachnoïdiennes), ○ I61.x (hémorragies intracérébrales), ○ I62.x (autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques, sous durale, extradurale, sans précision),

	○ I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène) ○ I64 (accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus) • Avec une durée de séjour de 22 jours minimum • Dont le score de dépendance lors de l'entrée en SSR codé est différent de 6 ou de 24 • Pour les patients ayant au cours de l'année plusieurs séjours correspondant aux critères ci-dessus, le 1^{er} séjour de l'année sera étudié.
Critères d'exclusion	• Les séjours PMSI avec un groupe médico économique (GME) erreur, GHM erreur, GHPC erreur, GME erreur, séjour en erreur, erreur de chainage • Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans • Les séjours de patients décédés au cours du séjour (mode de sortie RSS = décès) • Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite • Les séjours dont la durée est inférieure à 22 jours • Les séjours de patients dont le score de dépendance à l'entrée en SMR (1^{er} RHS) est inférieur ou égal à 6 ou supérieur ou égal à 24
Critères d'exclusion secondaires	Néant
Mode d'évaluation des critères de l'indicateur	L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. Un dossier est conforme si on trouve dans les dossiers de toutes les personnes entrant en SMR pour un AVC récent : La trace de la recherche des troubles de la déglutition dès l'entrée en SMR ET Pour les patients présentant des troubles de la déglutition, la trace de mesures de prévention des pneumopathies d'inhalation : Accompagnement des repas, Adaptation des textures ET Une rééducation de la déglutition

Fiche descriptive de l'indicateur 3 : « Prise en charge d'une hypertension artérielle » 2023

Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue dans le dossier la trace d'une surveillance régulière de la tension artérielle au cours des 15 premiers jours du séjour en SMR et la trace d'une décision médicale si un pic systolique supérieur à 140 mm Hg était noté à 2 reprises au cours de cette surveillance.
Justification	Une hypertension artérielle est un facteur de risque et une complication des AVC. Dans les suites d'un AVC, la pression artérielle peut être instable, le traitement antihypertenseur doit être adapté et ses effets contrôlés par une surveillance régulière [9-10, 11-16, 21-22]. Le dossier du patient (observation médicale) doit tracer la décision médicale adoptée en cas de pics tensionnels : surveillance renforcée de la tension artérielle et, le cas échéant à une adaptation du traitement antihypertenseur) (initier un traitement antihypertenseur, ou de modifier ou de maintenir un traitement hypertenseur existant). Cette décision peut s'appuyer sur un avis spécialisé si besoin.
Utilisations	• L'objectif de performance est fixé à 80%, soit 8 dossiers sur 10. • Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé. • Procédure de certification des établissements de santé. • Diffusion publique, Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité des Soins (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet – cf. Cadre réglementaire
Type d'indicateur	Indicateur de qualité et sécurité des soins de type processus permettant une comparaison inter-établissements. Indicateur de type de taux. Pas d'ajustement sur le risque.
Numérateur	Le nombre de séjours pour lesquels on retrouve dans le dossier du patient : • La trace de la pression artérielle au moins une fois par jour, 5 jours par semaine durant les 2 premières semaines ET • La décision médicale relative à la prise en charge de la tension artérielle (surveillance renforcée, évolution du traitement antihypertenseur, ou avis spécialisé) si au moins 2 mesures de pression systolique strictement supérieures à 140 mm Hg (dossier médical) sont observées durant les 2 premières semaines
Dénominateur	L'ensemble des dossiers évalués
Echantillon	Le taux est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers.
Critères d'inclusion	• Séjours de patients adultes • En 0 complète hors séances, • Séjours débutés et terminés en 2022 • De patients adultes sortis vivants d'une hospitalisation en SMR • Avec en étiologie principale ou manifestation morbide principale, les codes CIM 10 d'AVC aigus suivants : ○ I60.x (hémorragies sous arachnoïdiennes), ○ I61.x (hémorragies intracérébrales), ○ I62.x (autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques, sous durale, extradurale, sans précision), ○ I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène)

	○ I64 (accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus) • Avec une durée de séjour de 22 jours minimum • Dont le score de dépendance lors de l'entrée en SSR codé est différent de 6 ou de 24 • Pour les patients ayant au cours de l'année plusieurs séjours correspondant aux critères ci-dessus, le 1^{er} séjour de l'année sera étudié.
Critères d'exclusion	• Les séjours PMSI avec un groupe médico économique (GME) erreur, GHM erreur, GHPC erreur, GME erreur, séjour en erreur, erreur de chainage • Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans • Les séjours de patients décédés au cours du séjour (mode de sortie RSS = décès) • Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite • Les séjours dont la durée est inférieure à 22 jours • Les séjours de patients dont le score de dépendance à l'entrée en SMR (1^{er} RHS) est inférieur ou égal à 6 ou supérieur ou égal à 24
Critères d'exclusion secondaires	Néant
Mode d'évaluation des critères de l'indicateur	L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. Un dossier est conforme si on trouve : La trace de la pression artérielle au moins une fois par jour, 5 jours par semaine durant les 2 premières semaines ET La trace de la décision médicale si au moins 2 mesures de pression systolique strictement supérieures à 140 mm Hg (dossier médical) sont observées durant les 2 premières semaines: Surveillance tensionnelle renforcée OU Maintien du traitement antihypertenseur existant OU Modification du traitement anti-hypertenseur existant OU Initiation d'un traitement antihypertenseur OU Avis spécialisé demandé OU Aucune des options précédentes

