



Rapport d'analyse des résultats nationaux 2023

Indicateurs de qualité et de sécurité des soins

**Analyse détaillée des IQSS ciblant les
réhospitalisations entre 1 et 3 jours
après 6 interventions en ambulatoire
Données 2022 – Évolution 2021-2022**



14/03/2024

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Introduction

Dans l'approche globale de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé, la Haute Autorité de Santé met en œuvre la mesure nationale d'indicateurs afin que l'ensemble des établissements de santé pilotent leur dispositif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle est réalisée en collaboration avec l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Ces indicateurs servent à améliorer la qualité et la sécurité des soins et *in fine* le service rendu au patient :

- En mobilisant les professionnels des établissements de santé autour des résultats détaillés qui leur sont fournis.
- En utilisant d'autres leviers, comme :
 - La certification des établissements,
 - La diffusion publique des résultats par établissement pour l'information des usagers, via le site [QualiScope](#), et l'open data,
 - L'incitation financière à l'amélioration de la qualité, pour certains indicateurs.

Pour en savoir plus sur les indicateurs de qualité et de sécurité des soins mesurés par la HAS : [Comprendre les indicateurs](#)

Contexte de l'année 2023

Grâce à la mobilisation des professionnels et des patients, la HAS en 2023 a pu calculer les indicateurs de qualité et de sécurité des soins

- rapportés par les patients – dispositif e-Satis ;
- issus des données du dossier patient ;
- issus des données du PMSI.

5 rapports présentent ces résultats :

- En MCO dont la chirurgie ambulatoire
- En SMR
- En HAD
- En PSY
- Et spécifiquement sur les infections associées aux soins

Ce rapport analyse les résultats des 6 IQSS concernant la réhospitalisation entre 1 et 3 jours après chirurgie ambulatoire.

Sommaire

1. Contexte
2. Chirurgie ambulatoire & Réhospitalisations en France : Analyses descriptives - Données nationales 2021 - 2022
3. Indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS). Principes méthodologiques & Résultats des 6 IQSS - Données 2022 – Evolution 2021-2022
4. Analyse détaillée des résultats de chacun des 6 indicateurs
5. Conclusions & Perspectives

Annexes

Annexe 1.A et 1.B Algorithme utilisé et limites de l'indicateur

Annexe 2. Réhospitalisations à 3 jours et à 30 jours après chirurgie ambulatoire au niveau national

Annexe 3. Répartition des établissements évalués selon les 6 IQSS ciblés

Annexe 4. Résultats nationaux des 6 IQSS – Données 2021

Références

.....
0

1

Contexte

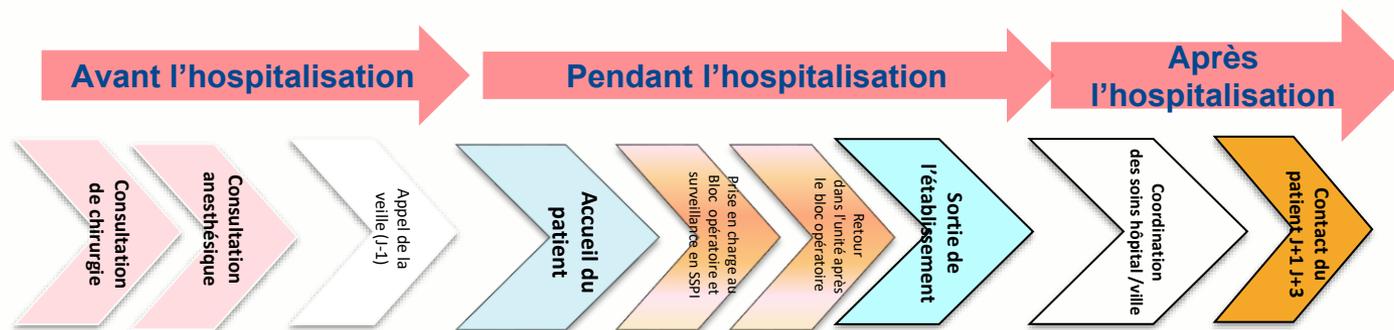
Les enjeux autour de la chirurgie ambulatoire

- ❑ Une priorité nationale depuis décembre 2010
 - Objectif : 70 % en 2022 (80% selon l'HCSP)

- ❑ Un levier majeur pour optimiser l'offre de soins, réduire les infections nosocomiales et les coûts en diminuant la durée de séjour

- ❑ Programme national mis en œuvre :
 - Développer l'activité chirurgicale en ambulatoire
 - Sans concession à la qualité et à la sécurité de la prise en charge des patients, avant, pendant et après l'intervention.

Parcours du patient en chirurgie ambulatoire



La HAS jalonne le parcours d'indicateurs pour mesurer la qualité et la sécurité des soins

- Des IQSS de processus, issus des dossiers patients
- Des IQSS de résultats
 - Satisfaction et expérience des patients hospitalisés – e-Satis CA
 - Réhospitalisations entre 1 et 3 jours : à partir des bases de données PMSI

Les réhospitalisations après chirurgie ambulatoire : pourquoi les mesurer à 3 jours ?

- Le délai de 3 jours est :

→ spécifique de la chirurgie ambulatoire

La surveillance de ce qui se passe immédiatement en sortie permet de s'assurer que le gain en durée de séjour ne se fait pas aux dépens de la sécurité du patient.

Les réhospitalisations 3 jours après chirurgie ambulatoire : quel lien avec la qualité des prises en charge ?

La mesure des réhospitalisations entre 1 et 3 jours après une chirurgie ambulatoire présente un intérêt pour les professionnels de santé :

- Les réhospitalisations à 3 jours sont majoritairement non programmées.
- Les causes de réhospitalisations non programmées à 3 jours sont des complications communes à toute chirurgie : douleur, hémorragie-hématome, nausées, vomissements et/ou céphalées, infection, rétention urinaire.
- Les complications motivant ces réhospitalisations à 3 jours sont potentiellement en lien avec les pratiques cliniques et organisationnelles : éligibilité, autorisation de sortie, lettre de liaison à la sortie, contact J+1J+3.

Ces complications précoces liées à un défaut de qualité peuvent être réduites par la mise en place d'actions d'amélioration.

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

.....
0

2

Chirurgie ambulatoire & Réhospitalisations

Analyses descriptives Données nationales PMSI 2021 & 2022

Quels séjours de chirurgie ambulatoire sont évalués ?

Population de séjours cibles de chirurgie ambulatoire

- **Inclusions** : séjours de patients du périmètre ci-dessous admis pour une **chirurgie en ambulatoire programmée, venant de leur lieu de résidence**, réalisée dans un établissement MCO avec ou sans Unité de chirurgie ambulatoire (UCA)

Périmètre : **GHM avec 3^{ème} caractère en "C" (avec acte classant opératoire) OU 7 racines de GHM** (dents, accès vasculaires, biopsie prostatique, chirurgie esthétique et IVG instrumentales)

A noter : Le périmètre actuel de la CA, tel que défini en 2015, ne comprend pas les explorations ou interventions par endoscopie et fibroscopie réalisées en ambulatoire, qui relèvent d'une prise en charge médicale et ne sont pas considérées comme des actes de chirurgie.

- **Exclusions** : séjours en erreur/problemème de chainage, séances, âge < 6 mois, IVG médicamenteuse, décès, urgence, sortie par fuite, injection intra-vésicale de toxine botulique, 1er séjour avec intervention pour cataracte, chirurgie du pied, chirurgie des varices

➤ Pour en savoir plus, Cf. [Fiches descriptives 2023](#) et Annexe 1A (Algorithme utilisé).

Quelles réhospitalisations à 3 jours sont mesurées ?

- Il s'agit des réhospitalisations toutes causes (hors séances, accouchements et traumatismes graves) mesurées pour chaque prise en charge ciblée avec au moins 10 séjours cibles. Cf. Fiches descriptives 2023.
 - Seules les réhospitalisations dans l'établissement où a eu lieu l'intervention peuvent être analysées par retour aux dossiers.
 - Seul le retour aux dossiers permet d'identifier, pour les analyser, les réhospitalisations non programmées, et parmi elles, celles qui sont potentiellement évitables. Ces dernières doivent être ciblées par des actions d'amélioration au bénéfice des patients.
- Pour en savoir plus, cf. Annexes 1 A et 1 B (algorithme utilisé et limites de l'indicateur)

Réhospitalisations à 3 jours après chirurgie ambulatoire, où en est-on ?

