

Fiche descriptive des informations complémentaires « Réhospitalisations entre 1 et 3 jours après chirurgie ambulatoire »	
Définition	Les informations complémentaires concernent les réhospitalisations entre 1 et 3 jours après chirurgie 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 ces informations permet aux établissements de santé : 1- d'identifier les interventions chirurgicales dont le nombre de réhospitalisations entre 1 et 3 jours est significativement supérieur au nombre attendu avec un risque d'erreur statistique de 0,2%* afin de les analyser. Cette analyse par retour aux dossiers identifie les réhospitalisations non programmées qui sont potentiellement évitables, afin de mettre en place des actions d'amélioration efficaces, au bénéfice du service rendu aux patients. <i>*Cela correspond à un résultat au-dessus de la limite supérieure à 3DS qualifié d'atypique haut à 3 DS.</i> 2- de disposer de leur taux de réhospitalisations à 3 jours et 30 jours.
Utilisation	Ces informations complémentaires accompagnent la restitution des 6 indicateurs de résultats en chirurgie ambulatoire. Elles sont exclusivement utilisables pour le pilotage interne de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé.
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 entre 1 et 3 jours après chirurgie ambulatoire 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). En plus des 6 indicateurs de résultats en chirurgie ambulatoire, les informations concernant toutes les réhospitalisation entre 1 à 3 jours dont le résultat est atypique haut > + 3 DS ainsi que le taux de réhospitalisations à 30 jours présentent un intérêt pour l'amélioration de la qualité et sécurité de la chirurgie ambulatoire.
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 un GHM avec 3ème caractère en "C" (avec acte classant opératoire) OU 7 racines : ○ 03K02 Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires ○ 05K14 : Mise en place de certains accès vasculaires pour des affections de la CMD 05, séjours de moins de 2 jours ○ 11K07 : Séjours de la CMD 11 comprenant la mise en place de certains accès vasculaires, en ambulatoire ○ 12K06 : Séjours comprenant une biopsie prostatique, en ambulatoire ○ 09Z02 : Chirurgie esthétique ○ 23Z03 : Interventions de confort et autres interventions non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire ○ 14Z08 : Interruptions volontaires de grossesse : séjours de moins de 3 jours (hors IVG médicamenteuses dans la racine 14Z08 (JNJP001)) • 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 chainés • 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 (Mode de sortie = 9) • Séjours pour Injection de toxine botulique dans la musculature vésicale, par urétrocystoscopie (Acte CCAM JDLE332) • Séjours classés dans le GHM 02C05 (Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie) ou dans le GHM 02C12 (Interventions sur le cristallin avec trabéculotomie) suivis dans les 3 jours d'un séjour groupant dans le même GHM (GHM 02C05 ou GHM 02C12) (le premier séjour est exclu, le second est conservé comme séjour index, et il est recherché dans les 3 jours une potentielle hospitalisation) • Séjours classés dans le GHM 05C17 (Ligatures de veines et éveinages) suivis dans les 3 jours d'un séjour groupant dans le même GHM (le premier séjour est exclu, le second est conservé comme séjour index, et il est recherché dans les 3 jours une potentielle hospitalisation).
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 • Nouveau en 2023 : Séjours groupant dans les racines de GHM 26M02 ou 26C02 en lien avec des traumatismes multiples graves

Nature des informations	Informations exprimées 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 ou de taux de réhospitalisations.
Mode de calcul	Ratio standardisé du nombre observé sur attendu de réhospitalisations entre 1 et 3 jours appliqué à chaque prise en charge chirurgicale (racine de GHM) de la population cible, calculé sur les séjours terminés entre le 1er janvier et le 28 décembre d'une année donnée. Sélection pour chaque établissement des racines de GHM dont le résultat est au-dessus de + 3 DS. <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 cibles du PMSI France entière) à la population étudiée d'un établissement.</i> Taux brut de réhospitalisations à 30 jours toutes racines confondues calculé sur les séjours terminés entre le 1er janvier et le 30 novembre d'une année donnée. <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>
Restitution des informations complémentaires aux établissements	Chaque établissement a accès à ces informations complémentaires concernant ses réhospitalisations après chirurgie ambulatoire dans la plateforme sécurisée QualHAS : - La liste des racines de GHM dont le ratio est supérieur à la limite à +3 DS est systématiquement 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 possible¹ ; - Taux de réhospitalisations à 30 jours au national et dans l'établissement. - Ainsi que le taux de réhospitalisations à 3 jours et 30 jours toutes racines de GHM confondues au national et dans l'établissement. Les codes d'accès à ces informations sont donnés par les superviseurs QualHAS et/ou le médecin DIM de chaque établissement.
Historique	Ces informations ont été restituées pour la 1^{ère} fois aux établissements de santé fin 2022 à partir des données du PMSI MCO 2019. La 2^{ème} restitution a eu lieu fin 2023 à partir des données du PMSI MCO 2021, avec une évolution 2020-2021.

Pour en savoir plus, consulter sur le site internet de la HAS la page dédiée [à la mesure des 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