Fiche descriptive de l'indicateur 4 : « Suivi pondéral et nutritionnel » 2023

Définition	Cet indicateur, exprime sous la forme d'un taux, le nombre de dossiers de patients avec d'un suivi pondéral avec une mesure régulière du poids et un calcul de l'index de masse corporelle et une prise en charge nutritionnelle par une diététicienne sur prescription médicale.
Justification	Une dénutrition avec ses conséquences délétères sur la récupération fonctionnelle, les risques d'escarres, le pronostic sont fréquemment observée en post AVC [11-16, 19-20]. Plusieurs facteurs s'associent pour majorer le risque de dénutrition : âge des patients, les troubles de la déglutition, la moindre mobilité, les troubles métaboliques antérieurs ou associés à un AVC aigu et l'état dépressif. La surveillance régulière du poids et de l'index de masse corporelle sont des marqueurs utiles à l'évaluation du bilan protéino-énergétique. Un accompagnement diététique évaluant les besoins et complétant les apports nutritionnels doit être prescrit le cas échéant.
Utilisations	• L'objectif de performance est fixé à 80%, soit 8 dossiers sur 10. • Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé. • Procédure de certification des établissements de santé. • Diffusion publique, Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité des Soins (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet – cf. Cadre réglementaire
Type d'indicateur	Indicateur de qualité et sécurité des soins de type processus permettant une comparaison inter-établissements. Indicateur de type de taux. Pas d'ajustement sur le risque.
Numérateur	Le nombre de séjours pour lesquels on retrouve dans le dossier : Une mesure du poids dans les 7 jours suivant l'arrivée en SMR suivie d'une mesure du poids dans les 15 jours suivant la première mesure ET Une mesure du poids au cours du 3^{ème} mois d'hospitalisation ET Au moins une mesure de l'IMC pendant les 3 premiers mois du séjour en SMR ET Au moins un accompagnement diététique sur prescription médicale
Dénominateur	L'ensemble des dossiers évalués
Echantillon	Le taux est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers.

Critères d'inclusion	• Séjours de patients adultes • En hospitalisation complète hors séances, • Séjours débutés et terminés en 2022 • De patients adultes sortis vivants d'une hospitalisation en SMR • Avec en étiologie principale ou manifestation morbide principale, les codes CIM 10 d'AVC aigus suivants : ○ I60.x (hémorragies sous arachnoïdiennes), ○ I61.x (hémorragies intracérébrales), ○ I62.x (autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques, sous durale, extradurale, sans précision), ○ I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène) ○ I64 (accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus) • Avec une durée de séjour de 22 jours minimum • Dont le score de dépendance lors de l'entrée en SSR codé est différent de 6 ou de 24 • Pour les patients ayant au cours de l'année plusieurs séjours correspondant aux critères ci-dessus, le 1^{er} séjour de l'année sera étudié.
Critères d'exclusion	• Les séjours PMSI avec un groupe médico économique (GME) erreur, GHM erreur, GHPC erreur, GME erreur, séjour en erreur, erreur de chainage • Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans • Les séjours de patients décédés au cours du séjour (mode de sortie RSS = décès) • Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite • Les séjours dont la durée est inférieure à 22 jours • Les séjours de patients dont le score de dépendance à l'entrée en SMR (1^{er} RHS) est inférieur ou égal à 6 ou supérieur ou égal à 24
Critères d'exclusion secondaires	Néant
Mode d'évaluation des critères de l'indicateur	L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. Un dossier est conforme si on trouve : Une mesure du poids dans les 7 jours suivant l'arrivée en SSR suivie d'une mesure du poids dans les 15 jours suivant la première mesure ET Une mesure du poids au cours du 3^{ème} mois d'hospitalisation pour les séjours de plus de 2 mois ET Au moins une mesure de l'IMC pendant les 3 premiers mois du séjour en SSR ET Une prise en charge nutritionnelle par une diététicienne sur prescription médicale

Fiche descriptive de l'indicateur 5 : « Evaluation des fonctions cognitives et comportementales » 2023	
Définition	Cet indicateur présenté sous la forme d'un taux recherche dans le dossier, la trace d'une évaluation de fonctions cognitives et comportementales adaptée à l'âge ou la trace d'une justification à l'absence de celle-ci.
Justification	L'AVC est une cause majeure de troubles cognitifs, comportementaux ou psychiques. Ils doivent être systématiquement et régulièrement recherchés chez tous les patients pour mieux adapter la prise en charge et l'accompagnement des patients et de l'entourage professionnel ou familial [1-3, 11-16, 17-18].
Utilisations	• L'objectif de performance est fixé à 80%, soit 8 dossiers sur 10. • Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé. • Procédure de certification des établissements de santé. • Diffusion publique, Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité des Soins (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet – cf. Cadre réglementaire
Type d'indicateur	Indicateur de qualité et sécurité des soins de type processus permettant une comparaison inter-établissements. Indicateur de type de taux. Pas d'ajustement sur le risque.
Numérateur	Le nombre de séjours pour lesquels on retrouve dans le dossier : • La trace d'une évaluation des fonctions cognitives et comportementales OU • La trace d'une justification expliquant l'absence d'évaluation cognitive et comportementale ET ET • Pour les moins de 75 ans, la trace d'une évaluation des fonctions cognitives et comportementales effectuée par un gériatre, neurologue, psychiatre, neuropsychologue,
Dénominateur	L'ensemble des dossiers évalués
Echantillon	Le taux est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers.
Critères d'inclusion	• Séjours de patients adultes • En hospitalisation complète hors séances, • Séjours débutés et terminés en 2022 • De patients adultes sortis vivants d'une hospitalisation en SMR • Avec en étiologie principale ou manifestation morbide principale, les codes CIM 10 d'AVC aigus suivants : ○ I60.x (hémorragies sous arachnoïdiennes), ○ I61.x (hémorragies intracérébrales), ○ I62.x (autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques, sous durale, extradurale, sans précision), ○ I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène) ○ I64 (accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus)

	• Avec une durée de séjour de 22 jours minimum • Dont le score de dépendance lors de l'entrée en SSR codé est différent de 6 ou de 24 • Pour les patients ayant au cours de l'année plusieurs séjours correspondant aux critères ci-dessus, le 1^{er} séjour de l'année sera étudié.
Critères d'exclusion	• Les séjours PMSI avec un groupe médico économique (GME) erreur, GHM erreur, GHPC erreur, GME erreur, séjour en erreur, erreur de chainage • Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans • Les séjours de patients décédés au cours du séjour (mode de sortie RSS = décès) • Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite • Les séjours dont la durée est inférieure à 22 jours • Les séjours de patients dont le score de dépendance à l'entrée en SMR (1^{er} RHS) est inférieur ou égal à 6 ou supérieur ou égal à 24
Critères d'exclusion secondaires	Néant
Mode d'évaluation des critères de l'indicateur	L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. Un dossier est conforme si on trouve : La trace d'une évaluation des fonctions cognitives et comportementales OU La trace d'une justification expliquant l'absence d'évaluation de l'état cognitif et comportemental État de santé du patient incompatible avec l'évaluation. Refus du patient Barrière de la langue ET Pour les moins de 75 ans, la trace d'une évaluation des fonctions cognitives et comportementales effectuée par un gériatre, neurologue, psychiatre, neuropsychologue ou un médecin de médecine physique et réadaptation.