- Près de 4 millions de séjours de chirurgie réalisés en ambulatoire, en légère augmentation entre 2021 et 2022 (de 3 715 709 à 3 895 191).
 - Ils représentent respectivement 61% et 62% de tous les séjours de chirurgie évalués.
 - L'âge moyen des patients est de 52,3 ans et 48% sont des hommes.
 - Plus 6 % de réhospitalisations entre 1 et 3 jours après chirurgie ambulatoire (de 17 805 en 2021 à 18 893 en 2022).
 - Taux de réhospitalisations à 3 jours de l'ordre de 0,5%, relativement stable (0,48% en 2021 et 0,49% en 2022).
 - Une grande variabilité de ce taux entre les établissements de santé est observée.
- Pour en savoir plus, cf. Annexe 2

La quasi-totalité des établissements sont concernés par une réhospitalisation à 3 jours

- 92% des établissements ont au moins un séjour de chirurgie ambulatoire suivi par une réhospitalisation dans les 3 jours, dans leur établissement ou dans un autre établissement en 2022 (91% en 2021).
- Les réhospitalisations ont lieu en majorité dans l'établissement où a eu lieu l'intervention de chirurgie ambulatoire
 - 62% des réhospitalisations ont lieu dans l'établissement d'origine en 2022 (63% en 2021).
- 7 établissements de plus sont évalués* (947 en 2021 et 954 en 2022).

La répartition est stable sur les 2 années :

- 45% sont des privés,
- 34,6% des CH,
- 11% des CHU,
- 7,4% des PSPH,
- 2% des CLCC.

* Établissements ayant au moins 10 séjours cibles de chirurgie ambulatoire dans le PMSI de l'année d'étude

➤ Pour en savoir plus, cf. Annexe 2

⋮
0

3

Indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS)

Principes méthodologiques & résultats des 6 IQSS

Données 2022 et évolution 2021-2022

Quel indicateur & Comment interpréter le résultat ?

L'indicateur = Ratio standardisé du nombre observé sur attendu d'évènement dans la population cible

- Le nombre observé de réhospitalisations pour un établissement donné correspond aux réhospitalisations codées dans le PMSI de tout établissement entre 1 et 3 jours après la chirurgie ambulatoire réalisée sur une année N dans cet établissement.
- Le nombre attendu de réhospitalisations est le nombre théorique de réhospitalisations qui surviendraient au regard du taux de réhospitalisations national observé pour la racine de GHM étudiée.
- Un établissement qui a un résultat moins bon que prévu est un établissement pour lequel le nombre de réhospitalisations observées dans le PMSI est significativement supérieur (risque d'erreur à 0,2%) au nombre attendu. Cela correspond au statut atypique haut > + 3 DS.

Un résultat moins bon que prévu traduit un problème de qualité de prise en charge puisque les cas survenus sont plus nombreux que ce qui était attendu

Quelle mesure à partir du PMSI des réhospitalisations à 3 jours après chirurgie ambulatoire ?

2 niveaux de mesure possibles :

- mesure **globale**, prenant en compte toutes les chirurgies
 - ✓ non pertinent car **non discriminant**
 - ✓ **Pas d'utilisation interne, externe** (diffusion publique ou financement)
- mesure **par racine de groupe homogène de maladie (GHM)**, spécifique de la nature des interventions réalisées
 - ✓ **pertinent & discriminant**
 - ✓ Par contre plus de 200 racines de GHM >>> **nécessité d'identifier et de cibler des prises en charge avec potentiel d'amélioration**

Définition d'une prise en charge avec un potentiel d'amélioration

Critères pour définir une **prise en charge**, assimilée à une racine de GHM, avec un **potentiel d'amélioration** :

- Au moins la moitié des réhospitalisations pour cette prise en charge sont non programmées*;

ET

- Le taux national de réhospitalisations à 3 jours pour cette prise en charge est $> 1\%$, ce qui correspond à 2 fois celui de toutes les prises en charge confondues** ;

ET

- Au moins 66% des réhospitalisations suite à cette prise en charge ont lieu dans l'établissement où le patient a été opéré**. Cela permet à l'établissement d'analyser les réhospitalisations de la majorité des patients opérés en ambulatoire.

* information tracée dans les dossiers, non disponible dans le PMSI

** **calculé au niveau des séjours** – Données 2018 (cf Rapport de développement 2022 et article ci-dessous)

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

Les 6 prises en charge avec un potentiel d'amélioration

6 prises en charge ont été ciblées par un indicateur de qualité et sécurité des soins (IQSS) :

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

Pour chaque indicateur (IQSS) est calculé à partir du PMSI MCO : Le **ratio standardisé du nombre observé sur attendu** de réhospitalisations entre 1 et 3 jours après l'intervention ciblée.

En 2023, les établissements disposent de leur résultats - données 2022

Ces 6 indicateurs ont été mesurés pour la seconde fois en 2023.

Le 16 novembre 2023, la HAS a restitué aux 767 établissements de santé leur résultats calculés à partir du PMSI MCO 2022 pour les 6 indicateurs dans un diagramme en entonnoir (funnel plot).

Ces résultats sont accompagnés :

- d'outils :
 - ✓ fiches descriptives,
 - ✓ brochure d'information,
 - ✓ guide de lecture du funnel plot.
- de comparaisons par rapport au PMSI 2021
- et d'informations complémentaires sur toutes leurs réhospitalisations après chirurgie ambulatoire, dont le taux à 3 jours et à 30 jours.

Description des séjours évalués pour les 6 IQSS (Données 2022) (1/2)

Réhospitalisations entre 1 et 3 jours après :	N de séjours cibles de CA	Age moyen (années)	Sexe (% sexe masculin)	N de réhospitalisations à J3 (taux en %; min-max)	% de réhospitalisations dans le même ES
✓ interventions sur les amygdales 03C27	25046	8,7	54%	230 (0,92%; 0-33,33)	69,6%
✓ hémorroïdectomies 06C19	25456	49,9	56%	310 (1,22%; 0-100)	82,6%
✓ cholécystectomies en ambulatoire 07C14	50038	50,2	29%	546 (1,09%; 0-12,5)	80,6%
✓ interventions pour lithiases urinaires 11C11	55760	55,3	66%	1 273 (2,28%; 0-100)	79,7%
✓ interventions pour affections non lithiasiques 11C13	30481	64,5	56%	680 (2,23%; 0-100)	70,6%
✓ prostatectomies transurétrales 12C04	3802	69,6	100%	139 (3,66%; 0-50)	78,4%

CA : chirurgie ambulatoire; N : Nombre; ES : Établissement de santé ;

Description des séjours évalués pour les 6 IQSS (Données 2022) (2/2)

- Augmentation de 33% du nombre de séjours de chirurgie ambulatoire des 6 IQSS (de 127 218 en 2021 à 190 583 en 2022).
 - Ils représentent respectivement 3,4% et 4,9% de l'ensemble des séjours de chirurgie ambulatoire évalués au niveau national.
- Augmentation de 25% du nombre de réhospitalisations à 3 jours pour les 6 IQSS (de 2 535 en 2021 à 3 178 en 2022).
 - Elles représentent respectivement 14% et 17% de l'ensemble des réhospitalisations détectées au niveau national.

Résultats nationaux des 6 IQSS (Données 2022)

Réhospitalisations entre 1 et 3 jours après :	N ES évalués	N ES avec résultats moins bons que prévus (% des ES évalués) N ES en + ou en – par rapport à 2021	N ES avec résultats meilleurs que prévus
✓ interventions sur les amygdales 03C27	337	12 (4%) +7 par rapport à 2021	0
✓ hémorroïdectomies 06C19	483	7 (1%) +2	0
✓ cholécystectomies en ambulatoire 07C14	670	4 (0%) -1	0
✓ interventions pour lithiases urinaires 11C11	534	3 (2%) -2	0
✓ interventions pour affections non lithiasiques 11C13	509	5 (1%) +4	0
✓ prostatectomies transurétrales 12C04	85	2 (0%) +2	0

N : Nombre; *ES* : Établissement de santé ; *ES évalués* : établissements de santé ayant au moins 10 séjours cibles dans la racine de GHM ; *DS* : déviation standard.
ES ayant un résultat moins bon que prévus = ES atypiques hauts > + 3 DS dont le nombre observé de réhospitalisations est significativement supérieur au nombre attendu, avec un risque d'erreur de 0,2%; *ES ayant des résultats meilleurs que prévus = ES atypiques bas < - 3 DS dont le nombre observé de réhospitalisations est significativement inférieur au nombre attendu, avec un risque d'erreur de 0,2%*.

