

FICHE

Mesure des réhospitalisations entre 1 et 3 jours après chirurgie ambulatoire

1er décembre 2022

Six nouveaux indicateurs de résultats en chirurgie ambulatoire sont proposés aux professionnels de santé. Ils mesurent les réhospitalisations entre 1 et 3 jours à partir des données du programme médicalisé des systèmes d'information en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (PMSI MCO).

Les 6 prises en charge chirurgicales (assimilées aux racines de GHM) réalisées en ambulatoires qui sont ciblées chacune par un indicateur sont :

- ➔ Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës (07C14) ;
- ➔ Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires (11C11) ;
- ➔ Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques (11C13) ;
- ➔ Interventions sur les amygdales (03C27) ;
- ➔ Hémorroïdectomies (06C19) ;
- ➔ Prostatectomies transurétrales (12C04).

Le développement de ces mesures s'inscrit dans la politique nationale des indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS) en établissements de santé.

A partir de 2022, la HAS restitue aux établissements les résultats de ces 6 indicateurs portant sur des prises en charge chirurgicales réalisées en ambulatoire. Ils correspondent à 6 racines de GHM identifiées par leur potentiel d'amélioration, à la fois sur le taux de réhospitalisations non programmées, le taux national de réhospitalisations dans chaque racine et le taux de réhospitalisations dans le même établissement (cf. [Rapport HAS, Juin 2022](#)). Ces indicateurs ont reçu un avis favorable des spécialités concernées. L'utilisation de ces nouveaux outils s'intègre dans une démarche qualité – gestion des risques au sein des établissements de santé concernés.

Pourquoi ces indicateurs ?

Les réhospitalisations entre 1 et 3 jours 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 en 2017¹ à 70% pour l'année 2022, revu à 80% selon les récentes préconisations du haut conseil de santé publique².

La mesure des réhospitalisations entre 1 et 3 jours de manière générale et en particulier pour ces 6 prises en charge, est pertinente pour l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients hospitalisés pour une chirurgie programmée en ambulatoire car :

- leur survenue à ce délai très court annule le gain de durée de séjour attendu par comparaison à l'hospitalisation conventionnelle.
- à ce délai les réhospitalisations sont majoritairement non programmées et liées à la qualité des pratiques réalisées lors du séjour de chirurgie ambulatoire, notamment l'éligibilité à la chirurgie ambulatoire, l'autorisation de sortie, la qualité de la lettre de liaison et le contact entre J1 et J3.
- elles concernent principalement des complications médicales communes à toute chirurgie (douleur, hémorragie-hématome, infection...), pour lesquelles des actions pour les réduire sont possibles.

Que mesurent-ils ?

Le ratio standardisé du nombre observé sur attendu de réhospitalisations entre 1 et 3 jours après un séjour cible de chirurgie ambulatoire est calculé pour chacune des 6 prises en charge (assimilées dans le PMSI aux racines de GHM) (Cf. [Fiches descriptives 2022](#)).

- Le nombre observé de séjours de réhospitalisations entre 1 et 3 jours est identifié dans le PMSI MCO.
- Le nombre attendu de cas est obtenu à l'aide d'une standardisation indirecte. Elle consiste à appliquer le taux national de réhospitalisation observé par racine de GHM des séjours PMSI (la population de référence) à la population cible d'un établissement.

Qui est principalement concerné par ces indicateurs en établissement de santé ?

- **Les équipes impliquées dans la prise en charge des patients** hospitalisés pour des actes de chirurgie réalisés en ambulatoire, et notamment les chirurgiens et les anesthésistes-réanimateurs ainsi que ceux impliqués dans la prise en charge des patients réhospitalisés.
- **Les médecins du département d'information médicale (DIM)** qui codent dans le PMSI les informations relatives au séjour de chirurgie ambulatoire et aux séjours de réhospitalisation.
- **Le coordinateur de la gestion des risques de l'établissement** et l'équipe qui s'occupe de la qualité et de la sécurité au sein de l'établissement.
- La gouvernance de l'établissement (direction générale et CME).

¹Objectif fixé en 2017 par la ministre des Solidarités et de la santé, Agnès Buzyn.

²Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé. Cf. 6 préconisations sur la chirurgie ambulatoire. Haut conseil de santé publique. HCSP, 2021

Quel(s) rendu(s) aux établissements de santé ?

Les 6 nouveaux indicateurs sont des « Ratio du nombre observé sur attendu de réhospitalisations entre 1 et 3 jours » calculés pour chacune des 6 prises en charge. Ils sont restitués aux établissements de santé dans la plateforme sécurisée QualHAS, accompagnés d'informations complémentaires.