Fiche descriptive de l'indicateur 6 : « Préparation du retour à domicile » 2023

Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la préparation du retour au domicile sur la programmation de sorties thérapeutiques et l'évaluation du domicile ou une justification tracée si aucune sortie thérapeutique programmée ou aucune évaluation du domicile [3, 6-8, 11-16]. Cet indicateur concerne tous les patients sortant à domicile avec ou sans prise en charge en HDJ ou HAD. Les dossiers de personnes sortant de SMR pour rejoindre une structure médicosociale (EHPAD, maison ou foyer) sont exclus.
Justification	La prise en charge en SMR doit favoriser la réinsertion (projet de vie) familiale, sociale et professionnelle du patient en prévenant, compensant les déficiences et limitations des patients. Le retour au domicile est donc une étape importante du processus qui doit être accompagnée chaque fois que possible par la mise en œuvre de visite thérapeutique et une évaluation du logement [2-7] L'absence de visite thérapeutique doit être justifiée par une des 3 raisons suivantes : état clinique, refus du patient ou de l'entourage, ou patient isolé L'évaluation du domicile peut être faite sans une visite physique du logement, en interrogeant l'entourage. L'absence d'évaluation du logement peut être justifiée par une des 2 raisons suivantes : passage en EHPAD ou EHPA, FAMS, refus du patient ou de l'entourage. L'évaluation du domicile peut être suspendue si le patient est transféré en soins aigus ou sans objet si le patient est transféré en SMR ou USLD.
Utilisations	• L'objectif de performance est fixé à 80%, soit 8 dossiers sur 10. • Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé. • Procédure de certification des établissements de santé. • Diffusion publique, Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité des Soins (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet – cf. Cadre réglementaire
Type d'indicateur	Indicateur de qualité et sécurité des soins de type processus permettant une comparaison inter-établissements. Indicateur de type de taux. Pas d'ajustement sur le risque.
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels on trouve dans le dossier du patient : • Une trace d'au moins une sortie thérapeutique du séjour OU Une de ces 3 raisons justifiant l'absence de visite thérapeutique tracées : état clinique, refus du patient ou de l'entourage, ou patient isolé ET • Une trace d'une évaluation du domicile OU une justification tracée à l'absence d'évaluation du domicile
Dénominateur	L'ensemble des dossiers évalués sauf patients transférés en MCO ou SMR
Echantillon	Le taux est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers.
Critères d'inclusion	• Séjours de patients adultes • En hospitalisation complète hors séances, • Séjours débutés et terminés en 2022 • De patients adultes sortis vivants d'une hospitalisation en SMR • Avec en étiologie principale ou manifestation morbide principale, les codes CIM 10 d'AVC aigus suivants :

	○ I60.x (hémorragies sous arachnoïdiennes), ○ I61.x (hémorragies intracérébrales), ○ I62.x (autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques, sous durale, extradurale, sans précision), ○ I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène) ○ I64 (accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus • Avec une durée de séjour de 22 jours minimum • Dont le score de dépendance lors de l'entrée en SSR codé est différent de 6 ou de 24 • Pour les patients ayant au cours de l'année plusieurs séjours correspondant aux critères ci-dessus, le 1^{er} séjour de l'année sera étudié.
Critères d'exclusion	• Les séjours PMSI avec un groupe médico économique (GME) erreur, GHM erreur, GHPC erreur, GME erreur, séjour en erreur, erreur de chainage • Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans • Les séjours de patients décédés au cours du séjour (mode de sortie RSS = décès) • Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite • Les séjours dont la durée est inférieure à 22 jour • Les séjours de patients dont le score de dépendance à l'entrée en SMR (1^{er} RHS) est inférieur ou égal à 6 ou supérieur ou égal à 24
Critères d'exclusion secondaires	• Séjours patients transférés ou mutés en MCO, USLD ou SMR, EHPAD et EHPA, autre établissement médico-sociaux
Mode d'évaluation des critères de l'indicateur Préparation du retour à domicile	L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. Un dossier est conforme si on trouve la trace : ○ d'au moins une sortie thérapeutique au cours du séjour en SMR OU une de ces 3 raisons justifiant l'absence de celle-ci: état clinique, patient isolé, refus du patient ou de l'entourage, ET ○ Une trace d'une évaluation du domicile ou une justification à l'absence de celle-ci

Fiche descriptive de l'indicateur 7 : « Programmation d'une consultation post AVC » 2023