Pour en savoir plus, cf. Annexe 4 (résultats nationaux des 6 IQSS Données 2021)

Ce qu'il faut retenir des résultats des 6 IQSS

- 3 établissements de plus évalués sur au moins 1 des 6 IQSS ciblés (764 en 2021 et 767 en 2022) (Cf. Annexe 4).
- Pour chacun des 6 IQSS, constats en 2021 et en 2022 :
 - environ 95 % des établissements présentent des résultats proches de ce qui est attendu compte tenu du profil des patients de l'établissement,
 - augmentation du nombre d'établissements ayant des résultats moins bons que prévus entre 2021 et 2022 :
 - ✓ 21 (2,7%) en 2021 : 13 privés, 6 CH, 1 PSPH et 1 CHU
 - ✓ 33 (4,3%) en 2022 : 15 privés, 11 CH, 4 PSPH et 3 CHU
 - ✓ aucun établissement n'a de résultat moins bon que prévu pour plus d'un IQSS.
- Sont concernées les interventions :
 - sur les amygdales : +7 établissements (ES) moins bons que prévus,
 - pour affections non lithiasiques : +4 ES moins bons que prévus,
 - les hémorroïdectomies : +2 ES moins bons que prévus,
 - et les prostatectomies transurétrales : +2 ES moins bons que prévus.
- Un seul établissement a deux années consécutives des résultats moins bons que prévus :
 - Cela concerne les hémorroïdectomies en ambulatoire - 06C19 et l'établissement est un établissement privé.

Les résultats des établissements sont diffusés publiquement pour la première fois cette année, sur [QualiScope](#) et en open data.

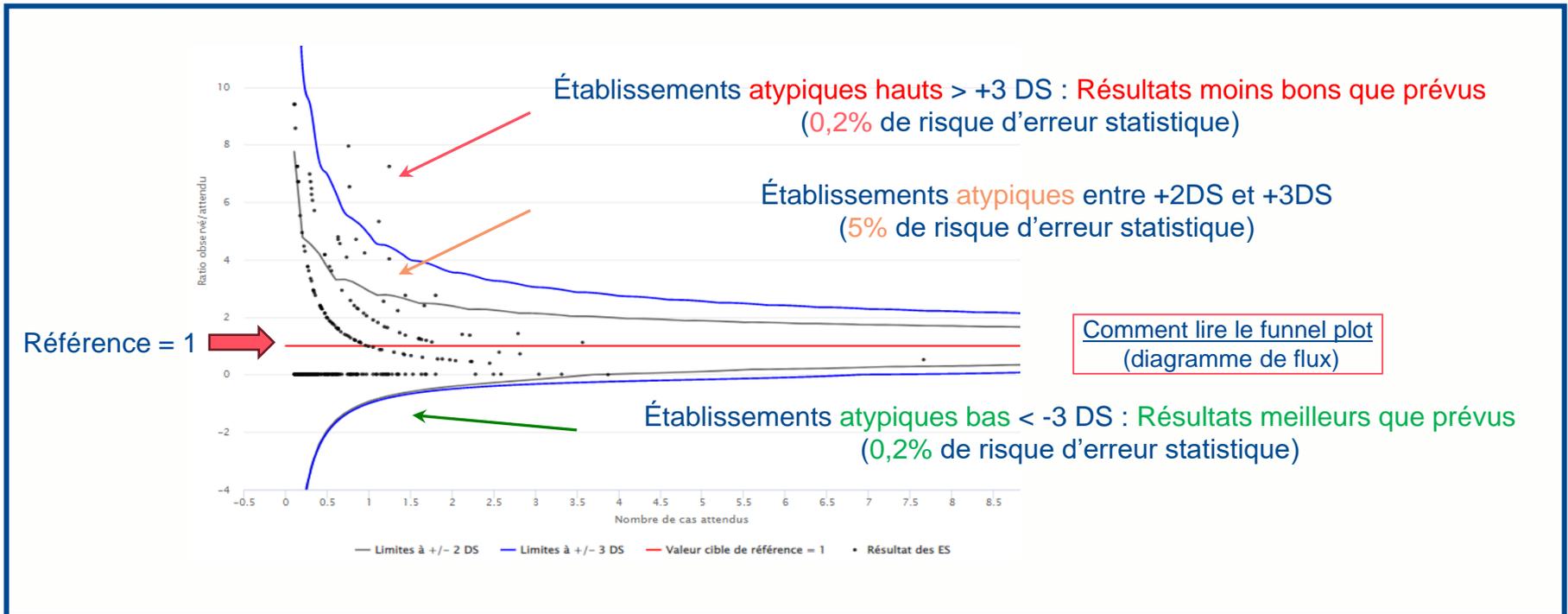
⋮
0

4

Analyse détaillée des résultats de chacun des 6 IQSS

Comment lire un diagramme en entonnoir (funnel plot)

Chaque établissement voit son résultat dans ou en dehors des limites à 3 DS (en bleu). Il permet l'identification des établissements ayant des résultats atypiques (cas observés significativement différents de ce qui est attendu) ou non atypiques, avec un risque d'erreur statistique de seulement 0.2%.



Les limites à 2 DS (en gris) correspondent à un risque d'erreur statistique important de 5%. Cette limite peut être utilisée pour le pilotage interne comme une alerte à investiguer, mais pas pour une utilisation externe (exemple : diffusion publique).



Interventions sur les amygdales (Racine de GHM 03C27)

Réhospitalisations entre 1 et 3 jours après interventions sur les amygdales

Résultats nationaux - données 2022

12 établissements de santé présentent des résultats moins bons que prévus*

3,6 % des établissements de santé évalués



337 établissements de santé évalués

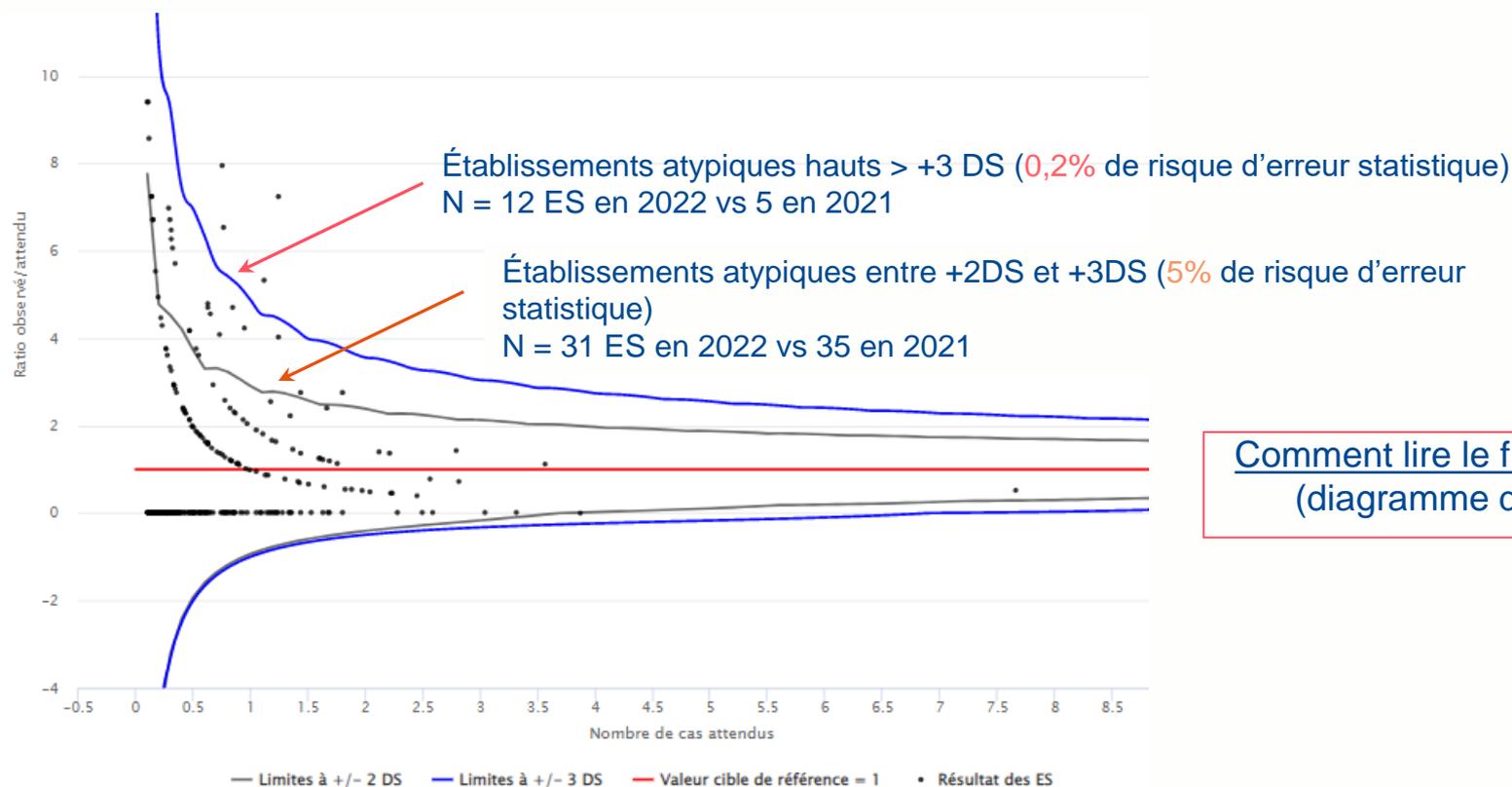


25 046 séjours cibles

* avec un risque d'erreur statistique à 0.2%

Pour en savoir plus : [Page dédiée sur le site internet de la HAS](#)