- Les résultats nationaux des 6 indicateurs sont restitués chacun dans un diagramme en entonnoir (funnel plot) permettant aux établissements de santé, de visualiser leurs résultats par rapport aux limites à 3 Déviations Standards (DS) (risque d'erreur statistique de 0,2%) et à 2 DS (risque d'erreur statistique de 5%). Ils sont accompagnés d'informations complémentaires, dont le taux de réhospitalisations à 30 jours dans l'établissement et au national.
- En plus des 6 indicateurs, chaque établissement reçoit des informations complémentaires concernant toutes ses réhospitalisations après chirurgie ambulatoire :
 - La liste des autres racines de GHM dont le ratio est supérieur à la limite à +3 DS est automatiquement restituée à chaque établissement, avec les informations suivantes :
 - Nombre de séjours de patients ayant eu une chirurgie en ambulatoire (population cible)
 - Nombre observé de réhospitalisations dans le même établissement, pour lesquelles un retour aux dossiers est possible³.
 - Taux de réhospitalisations à 30 jours dans l'établissement et au national.
 - Ainsi que le taux de réhospitalisations à 3 jours et 30 jours toutes racines de GHM confondues.

Pour contribuer à l'appropriation de ces indicateurs et des informations complémentaires, les documents suivants sont mis à disposition :

- la présente brochure d'information
- les [6 fiches descriptives 2022](#) qui détaillent les 6 indicateurs
- le [guide de lecture du funnel plot](#).

Comment utiliser ces indicateurs ?

De manière générale, toute réhospitalisation détectée entre 1 et 3 jours doit bénéficier d'une analyse par retour aux dossiers.

Les résultats pour les 6 indicateurs sont restitués automatiquement dans un diagramme en entonnoir (Cf. [Guide de lecture du funnel plot](#)) :

- Toute racine de GHM au-dessus de la limite à + 3DS, confère à l'établissement un statut atypique « haut » à 3DS, qui signifie que le nombre observé d'évènements est significativement supérieur à l'attendu avec un risque d'erreur de 0,2%.
- Toute racine de GHM entre +2DS et +3DS, confère à l'établissement un statut atypique « haut » à 2DS, qui signifie que le nombre observé d'évènements est significativement supérieur à l'attendu avec un risque d'erreur de 5%.
- Toute racine entre +2DS et – 3DS, confère à l'établissement un statut non atypique, qui signifie que le nombre observé d'évènements n'est pas différent de l'attendu.
- Toute racine de GHM au-dessous de la limite à - 3 DS, confère à l'établissement un statut atypique « bas » qui signifie que le nombre observé d'évènements est significativement inférieur à l'attendu avec un risque d'erreur de 0,2%.

³Ce retour au dossier après vérification de la qualité du codage, permet de sélectionner les réhospitalisations non programmées, d'en identifier les causes et parmi elles, celles qui sont potentiellement évitables. Cette analyse permet également de cibler des actions d'amélioration réalisables, en lien avec le programme qualité et gestion des risques de l'établissement de santé.

Il est à rappeler que l'analyse des réhospitalisations doit se faire dans le contexte du parcours de prise en charge clinique lors du séjour de chirurgie ambulatoire : évaluation de l'éligibilité avant l'hospitalisation, confirmation de l'éligibilité à l'admission, qualité et sécurité des soins délivrés au cours du séjour, évaluation pour autoriser la sortie, information des patients sur les consignes après la sortie ainsi que les motifs et modalités de recours en urgence, la lettre de liaison à la sortie et le contact à J1-J3.

Toute utilisation de ces indicateurs à des fins d'amélioration des pratiques est à valoriser dans la certification pour la qualité des soins. Les autres utilisations externes sont discutées annuellement (cf. [Cadre réglementaire](#) des IQSS de la HAS).

Pour mémo : les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS)

Le développement des indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS) de type résultats, mesurés à partir des bases médico-administratives répond à une demande forte de la part des établissements de santé, des professionnels de santé, des tutelles et des usagers.

La HAS assure le pilotage opérationnel du développement et du déploiement national de ses indicateurs dans l'objectif d'améliorer les pratiques et *in fine* le service rendu au patient. Ce développement est réalisé en lien avec l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et avec un groupe de travail multidisciplinaire, regroupant les expertises cliniques, de l'information médicale, du patient et de l'utilisateur (Cf. Méthode de développement, validation et utilisations des indicateurs de résultats mesurés à partir des bases médico-administratives, [HAS 2019](#)).

Avantages et limites des indicateurs de résultats mesurés à partir du PMSI

Le principal avantage des indicateurs mesurés à partir des bases médico-administratives est leur production automatisée avec possibilité de suivi dans le temps, sans charge supplémentaire de travail pour les professionnels de santé dans les établissements de santé.

L'indicateur permet aux établissements de comparer leur résultat observé à l'attendu, et d'identifier des prises en charge nécessitant une investigation plus approfondie des causes par retour aux dossiers des patients. Intégrés dans un programme qualité-gestion des risques, ce type d'indicateurs constitue un levier supplémentaire pour le pilotage interne de la qualité des soins et de la sécurité des patients.

En conformité avec le Règlement Général sur la Protection des Données, un établissement ne peut pas avoir accès aux informations concernant les réhospitalisations survenues dans un autre établissement pour les patients opérés par cet établissement.

Pour en savoir plus : Lien vers la page du site internet de la HAS dédiée à la [mesure des 6 indicateurs de réhospitalisations entre 1 et 3 jours après chirurgie ambulatoire](#).

Mesure des réhospitalisations entre 1 et 3 jours après chirurgie ambulatoire - décembre 2022

Toutes nos publications sont téléchargeables sur www.has-sante.fr