Définition	Cet indicateur, présentée sous la forme d'un taux, évalue la programmation d'une <u>consultation post- AVC</u> dans les 6 mois suivant la sortie de SMR Cet indicateur concerne tous les patients sortant à domicile. Sont exclus les personnes sortant de SMR pour rejoindre un autre établissement de santé MOCO ou autre SMR.
Justification	Un AVC est une maladie chronique qui doit bénéficier d'un suivi médical, fonctionnel, cognitif et social organisé. Le risque de récides dans l'année est important. 40 % des patients conservent des séquelles importantes qui doivent être prises en charge pour améliorer leur autonomie, leur qualité de vie et celle des aidants .Le suivi et a prise en charge des patients victimes d'AVC restent sous optimales [3,6,7] Une consultation post AVC doit avoir lieu dans les 6 mois suivant la sortie d'hospitalisation en SMR. Compte-tenu des délais pour l'obtention d'une consultation post-AVC, la prise de rendez-vous doit être anticipée. La consultation peut avoir été programmée lors de la sortie du MCO, dans ce cas il est nécessaire de vérifier la date de consultation est compatible avec la date de sortie du SMR et si besoin de la décaler. <u>La consultation post AVC</u> est une consultation pluriprofessionnelle dont l'objectif est de procéder à une évaluation clinique multidimensionnelle : motrice, fonctionnelle, cognitive, psychique, familiale et sociale voire professionnelle après un AVC aigu. Cf. information sur les objectifs de la consultation réglementaire post- AVC dans la fiche descriptive. https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-09/ste_20150009_0000_0053.pdf Cette consultation est adaptée à l'âge et degré d'autonomie du patient ; elle doit être multidimensionnelle. Pour les plus âgés symptomatiques , il peut s'agir d'une évaluation gériatrique en hôpital de jour. Pour les patients les plus jeunes (moins de 70 ans) , une consultation ou une évaluation en hôpital de jour d'un SMR peut être proposée. Cette consultation doit permettre d'évaluer les dimensions médicales, fonctionnelles , psychologiques cognitives et sociales du patient et la qualité de vie de l'aidant le cas échéant ; elle est de ce fait pluridisciplinaire ciblant les déficiences résiduelles ou nouvelles du patient.
Utilisations	• L'objectif de performance est fixé à 80%, soit 8 dossiers sur 10. • Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé. • Procédure de certification des établissements de santé. • Diffusion publique, Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité des Soins (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet – cf. Cadre réglementaire
Type d'indicateur	Indicateur de qualité et sécurité des soins de type processus permettant une comparaison inter-établissements. Indicateur de type de taux. Pas d'ajustement sur le risque.
Numérateur	Le nombre de séjours pour lesquels on retrouve dans le dossier : • Une consultation post AVC a été programmée ET • Cette consultation a été programmée dans les 6 mois qui suit le séjour SMR

	OU La consultation n'a pu être programmée car le patient a été transféré dans un autre établissement MCO ou SMR
Dénominateur	L'ensemble des dossiers évalués
Echantillon	Le taux est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers.
Critères d'inclusion	- Séjours de patients adultes - En hospitalisation complète hors séances, - Séjours débutés et terminés en 2022 - De patients adultes sortis vivants d'une hospitalisation en SMR - Avec en étiologie principale ou manifestation morbide principale, les codes CIM 10 d'AVC aigus suivants : - I60.x (hémorragies sous arachnoïdiennes), - I61.x (hémorragies intracérébrales), - I62.x (autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques, sous durale, extradurale, sans précision), - I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène) - I64 (accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus) - Avec une durée de séjour de 22 jours minimum - Dont le score de dépendance lors de l'entrée en SSR codé est différent de 6 ou de 24 - Pour les patients ayant au cours de l'année plusieurs séjours correspondant aux critères ci-dessus, le 1^{er} séjour de l'année sera étudié.
Critères d'exclusion	- Les séjours PMSI avec un groupe médico économique (GME) erreur, GHM erreur, GHPC erreur, GME erreur, séjour en erreur, erreur de chainage - Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans - Les séjours de patients décédés au cours du séjour (mode de sortie RSS = décès) - Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite - Les séjours dont la durée est inférieure à 22 jours - Les séjours de patients dont le score de dépendance à l'entrée en SMR (1^{er} RHS) est inférieur ou égal à 6 ou supérieur ou égal à 24
Critères d'exclusion secondaires	Néant
Mode d'évaluation des critères de l'indicateur	L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. Un dossier est conforme si on trouve : Le nombre de séjours pour lesquels on retrouve dans le dossier : - La trace d'une consultation post AVC programmée dans les 6 mois OU - La trace d'un transfert dans un autre établissement MCO ou un autre SMR

Fiche descriptive de l'information complémentaire : «Synthèses actualisées des échanges interdisciplinaires» 2023

Définition	Taux de dossiers patients avec la trace des synthèses des échanges interdisciplinaires sur le projet thérapeutique prenant en compte l'avis du patient [6, 11-16, 23-24]. Cette information complémentaire présentée sous la forme d'un taux évalue la traçabilité dans le dossier des patients, des échanges interdisciplinaires ou réunions pluriprofessionnels sous la forme de synthèses régulières des échanges entre les membres de l'équipe médicale, soignante et rééducative et entre l'équipe et le patient.
Justification	Les soins de rééducation / réadaptation visent à favoriser la réinsertion (projet de vie) familiale, sociale et professionnelle du patient en prévenant, compensant les déficiences et limitations des patients. Le patient pris en charge en SSR bénéficie d'une évaluation et prise en charge multidimensionnelles (médicale, fonctionnelle, cognitive, psychologique et sociale) Des échanges interdisciplinaires organisés lors de réunions pluriprofessionnelles régulières par exemple permettent de coordonner, ajuster le projet thérapeutique aux besoins et aux progrès du patient. Ils font l'objet de synthèses rédigées par le médecin en charge de la rééducation. Les modalités de ces échanges peuvent varier selon la présence sur place des différents intervenants : ils peuvent se tenir en présentiel/ distanciel ou en un ou 2 temps : un premier temps avec les soignants (infirmiers, aide soignants), et 1 temps avec les rééducateurs, le médecin en charge du patient assurant la communication entre les 2 groupes et la synthèse des interventions et préconisations. La visite auprès du patient avec l'équipe des intervenants est une forme de réunion pluriprofessionnelle. La participation du patient au projet thérapeutique est analysée en recueillant et traçant l'avis du soit lors de colloques singuliers avec le médecin ou élargis à l'équipe de soins. Les situations où l'avis du patient sur son plan de soins ne peut être recueilli sont explicitées dans le dossier. Dans les 15 jours qui précèdent le retour à domicile avec ou sans hospitalisation de jour ou hospitalisation, une synthèse des échanges interdisciplinaires abordant le projet de vie est tracée. Cette question ne rentre pas dans le calcul de l'information complémentaire « synthèse des échanges interdisciplinaires. » <u>Décret du 11 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation</u>
Utilisations	- Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé
Type d'indicateur	Information complémentaire ne permettant pas pour le moment la comparaison inter-établissements. Taux (plus le taux est proche de 100, meilleure est la qualité de ce qui est mesuré). Pas d'ajustement sur le risque.
Numérateur	Nombre de séjours de patients pour lesquels le dossier patient comporte : Au moins la trace d'une synthèse d'une réunion pluriprofessionnelle autour du plan de soins de rééducation et réadaptation