Interventions sur les amygdales – Funnel plot national



Comment lire le funnel plot
(diagramme de flux)



337 établissements de santé évalués en 2023 - Données 2022 vs 320 – Données 2021

Interventions sur les amygdales – informations complémentaires 1/2

- Établissements atypiques hauts > +3 DS (0,2% de risque d'erreur statistique)

	2021 (nb d'Ets évalués = 320)	2022 (nb d'Ets évalués = 337)
NB d'Ets > +3 DS (% des Ets évalués)	5 (1,6%)	12 (3,6%) *
Taux de réhospitalisations à J3	7,8%	6,9%
Part (en %) des réhospitalisations détectées pour cette intervention	11%	18,5%

*Clé de lecture : 12 établissements sont atypiques hauts en 2022 (résultat moins bon que prévu). Ils représentent 3,6% des 337 établissements évalués. Le taux de réhospitalisations à J3 dans ces établissements est de 6,9% et ils concentrent 18,5% des réhospitalisations détectées dans tous les établissements évalués pour les interventions concernées.

- Établissements atypiques entre +2 DS et +3 DS (5% de risque d'erreur statistique)

	2021 (nb d'Ets évalués = 320)	2022 (nb d'Ets évalués = 337)
NB d'Ets entre +2 DS et +3 DS (% des Ets évalués)	35 (10%)	31 (9,65%)
Taux de réhospitalisations à J3	4,4%	4,4%
Part (en %) des réhospitalisations détectées pour cette intervention	36,8%	24,2%

Interventions sur les amygdales – Informations complémentaires 2/2

- Au niveau national

	2021	2022
Nombre de séjours cibles	19 791	25 046*
Taux de réhospitalisations à 3 jours au national	0,97 %	0,92 %
Taux de réhospitalisations à 30 jours au national	3,82%	3,81%

*Clé de lecture : 25 046 séjours cibles d'interventions en ambulatoire sur les amygdales ont été analysés en 2022. Le taux brut de réhospitalisations à 3 jours était de 0,92%, et à 30 jours de 3,81%.

- Au niveau des établissements de santé

	2021	2022
Nombre d'Ets ayant au moins 1 séjour cible	496	482**
% d'Ets avec au moins 1 réhospitalisation à 3 jours	19,95%	27,8%

**Clé de lecture : 482 établissements ont au moins 1 séjour cible d'intervention en ambulatoire sur les amygdales en 2022. Parmi eux, 27,8% ont au moins 1 réhospitalisation à 3 jours détectée.



Hémorroïdectomies (Racine de GHM 06C19)

Réhospitalisations entre 1 et 3 jours après hémorroïdectomies

Résultats nationaux - données 2022

7 établissements de santé présentent des résultats moins bons que prévus*

1.4 % des établissements de santé évalués



483 établissements de santé évalués

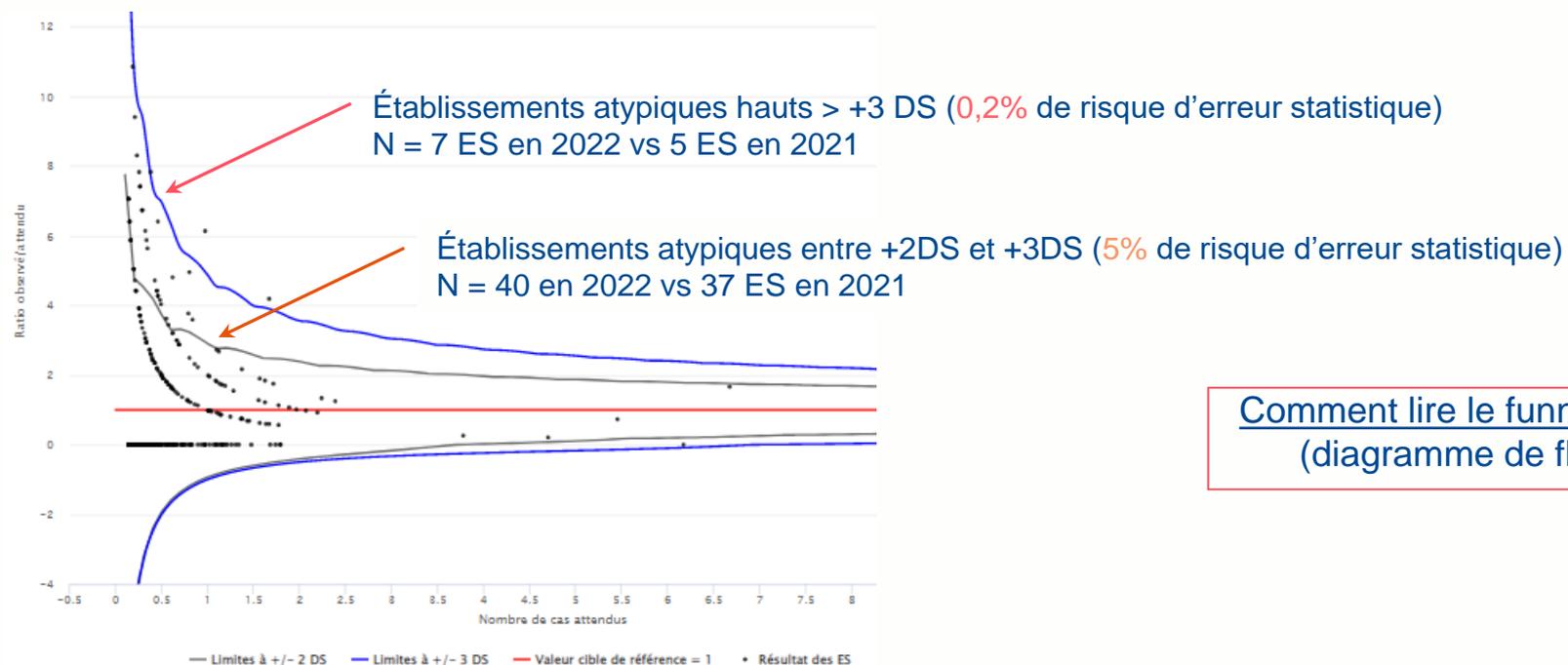


25 456 séjours cibles

* avec un risque d'erreur statistique à 0.2%

Pour en savoir plus : [Page dédiée sur le site internet de la HAS](#)

Hémorroïdectomies – Funnel plot national



Comment lire le funnel plot
(diagramme de flux)



483 établissements de santé évalués en 2023 – Données 2022 vs 460 en 2021

Hémorroïdectomies – Informations complémentaires 1/2

- Établissements atypiques hauts > +3 DS (0,2% de risque d'erreur statistique)

	2021 (nb d'Ets évalués = 460)	2022 (nb d'Ets évalués = 483)
NB d'Ets > +3 DS (% des Ets évalués)	5 (1,1%)	7 (1,4%)*
Taux de réhospitalisations à J3	11,5%	7,3%
Part (en %) des réhospitalisations détectées pour cette intervention	5,3%	10,5%

*Clé de lecture : 7 établissements sont atypiques hauts en 2022 (résultat moins bon que prévu). Ils représentent 1,4% des 483 établissements évalués. Le taux de réhospitalisations à J3 dans ces établissements est de 7,3% et ils concentrent 10,5% des réhospitalisations détectées dans tous les établissements évalués pour les interventions concernées.

- Établissements atypiques entre +2 DS et +3 DS (5% de risque d'erreur statistique)

	2021 (nb d'Ets évalués = 460)	2022 (nb d'Ets évalués = 415)
NB d'Ets entre +2 DS et +3 DS (% des Ets évalués)	37 (8,04%)	40 (8,3%)
Taux de réhospitalisations à J3	6,0%	4,1%
Part (en %) des réhospitalisations détectées pour cette intervention	26,9%	33,2%

Hémorroïdectomies – Informations complémentaires 2/2

- Au niveau national

	2021	2022
Nombre de séjours cibles	23 245	25 456*
Taux de réhospitalisations à 3 jours au national	1,36 %	1,22 %
Taux de réhospitalisations à 30 jours au national	5,51%	5,51%

*Clé de lecture : 25 456 séjours cibles d'hémorroïdectomies en ambulatoire ont été analysés en 2022. Le taux brut de réhospitalisations à 3 jours était de 1,22%, et à 30 jours de 5,51%.

- Au niveau des établissements de santé

	2021	2022
Nombre d'Ets ayant au moins 1 séjour cible	696	699**
% d'Ets avec au moins 1 réhospitalisation à 3 jours	24,7%	23,6%

**Clé de lecture : 699 établissements ont au moins 1 séjour cible d'hémorroïdectomie en ambulatoire en 2022. Parmi eux, 23,6% ont au moins 1 réhospitalisation à 3 jours détectée.



Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës

(Racine de GHM 07C14)

Réhospitalisations entre 1 et 3 jours après cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës

Résultats nationaux - données 2022

4 établissements de santé présentent des résultats moins bons que prévus*

0.6 % des établissements de santé évalués



670 établissements de santé évalués

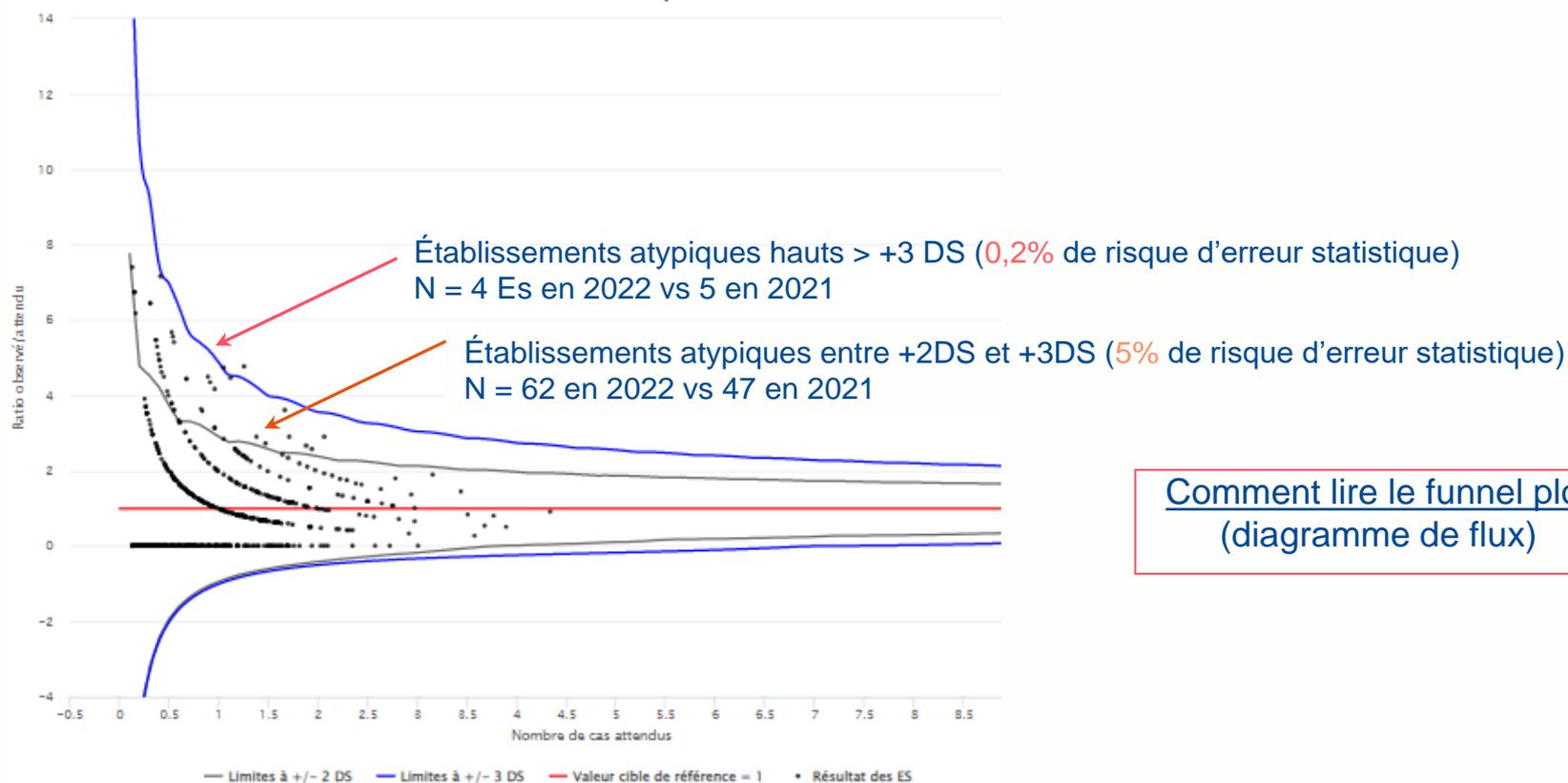


50 038 séjours cibles

* avec un risque d'erreur statistique à 0.2%

Pour en savoir plus : [Page dédiée sur le site internet de la HAS](#)

Cholécystectomies – Funnel plot national



670 établissements de santé évalués en 2023 – Données 2022 vs 669 – Données 2021

Cholécystectomies - Informations complémentaires 1/2

- Établissements atypiques hauts > +3 DS (0,2% de risque d'erreur statistique)

	2021 (nb d'Ets évalués = 669)	2022 (nb d'Ets évalués = 670)
NB d'Ets > +3 DS (% des Ets évalués)	5 (0,7%)	4 (0,6%)*
Taux de réhospitalisations à J3	6,9%	11,1%
Part (en %) des réhospitalisations détectées pour cette intervention	4%	1,8%

*Clé de lecture : 4 établissements sont atypiques hauts en 2022 (résultat moins bon que prévu). Ils représentent 0,6% des 670 établissements évalués. Le taux de réhospitalisations à J3 dans ces établissements est de 11,1% et ils concentrent 1,8% des réhospitalisations détectées dans tous les établissements évalués pour les interventions concernées.

- Établissements atypiques entre +2 DS et +3 DS (5% de risque d'erreur statistique)

	2021 (nb d'Ets évalués = 669)	2022 (nb d'Ets évalués = 670)
NB d'Ets entre +2 DS et +3 DS (% des Ets évalués)	47 (7,03%)	62 (9,2%)
Taux de réhospitalisations à J3	3,8%	4,1%
Part (en %) des réhospitalisations détectées pour cette intervention	23,7%	27,3%

Cholécystectomies – Informations complémentaires 2/2

- Au niveau national

	2021	2022
Nombre de séjours cibles	50 950	50 038*
Taux de réhospitalisations à 3 jours au national	1,04%	1,09%
Taux de réhospitalisations à 30 jours au national	4,43%	4,47%

*Clé de lecture : 50 038 séjours cibles de cholécystectomies en ambulatoire ont été analysés en 2022. Le taux brut de réhospitalisations à 3 jours était de 1,09%, et à 30 jours de 4,47%.

- Au niveau des établissements de santé

	2021	2022
Nombre d'Ets ayant au moins 1 séjour cible	734	739**
% d'Ets avec au moins 1 réhospitalisation à 3 jours	41,8%	45,5%

**Clé de lecture : 739 établissements ont au moins 1 séjour cible de cholécystectomie en ambulatoire en 2022. Parmi eux, 45,5% ont au moins 1 réhospitalisation à 3 jours détectée.