	Avec La trace d'une première synthèse des échanges interdisciplinaires dans les 15 jours suivant l'admission en SMR ET La trace de synthèses des échanges interdisciplinaires pour les séjours de plus de 30 jours ET La trace d'une synthèse des échanges interdisciplinaires 15 jours avant la sortie du patient abordant la préparation de la sortie de SMR L'avis du patient sur son plan de soins de rééducation et réadaptation tracé OU La justification que l'avis du patient est impossible à recueillir pour une des 3 raisons suivantes : état clinique du patient, refus du patient, barrière de la langue.
Dénominateur	Tous les dossiers évalués
Echantillon	Le taux est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers.
Critères d'inclusion	• Séjours de patients adultes • En hospitalisation complète hors séances, • Séjours débutés et terminés en 2022 • De patients adultes sortis vivants d'une hospitalisation en SMR • Avec en étiologie principale ou manifestation morbide principale, les codes CIM 10 d'AVC aigus suivants : ○ I60.x (hémorragies sous arachnoïdiennes), ○ I61.x (hémorragies intracérébrales), ○ I62.x (autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques, sous durale, extradurale, sans précision), ○ I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène) ○ I64 (accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus) • Avec une durée de séjour de 22 jours minimum • Dont le score de dépendance lors de l'entrée en SSR codé est différent de 6 ou de 24 • Pour les patients ayant au cours de l'année plusieurs séjours correspondant aux critères ci-dessus, le 1^{er} séjour de l'année sera étudié.
Critères d'exclusion	• Les séjours PMSI avec un groupe médico économique (GME) erreur, GHM erreur, GHPC erreur, GME erreur, séjour en erreur, erreur de chainage • Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans • Les séjours de patients décédés au cours du séjour (mode de sortie RSS = décès) • Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite • Les séjours dont la durée est inférieure à 22 jours • Les séjours de patients dont le score de dépendance à l'entrée en SMR (1^{er} RHS) est inférieur ou égal à 6 ou supérieur ou égal à 24
Critères d'exclusion secondaires	Néant

Mode d'évaluation des critères de l'indicateur	L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. Un dossier est conforme si on trouve : Au moins une synthèse d'une réunion pluriprofessionnelle abordant le plan de soins de rééducation et réadaptation ET La trace d'une première synthèse d'une réunion pluriprofessionnelle de rééducation / réadaptation dans les 15 jours suivant l'admission en SSR ET La trace de synthèses mensuelles de réunions pluriprofessionnelles de rééducation / réadaptation Is pour les séjours de plus de 30 jours ET La trace d'une réunion pluriprofessionnelle de rééducation / réadaptation dans les 15 jours précédant la sortie du patient de SSR, abordant la préparation de la sortie de SSR ET Le recueil de l'avis du patient sur son projet de soins médicaux et de soins rééducatifs OU La justification que l'avis du patient est impossible à recueillir pour une des 3 raisons suivantes : état clinique du patient, refus du patient, barrière de la langue.
--	--

Fiche descriptive de la mesure exploratoire : « Progression de l'autonomie » 2023

Définition	Taux de patients dont l'autonomie pour les actes de vie quotidienne a progressé au décours du séjour en SSR. Cette mesure exploratoire présentée sous la forme d'un taux, évalue la progression de l'autonomie des patients entre le début et la fin du séjour en SSR. Cette mesure est déterminée à partir des codes (AA3M) du PMSI.
Justification	La littérature montre qu'une prise en charge pluridisciplinaire de rééducation et réadaptation effectuée dans les suites immédiates d'un AVC par un équipe formée améliore le pronostic fonctionnel moteur, l'autonomie des patients. Nice 2013. Stroke rehabilitation in adults (2013) NICE guideline CG162 AHA- ASA. 2016. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/STR.0000000000000098 Canadian Best Practices. Update 2019. Readaptation and Recovery and after stroke https://www.strokebestpractices.ca/recommendations/stroke-rehabilitation Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke. Part One: Rehabilitation and Recovery Following Stroke; 6th Edition Update 2019 Int J Stroke. 2020 Oct;15(7) :763-788.doi: 10.1177/1747493019897843. Epub 2020 Jan 27
Type d'indicateur	Mesure exploratoire de résultat
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels le score de dépendance diminue d'au moins 1 unité entre le début et la fin du séjour en SSR.
Dénominateur	Tous les dossiers évalués
Echantillon	Le taux est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers.
Critères d'inclusion	• Séjours de patients adultes • En hospitalisation complète hors séances, • Séjours débutés et terminés en 2022 • De patients adultes sortis vivants d'une hospitalisation en SMR • Avec en étiologie principale ou manifestation morbide principale, les codes CIM 10 d'AVC aigus suivants : ○ I60.x (hémorragies sous arachnoïdiennes), ○ I61.x (hémorragies intracérébrales), ○ I62.x (autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques, sous durale, extradurale, sans précision), ○ I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène) ○ I64 (accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus) • Avec une durée de séjour de 22 jours minimum • Dont le score de dépendance lors de l'entrée en SSR codé est différent de 6 ou de 24