Intervention pour lithiase urinaire (Racine de GHM 11C11)

Réhospitalisations entre 1 et 3 jours après interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires

Résultats nationaux - données 2022

3 établissements de santé présentent des résultats moins bons que prévus*

0.6 % des établissements de santé évalués



534 établissements de santé évalués

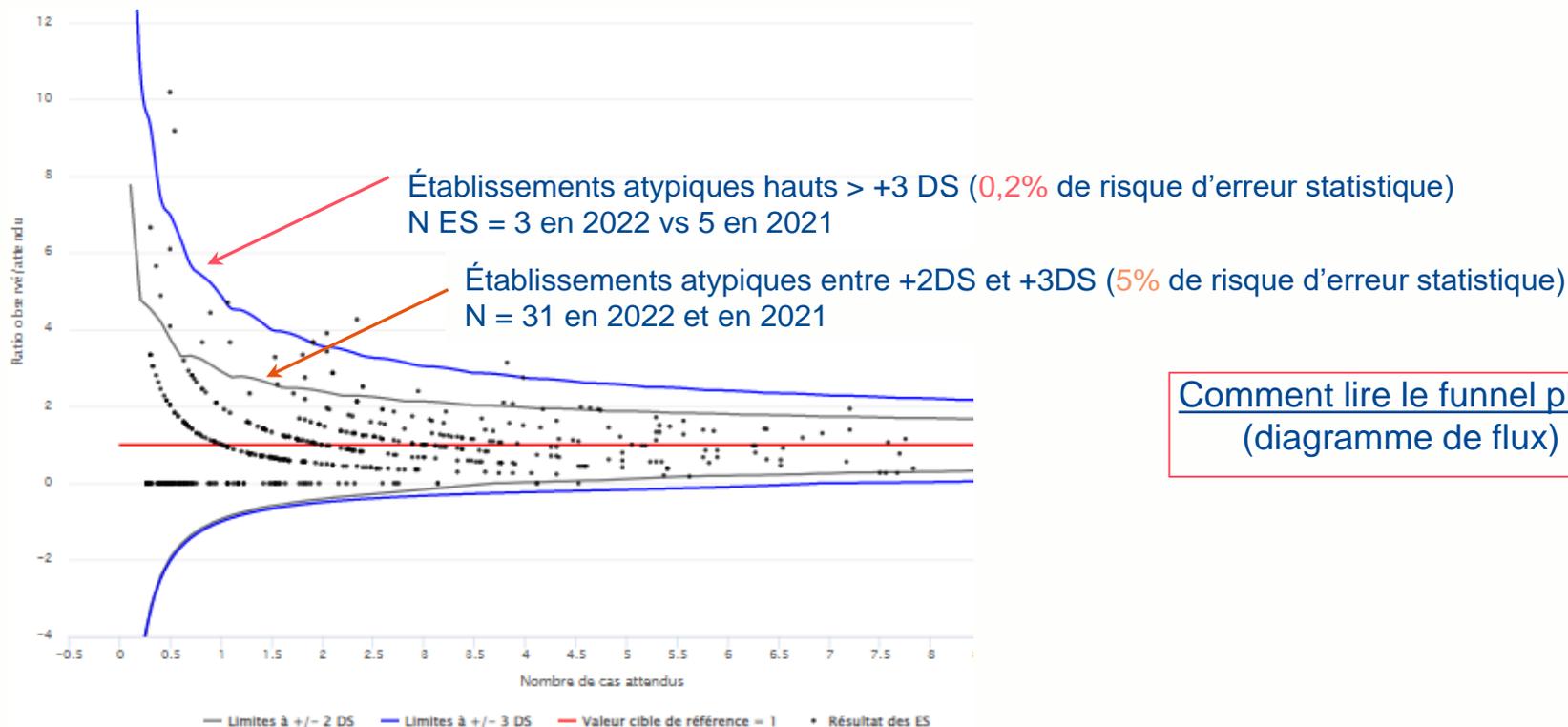


55 760 séjours cibles

* avec un risque d'erreur statistique à 0.2%

Pour en savoir plus : [Page dédiée sur le site internet de la HAS](#)

Interventions pour lithiases urinaires – Funnel plot national



Comment lire le funnel plot
(diagramme de flux)



534 établissements de santé évalués en 2023 – Données 2022 vs 523 – Données 2021

Interventions pour lithiases urinaires – Informations complémentaires 1/2

- Établissements atypiques hauts > +3 DS (0,2% de risque d'erreur statistique)

	2021 (nb d'Ets évalués = 523)	2022 (nb d'Ets évalués = 534)
NB d'Ets > +3 DS (% des Ets évalués)	5 (1,0%)	3 (0,6%)*
Taux de réhospitalisations à J3	6,7%	8,0%
Part (en %) des réhospitalisations détectées pour cette intervention	5%	2,9%

*Clé de lecture : 3 établissements sont atypiques hauts en 2022 (résultat moins bon que prévu). Ils représentent 0,6% des 534 établissements évalués. Le taux de réhospitalisations à J3 dans ces établissements est de 8% et ils concentrent 2,9% des réhospitalisations détectées dans tous les établissements évalués pour les interventions concernées.

- Établissements atypiques entre +2 DS et +3DS (5% de risque d'erreur statistique)

	2021 (nb d'Ets évalués = 523)	2022 (nb d'Ets évalués = 534)
NB d'Ets entre +2 DS et +3 DS (% des Ets évalués)	31 (5,9%)	31 (5,8%)
Taux de réhospitalisations à J3	6,2%	6,5%
Part (en %) des réhospitalisations détectées pour cette intervention	13,4%	11,5%

Interventions pour lithiases urinaires – Informations complémentaires 2/2

- Au niveau national

	2021	2022
Nombre de séjours cibles	51 496	55 760*
Taux de réhospitalisations à 3 jours au national	2,33%	2,28%
Taux de réhospitalisations à 30 jours au national	23,36%	22,98%

*Clé de lecture : 55 760 séjours cibles d'interventions en ambulatoire pour lithiase urinaire ont été analysés en 2022. Le taux brut de réhospitalisations à 3 jours était de 2,28%, et à 30 jours de 22,98%.

- Au niveau des établissements de santé

	2021	2022
Nombre d'Ets ayant au moins 1 séjour cible	612	610**
% d'Ets avec au moins 1 réhospitalisation à 3 jours	64,05%	65,0%

**Clé de lecture : 610 établissements ont au moins 1 séjour cible d'intervention en ambulatoire pour lithiase urinaire en 2022. Parmi eux, 65% ont au moins 1 réhospitalisation à 3 jours détectée.



Interventions pour affections non lithiasiques (Racine de GHM 11C13)

Réhospitalisations entre 1 et 3 jours après interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour affections non lithiasiques

Résultats nationaux - données 2022

5 établissements de santé présentent des résultats moins bons que prévus*

1 % des établissements de santé évalués



509 établissements de santé évalués

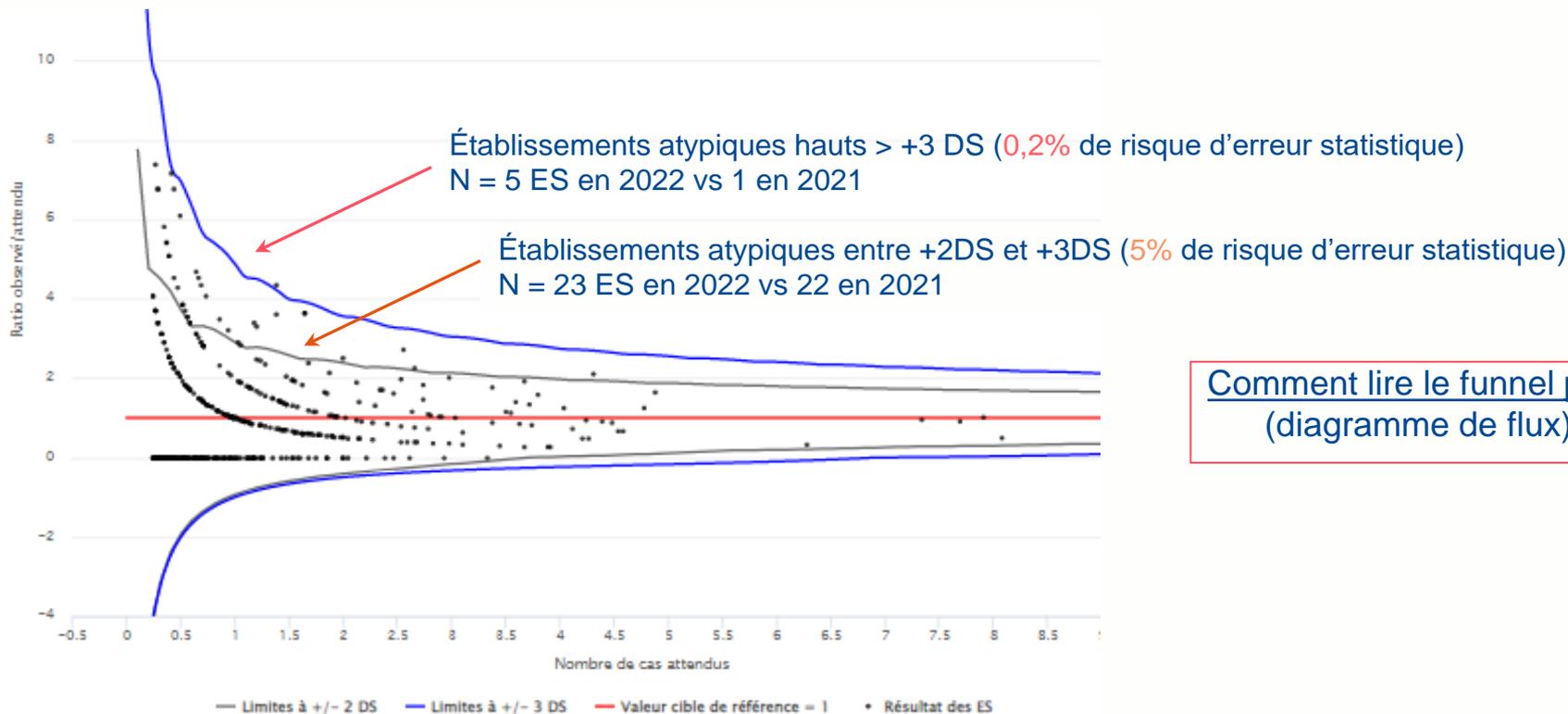


30 481 séjours cibles

* avec un risque d'erreur statistique à 0.2%

Pour en savoir plus : [Page dédiée sur le site internet de la HAS](#)