	Pour les patients ayant au cours de l'année plusieurs séjours correspondant aux critères ci-dessus, le 1^{er} séjour de l'année sera étudié.
Critères d'exclusion	- Les séjours PMSI avec un groupe médico économique (GME) erreur, GHM erreur, GHPC erreur, GME erreur, séjour en erreur, erreur de chainage - Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans - Les séjours de patients décédés au cours du séjour (mode de sortie RSS = décès) - Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite - Les séjours dont la durée est inférieure à 22 jours - Les séjours de patients dont le score de dépendance à l'entrée en SMR (1^{er} RHS) est inférieur ou égal à 6 ou supérieur ou égal à 24
Critères d'exclusion secondaires	Néant
Mode d'évaluation des critères de l'indicateur	L'évaluation est réalisée à partir du codage PMSI. Elle est définie par l'évolution des scores de dépendance suivants entre le début et la fin du séjour en SSR : - dépendance physique - Habillage entre l'entrée et la sortie - dépendance physique - Déplacement locomotion - dépendance physique - Alimentation - dépendance physique - Continence Hygiène - dépendance cognitive - Comportement - dépendance cognitive - Communication

Historique des indicateurs et informations complémentaires

Année de campagne	Commentaires
Développement	Les indicateurs ont été testés lors d'une expérimentation en 2018 sur les données 2016.
2021	1 ^{er} recueil sur l'ensemble des établissements sous format volontaire du fait de la situation sanitaire Utilisation des dossiers 2019 du fait de la situation sanitaire en 2020. Cela constitue une mesure de référence dans des conditions de fonctionnement non dégradée par l'épidémie.
2023	Campagne nationale obligatoire

Modifications apportées à la version expérimentée en 2018 et 2021

Synthèse des réunions pluriprofessionnelles de rééducation et réadaptation

- Suppression du terme réunion ? en référence au décret de janvier 2022 décrivant les conditions de fonctionnement des SSR
- Suppression du descriptif des RPP pour se caler au décret
- Taux avec une question impérative au moins une RPP

Prise en charge des troubles de la déglutition
○ La recherche de troubles de la déglutition est effectuée dès l'entrée et non dans un délai de 7 jours ○ L'observation des repas et l'adaptation des textures sont une première étape de la prise en charge (bilan et rééducation) plus experte. ○ Faut-il ajouter dans la conformité la réalisation des actes d'évaluation et de rééducation HQQ+ et HRQ + ?
Suivi pondéral et nutritionnel
○ Prévention de la dénutrition en post AVC et ses conséquences ○ Evolution des exigences de conformité et de l'algo ○ Evaluation de besoins nutritionnels ○ Accompagnement nutritionnel si besoin identifié ; le mot accompagnement nutritionnel est remplacé par prise en charge par une diététicienne
Prise en charge d'une hypertension artérielle
○ Dans les options de prise en charge, la notion de surveillance renforcée de la tensions (MAPA) est introduite et mise en avant
Evaluation des fonctions cognitives et comportementales
Dans le titre et le questionnaire, ○ Psychocomportemental est remplacé par comportemental ○ Trouble est remplacé par fonction Le mot dépistage n'est pas retenu dans le titre car il suppose une démarche diagnostique référencée or, démarches qui aujourd'hui ne font pas consensus
Projet de vie
Indicateur en 2023 Précision : tous les patients sauf ceux qui sont transférés en MCO, SSR, USLD Conformité à évoluer par rapport 2018 ○ Justification à l'absence d'avis de l'entourage (patient isolé, refus du patient ou de l'entourage, barrière de la langue)
Préparation du retour à domicile
Indicateur en 2023 Conformité à évoluer avec ○ Justification à l'absence de visite thérapeutique OU une de ces 3 raisons justifiant l'absence de visite thérapeutique tracées : état clinique, patient isolé, refus du patient ou de l'entourage, ○ Absence d'évaluation du domicile (sortie vers EHPAD ou EPHA ; refus du patient ou de l'entourage)
Consultation post AVC
Conformité à évoluer avec ○ Ajout exclusion des patients transférés mutés au décours du séjour vers MCO, SSR ou USLD
Synthèses actualisées des échanges interdisciplinaires
○ Synthèses des réunions pluriprofessionnelles devient échanges interdisciplinaires



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

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	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). 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 : • 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	• 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). 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).

	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).
Mode de recueil	Algorithme HAS appliqué au PMSI MCO chaîné, calculs réalisés par l'ATIH, puis contrôlés par la HAS.
Population cible	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 : <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) : • 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 ≥ 6 mois <u>Critères d'exclusion du séjour de chirurgie ambulatoire :</u> • 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
Évènement détecté	<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. <u>Critères d'exclusion du séjour de réhospitalisation :</u> • 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 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 et/ou codes CIM-10 O80 à O84, en rapport avec l'accouchement • Nouveau en 2023 : Séjours groupant dans les racines de GHM 26M02 ou 26C02 en lien avec des traumatismes multiples graves
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	$\text{Ratio standardisé}_{ES} = \frac{\text{nombre observé}_{ES}}{\text{nombre attendu}_{ES}}$ <i>ES : établissement de santé</i> 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. <i>À 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>
Modalité de restitution du résultat de l'indicateur	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). 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).
Rendus aux établissements de santé	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. 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 : • Informations sur l'année donnée, avec une évolution sur 2 années : ○ Nombre de séjours de patients ayant eu une cholécystectomie sans exploration de la voie biliaire principale en ambulatoire hors urgence (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 : ○ Fiche descriptive ○ Brochure d'information ○ Guide de lecture du funnel plot

Historique	L'indicateur a été en 2022 validé pour toute utilisation. Il est restitué aux établissements de santé au niveau des sites géographiques. 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. La 2^{ème} restitution de cet indicateur a eu lieu fin 2023 à partir des données du PMSI MCO 2022, avec une évolution 2021-2022. Il est en diffusion publique (Cf. Ligne Utilisations).
-------------------	---

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

Banaei-Bouchareb L, Prunet C, Morin S, May-Michelangeli L. Validation de six indicateurs de réhospitalisations après chirurgie ambulatoire. *Risques & Qualité* 2022;(19)4:217-221).
<https://www.risqual.net/publication-scientifique/validation-de-six-indicateurs-de-rehospitalisations-apres-chirurgie-ambulatoire>

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.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-07/iqss_2022_rapport_reh3ca_juillet_2022.pdf

Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé. Cf. 6 préconisations sur la chirurgie ambulatoire. Haut conseil de santé publique. HCSP, 2021.
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1078>

Haute Autorité de santé. Rapport. Méthode de développement, validation et utilisations des indicateurs de résultats mesurés à partir des bases médico-administratives. HAS, 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 évènements indésirables graves : comprendre pour agir. HAS, 2017 actualisation 2022.
https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974291/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/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.