Interventions pour affections non lithiasiques – Funnel plot national



Comment lire le funnel plot
(diagramme de flux)



509 établissements de santé évalués en 2023 – Données 2022vs 498 – Données 2021

Interventions pour affections non lithiasiques - Informations complémentaires 1/2

- Établissements atypiques hauts > +3 DS (0,2% de risque d'erreur statistique)

	2021 (nb d'Ets évalués = 498)	2022 (nb d'Ets évalués = 509)
NB d'Ets > +3 DS (% des Ets évalués)	1 (0,2%)	5 (1%)*
Taux de réhospitalisations à J3	16,7%	11,3%
Part (en %) des réhospitalisations détectées pour cette intervention	0,4%	4,2%

*Clé de lecture : 5 établissements sont atypiques hauts en 2022 (résultat moins bon que prévu). Ils représentent 1% des 509 établissements évalués. Le taux de réhospitalisations à J3 dans ces établissements est de 11,3% et ils concentrent 4,2% des réhospitalisations détectées dans tous les établissements évalués pour les interventions concernées.

- Établissements atypiques entre +2 DS et +3 DS (5% de risque d'erreur statistique)

	2021 (nb d'Ets évalués = 498)	2022 (nb d'Ets évalués = 509)
NB d'Ets entre +2 DS et +3 DS (% des Ets évalués)	22 (4,42%)	23 (4,5%)
Taux de réhospitalisations à J3	7,7%	6,9%
Part (en %) des réhospitalisations détectées pour cette intervention	11,6%	11,2%

Interventions pour affections non lithiasiques - Informations complémentaires 2/2

- Au niveau national

	2021	2022
Nombre de séjours cibles	29 077	30 481*
Taux de réhospitalisations à 3 jours au national	2,38%	2,23%
Taux de réhospitalisations à 30 jours au national	17,6%	17,59%

**Clé de lecture : 30 481 séjours cibles d'interventions en ambulatoire pour affections non lithiasiques ont été analysés en 2022. Le taux brut de réhospitalisations à 3 jours était de 2,23%, et à 30 jours de 17,59%.*

- Au niveau des établissements de santé

	2021	2022
Nombre d'Ets ayant au moins 1 séjour cible	643	656**
% d'Ets avec au moins 1 réhospitalisation à 3 jours	48%	46,0%

***Clé de lecture : 656 établissements ont au moins 1 séjour cible d'intervention en ambulatoire pour affection non lithiasique en 2022. Parmi eux, 46% ont au moins 1 réhospitalisation à 3 jours détectée.*



Prostatectomies transurétrales (Racine de GHM 12C04)

Réhospitalisations entre 1 et 3 jours après prostatectomies transurétrales

Résultats nationaux - données 2022

2 établissements de santé présentent des résultats moins bons que prévus*

2.4 % des établissements de santé évalués



85

établissements de santé évalués



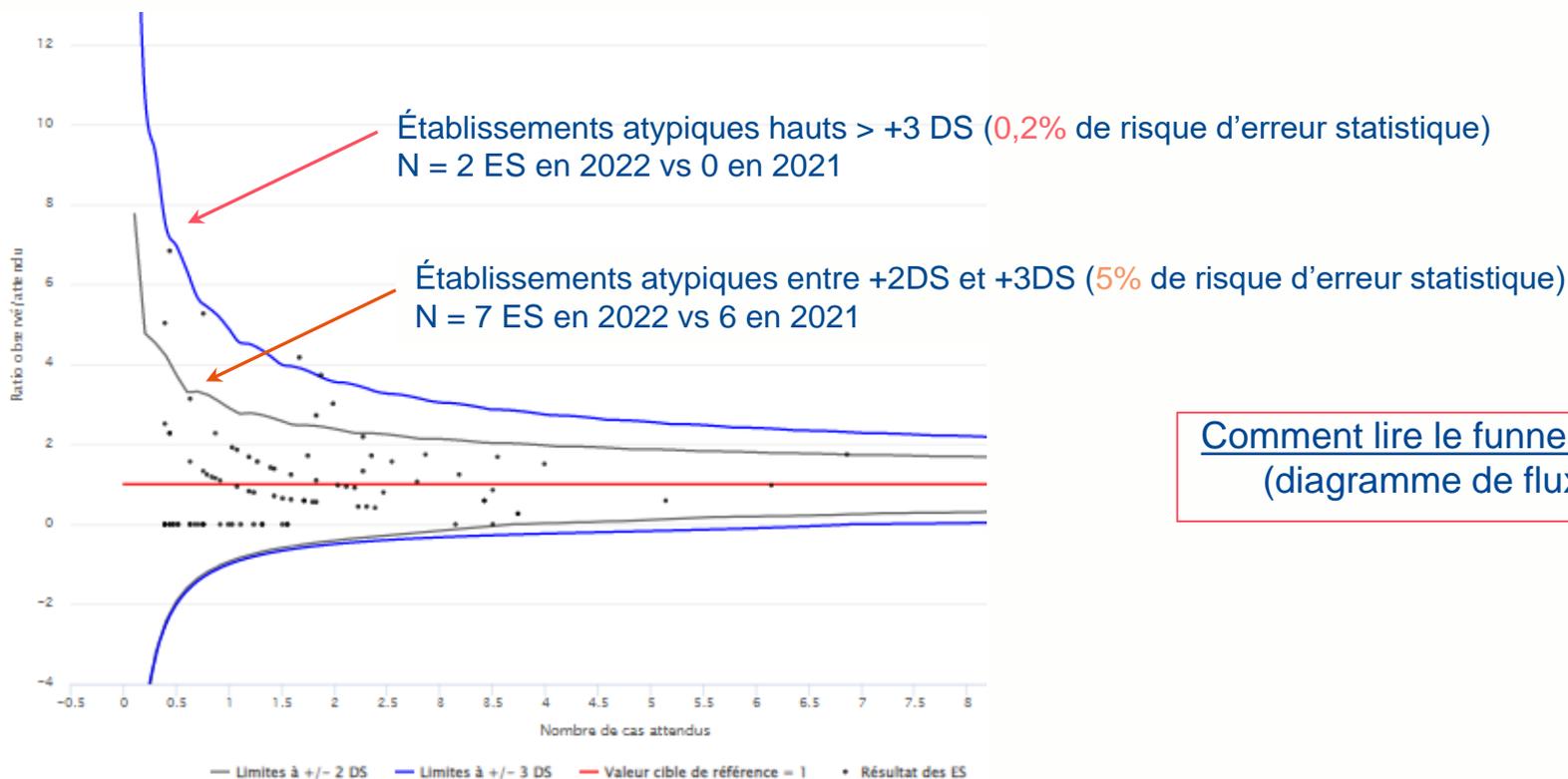
3 802

séjours cibles

* avec un risque d'erreur statistique à 0.2%

Pour en savoir plus : [Page dédiée sur le site internet de la HAS](#)

Prostatectomies transurétrales - Funnel plot national



Comment lire le funnel plot
(diagramme de flux)



85 établissements de santé évalués en 2023 – Données 2022 vs 84 – Données 2021

Prostatectomies transurétrales - Informations complémentaires 1/2

- Établissements atypiques hauts > +3 DS (0,2% de risque d'erreur statistique)

	2021 (nb d'Ets évalués = 84)	2022 (nb d'Ets évalués = 85)
NB d'Ets > +3 DS (% des Ets évalués)	0 (0%)	2 (2,35%)*
Taux de réhospitalisations à J3	0%	23,4%
Part (en %) des réhospitalisations détectées pour cette intervention	0%	13,7%

*Clé de lecture : 2 établissements sont atypiques hauts en 2022 (résultat moins bon que prévu). Ils représentent 2,35% des 85 établissements évalués. Le taux de réhospitalisations à J3 dans ces établissements est de 23,4% et ils concentrent 13,7% des réhospitalisations détectées dans tous les établissements évalués pour les interventions concernées.