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

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 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	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). 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 : • 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	• 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). 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). 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).
Mode de recueil	Algorithme HAS appliqué au PMSI MCO chaîné, calculs réalisés par l'ATIH, puis contrôlés par la HAS.
Population cible	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 : <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) : • 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 <u>Critères d'exclusion du séjour de chirurgie ambulatoire :</u> • 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
Évènement détecté	<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. <u>Critères d'exclusion du séjour de réhospitalisation</u> • 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 et/ou codes CIM-10 O80 à O84, en rapport avec l'accouchement • Nouveau en 2023 : Séjours groupant dans les racines de GHM 26M02 ou 26C02 en lien avec des traumatismes multiples graves
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	$\text{Ratio standardisé}_{ES} = \frac{\text{nombre observé}_{ES}}{\text{nombre attendu}_{ES}}$ <i>ES : établissement de santé</i> 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. <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>
Modalité de restitution du résultat de l'indicateur	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). 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).
Rendus aux établissements de santé	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. 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 :

	• Informations sur l'année donnée, avec une évolution sur 2 années : ○ 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 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 : ○ Fiche descriptive ○ Brochure d'information ○ Guide de lecture du funnel plot
Historique	L'indicateur a été en 2022 validé pour toute utilisation. Il est restitué aux établissements de santé au niveau des sites géographiques. 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. La 2^{ème} restitution de cet indicateur a eu lieu fin 2023 à partir des données du PMSI MCO 2022, avec une évolution 2021-2022. Il est en diffusion publique (Cf. Ligne Utilisations).

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

Banaei-Bouchareb L, Prunet C, Morin S, May-Michelangeli L. Validation de six indicateurs de réhospitalisations après chirurgie ambulatoire. *Risques & Qualité* 2022;(19)4:217-221).
<https://www.risqual.net/publication-scientifique/validation-de-six-indicateurs-de-rehospitalisations-apres-chirurgie-ambulatoire>

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.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-07/iqss_2022_rapport_reh3ca_juillet_2022.pdf

Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé. Cf. 6 préconisations sur la chirurgie ambulatoire. Haut conseil de santé publique. HCSP, 2021.
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1078>

Haute Autorité de santé. Rapport. Méthode de développement, validation et utilisations des indicateurs de résultats mesurés à partir des bases médico-administratives. HAS, 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 actualisation 2022.
https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974291/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/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.

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

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 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	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). 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 : • 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	• 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). 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). 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).
Mode de recueil	Algorithme HAS appliqué au PMSI MCO chaîné, calculs réalisés par l'ATIH, puis contrôlés par la HAS.
Population cible	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 : <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) : • 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 <u>Critères d'exclusion du séjour de chirurgie ambulatoire :</u> • 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	<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. <u>Critères d'exclusion du séjour de réhospitalisation :</u> • 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 et/ou codes CIM-10 O80 à O84, en rapport avec l'accouchement - Nouveau en 2023 : Séjours groupant dans les racines de GHM 26M02 ou 26C02 en lien avec des traumatismes multiples graves
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	$\text{Ratio standardisé}_{ES} = \frac{\text{nombre observé}_{ES}}{\text{nombre attendu}_{ES}}$ <i>ES : établissement de santé</i> 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. <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>
Modalité de restitution du résultat de l'indicateur	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). 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).
Rendus aux établissements de santé	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. 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 : - Informations sur l'année donnée, avec une évolution sur 2 années : - 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 : ○ Fiche descriptive ○ Brochure d'information ○ Guide de lecture du funnel plot
Historique	L'indicateur a été en 2022 validé pour toute utilisation. Il est restitué aux établissements de santé au niveau des sites géographiques. 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. La 2^{ème} restitution de cet indicateur a eu lieu fin 2023 à partir des données du PMSI MCO 2022, avec une évolution 2021-2022. Il est en diffusion publique (Cf. Ligne Utilisations).

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

Banaei-Bouchareb L, Prunet C, Morin S, May-Michelangeli L. Validation de six indicateurs de réhospitalisations après chirurgie ambulatoire. *Risques & Qualité* 2022;(19)4:217-221).
<https://www.risqual.net/publication-scientifique/validation-de-six-indicateurs-de-rehospitalisations-apres-chirurgie-ambulatoire>

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.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-07/iqss_2022_rapport_reh3ca_juillet_2022.pdf

Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé. Cf. 6 préconisations sur la chirurgie ambulatoire. Haut conseil de santé publique. HCSP, 2021.
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1078>

Haute Autorité de santé. Rapport. Méthode de développement, validation et utilisations des indicateurs de résultats mesurés à partir des bases médico-administratives. HAS, 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 actualisation 2022.
https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974291/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/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.

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

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	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). 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 : • 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	• 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). 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).

	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).
Mode de recueil	Algorithme HAS appliqué au PMSI MCO chaîné, calculs réalisés par l'ATIH, puis contrôlés par la HAS.
Population cible	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 : <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) : • 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 <u>Critères d'exclusion du séjour de chirurgie ambulatoire :</u> • 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
Évènement détecté	<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. <u>Critères d'exclusion du séjour de réhospitalisation :</u> • 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) • 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 et/ou codes CIM-10 O80 à O84, en rapport avec l'accouchement • Nouveau en 2023 : Séjours groupant dans les racines de GHM 26M02 ou 26C02 en lien avec des traumatismes multiples graves
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	Ratio standardisé_{ES} = $\frac{\text{nombre observé}_{ES}}{\text{nombre attendu}_{ES}}$ <i>ES : établissement de santé</i> 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. <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>
Modalité de restitution du résultat de l'indicateur	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). 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).
Rendus aux établissements de santé	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. 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 : • Informations sur l'année donnée, avec une évolution sur 2 années : ○ 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 : ○ Fiche descriptive ○ Brochure d'information

	○ Guide de lecture du funnel plot
Historique	L'indicateur a été en 2022 validé pour toute utilisation. Il est restitué aux établissements de santé au niveau des sites géographiques. 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. La 2^{ème} restitution de cet indicateur a eu lieu fin 2023 à partir des données du PMSI MCO 2022, avec une évolution 2021-2022. Il est en diffusion publique (Cf. Ligne Utilisations).

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

Banaei-Bouchareb L, Prunet C, Morin S, May-Michelangeli L. Validation de six indicateurs de réhospitalisations après chirurgie ambulatoire. *Risques & Qualité* 2022;(19)4:217-221).
<https://www.risqual.net/publication-scientifique/validation-de-six-indicateurs-de-rehospitalisations-apres-chirurgie-ambulatoire>

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.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-07/iqss_2022_rapport_reh3ca_juillet_2022.pdf

Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé. Cf. 6 préconisations sur la chirurgie ambulatoire. Haut conseil de santé publique. HCSP, 2021.
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1078>

Haute Autorité de santé. Rapport. Méthode de développement, validation et utilisations des indicateurs de résultats mesurés à partir des bases médico-administratives. HAS, 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 actualisation 2022.
https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974291/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/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.

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

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	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). 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 : • 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	• 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). 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). 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).
Mode de recueil	Algorithme HAS appliqué au PMSI MCO chaîné, calculs réalisés par l'ATIH, puis contrôlés par la HAS.
Population cible	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 : <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) : • 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 <u>Critères d'exclusion du séjour de chirurgie ambulatoire :</u> • 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
Évènement détecté	<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. <u>Critères d'exclusion du séjour de réhospitalisation :</u> • 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)

	• 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 et/ou codes CIM-10 O80 à O84, en rapport avec l'accouchement • Nouveau en 2023 : Séjours groupant dans les racines de GHM 26M02 ou 26C02 en lien avec des traumatismes multiples graves
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	$\text{Ratio standardisé}_{ES} = \frac{\text{nombre observé}_{ES}}{\text{nombre attendu}_{ES}}$ <i>ES : établissement de santé</i> 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. <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>
Modalité de restitution du résultat de l'indicateur	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). 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).
Rendus aux établissements de santé	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. 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 : • Informations sur une année donnée, avec une évolution sur 2 années : ○ 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 • Des outils pour accompagner la restitution du résultat : ○ Fiche descriptive ○ Brochure d'information

	○ Guide de lecture du funnel plot (diagramme en entonnoir)
Historique	L'indicateur a été en 2022 validé pour toute utilisation. Il est restitué aux établissements de santé au niveau des sites géographiques. 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. La 2^{ème} restitution de cet indicateur a eu lieu fin 2023 à partir des données du PMSI MCO 2022, avec une évolution 2021-2022. Il est en diffusion publique (Cf. Ligne Utilisations).

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

Banaei-Bouchareb L, Prunet C, Morin S, May-Michelangeli L. Validation de six indicateurs de réhospitalisations après chirurgie ambulatoire. *Risques & Qualité* 2022;(19)4:217-221).
<https://www.risqual.net/publication-scientifique/validation-de-six-indicateurs-de-rehospitalisations-apres-chirurgie-ambulatoire>

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.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-07/iqss_2022_rapport_reh3ca_juillet_2022.pdf

Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé. Cf. 6 préconisations sur la chirurgie ambulatoire. Haut conseil de santé publique. HCSP, 2021.
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1078>

Haute Autorité de santé. Rapport. Méthode de développement, validation et utilisations des indicateurs de résultats mesurés à partir des bases médico-administratives. HAS, 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 évènements indésirables graves : comprendre pour agir. HAS, 2017 actualisation 2022.
https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974291/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/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.

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

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	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). 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 : • 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	• 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).

	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). 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).
Mode de recueil	Algorithme HAS appliqué au PMSI MCO chaîné, calculs réalisés par l'ATIH, puis contrôlés par la HAS.
Population cible	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 : <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) : • 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 <u>Critères d'exclusion du séjour de chirurgie ambulatoire :</u> • 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
Évènement détecté	<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. <u>Critères d'exclusion du séjour de réhospitalisation :</u> • 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 et/ou codes CIM-10 O80 à O84, en rapport avec l'accouchement - Nouveau en 2023 : Séjours groupant dans les racines de GHM 26M02 ou 26C02 en lien avec des traumatismes multiples graves
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	Ratio standardisé_{ES} = $\frac{\text{nombre observé}_{ES}}{\text{nombre attendu}_{ES}}$ <i>ES : établissement de santé</i> 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. <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>
Modalité de restitution du résultat de l'indicateur	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). 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).
Rendus aux établissements de santé	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. 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 : - Informations sur une année donnée, avec une évolution sur 2 années : - 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 • Des outils pour accompagner la restitution du résultat : ○ Fiche descriptive ○ Brochure d'information ○ Guide de lecture du funnel plot
Historique	L'indicateur a été en 2022 validé pour toute utilisation. Il est restitué aux établissements de santé au niveau des sites géographiques. 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. La 2ème restitution de cet indicateur a eu lieu fin 2023 à partir des données du PMSI MCO 2022, avec une évolution 2021-2022. Il est en diffusion publique (Cf. Ligne Utilisations).

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

Banaei-Bouchareb L, Prunet C, Morin S, May-Michelangeli L. Validation de six indicateurs de réhospitalisations après chirurgie ambulatoire. *Risques & Qualité* 2022;(19)4:217-221).
<https://www.risqual.net/publication-scientifique/validation-de-six-indicateurs-de-rehospitalisations-apres-chirurgie-ambulatoire>

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.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-07/iqss_2022_rapport_reh3ca_juillet_2022.pdf

Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé. Cf. 6 préconisations sur la chirurgie ambulatoire. Haut conseil de santé publique. HCSP, 2021.
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1078>

Haute Autorité de santé. Rapport. Méthode de développement, validation et utilisations des indicateurs de résultats mesurés à partir des bases médico-administratives. HAS, 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 actualisation 2022.
https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974291/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/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.

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

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