- Établissements atypiques entre +2 DS et +3 DS (5% de risque d'erreur statistique)

	2021 (nb d'Ets évalués = 84)	2022 (nb d'Ets évalués = 85)
NB d'Ets entre +2 DS et +3 DS (% des Ets évalués)	6 (7,14%)	7 (8,24%)
Taux de réhospitalisations à J3	13,2%	12,%
Part (en %) des réhospitalisations détectées pour cette intervention	19%	21,4%

Prostatectomies transurétrales - Informations complémentaires 2/2

- Au niveau national

	2021	2022
Nombre de séjours cibles	3 609	3 802*
Taux de réhospitalisations à 3 jours au national	3,85 %	3,66 %
Taux de réhospitalisations à 30 jours au national	11,19%	10,29%

*Clé de lecture : 3 802 séjours cibles de prostatectomies transurétrales en ambulatoire ont été analysés en 2022. Le taux brut de réhospitalisations à 3 jours était de 3,66%, et à 30 jours de 10,29%.

- Au niveau des établissements de santé

	2021	2022
Nombre d'Ets ayant au moins 1 séjour cible	219	223**
% d'Ets avec au moins 1 réhospitalisation à 3 jours	22,37%	22,8%

**Clé de lecture : 223 établissements ont au moins 1 séjour cible de prostatectomie transurétrale en ambulatoire en 2022. Parmi eux, 22,8% ont au moins 1 réhospitalisation à 3 jours détectée.

.....
0

5

Conclusions & Perspectives

Des résultats d'IQSS qui interpellent

Ces constats nécessitent que les professionnels de santé analysent les causes de survenue des réhospitalisations à 3 jours concernant les 6 prises en charge ciblées.

- Parmi les causes à analyser figurent les pratiques cliniques et organisationnelles potentiellement en lien avec les réhospitalisations précoces : autorisation de sortie, lettre de liaison à la sortie, contact J+1J+3.
- Les réhospitalisations détectées dans les établissements ayant des résultats moins bons que prévus sont liées à des **défauts de qualité des pratiques**.
- Pour aider les établissements à se saisir de ces résultats, la HAS met à disposition un **logiciel*** produit par l'ATIH, qui permet d'identifier les dossiers concernés par les réhospitalisations et conduire leur analyse des causes.

* *Logiciel ALICE (Affichage Local des Informations de Correspondance des Etablissements)*

Au-delà des 6 IQSS, des informations pour le pilotage interne

Sur les autres prises en charge, mise à disposition de :

- La liste des interventions pour lesquelles le taux observé de réhospitalisations est supérieur au taux national.
 - Le taux de chirurgie ambulatoire dans leur établissement et au national, à 3 jours et à 30 jours.
- Ces informations permettent d'identifier :
- des établissements sans aucune réhospitalisation dans les 3 jours (83 en 2021 et 48 en 2022)
 - des établissements ayant un taux de réhospitalisations à 3 jours inférieur au taux national sur au moins une racine de GHM (en dehors des 6 IQSS) (13 établissements en 2021 et 40 en 2022).
 - des établissements ayant un taux de réhospitalisations à 3 jours supérieur au taux national sur au moins une racine de GHM (en dehors des 6 IQSS) (258 établissements en 2021 et 273 en 2022).

Les prochaines étapes

- En 2023 :
 - Les résultats des 6 IQSS ont été restitués pour la 2^{ème} fois aux établissements de santé.
 - Ils sont pour la 1ère fois, diffusés publiquement par établissement, notamment via le site [QualiScope](#).
 - Ils sont également utilisés dans la certification des établissements
- En 2024 : Il est attendu que les établissements se mobilisent pour utiliser ces résultats et informations complémentaires, en utilisant l'outil qui leur est mis à disposition.
- En 2025, et afin de suivre l'évolution des pratiques, les prochaines mesures sont prévues sur les données PMSI 2024. L'évolution 2023-2024 sera calculée.



ANNEXES

Annexe 1.A Séjours de chirurgie ambulatoire évalués

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 :

Critères d'inclusion du séjour de chirurgie ambulatoire :

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

Critères d'exclusion du séjour de chirurgie ambulatoire :

- 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 (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).

Pour chacune des 6 interventions ciblées, sélection des séjours cibles de la racine de GHM correspondante.

Annexe 1.A Séjours de réhospitalisations mesurés

Critères d'inclusion du séjour de réhospitalisation :

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.

Critères d'exclusion du séjour de réhospitalisation :

- 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
- Séjours groupant dans les racines de GHM 26M02 ou 26C02 en lien avec des traumatismes multiples graves

➤ Pour en savoir plus, Cf. [Fiche descriptives 2023](#)

Annexe 1.B Limites de la mesure des réhospitalisations à partir du PMSI

- Le caractère **non programmé** de la réhospitalisation **n'est pas identifiable** dans le PMSI, et il n'est **pas pertinent de sélectionner uniquement les réadmissions par les urgences**, ces patients pouvant revenir directement dans l'UCA qui les a pris en charge.
- Cette mesure ne préjuge pas du **caractère justifié ou pas de la réhospitalisation**. Seule l'analyse par retour au dossier permet de la caractériser en **non programmée, liée au séjour index, liée à une complication médicale et/ou évitable** pour pouvoir le cas échéant cibler des actions d'amélioration.
- Les **réhospitalisations le jour même** de la sortie ne peuvent pas être identifiées dans le PMSI, car cette situation n'entraîne pas la création d'un nouveau séjour.
- Les **patients qui décèdent chez eux entre la sortie et le 3^{ème} jour, qui ont recours aux urgences sans être réhospitalisés ou qui ont recours à des consultations non programmées** ne sont pas pris en compte dans cet indicateur.

Annexe 2. Réhospitalisations à 3 jours et à 30 jours après chirurgie ambulatoire au niveau national

Mesure	Année des données	Nombre total de séjours cibles de CA	Nombre total (%) de réhospitalisations	Nombre total d'ES (ayant au moins 10 séjours cibles de CA)	% de réhospitalisations dans l'ES où le patient a été opéré	Nombre (%) d'ES ayant au moins 1 réhospitalisation
Réhospitalisations à 3 jours après chirurgie ambulatoire	2022	3 895 263	18 893 (0.49%)	954	62.3%	906 (92.26%)
	2021	3 715 807	17805 (0.48%)	947	63,34%	894 (91.22%)
Réhospitalisations à 30 jours après chirurgie ambulatoire	2022	3 609 766	430 853 (11.94%)	954	84.35%	946 (96.43%)
	2021	3 443 770	408 422 (10.86%)	946	84.13%	940 (96.01%)

Taux de réhospitalisations à 3 jours : il est de l'ordre de 0,5%, en légère augmentation (0,48% en 2021 et 0,49% en 2022). Une grande variabilité de ce taux entre les établissements de santé est observée.

Taux de réhospitalisations 30 jours : il est de l'ordre de 12%, en légère augmentation (10,86 % en 2021 et 11,94% en 2022).

Annexe 3. Répartition des établissements évalués selon les 6 IQSS ciblés

Les établissements ont été évalués sur au moins :	N ES 2021	% d'ES 2021	N ES 2022	% d'ES 2022
• 1 IQSS	106	13.93%	99**	12,91%
• 2 IQSS	126	16.56%	117	15,25%
• 3 IQSS	142	18.66%	152	19,82%
• 4 IQSS	204	26.81%	206	26,86%
• 5 IQSS	144	18.92%	153	19,95%
• 6 IQSS	39	5.12%	40	5,22%
➤ Total	747	100%	767*	100%

Clé de lecture pour 2022 :

*767 / 954 établissements de santé ayant au moins 10 séjours cibles de chirurgie ambulatoire ont des résultats sur au moins 1 des 6 IQSS ciblés.

**99 établissements soit 12,91% ont été évalués sur 1 des 6 IQSS et 40 établissements de santé soit 5,22% ont été évalué sur les 6 IQSS.

Annexe 4. Résultats nationaux des 6 IQSS (Données 2021)

Réhospitalisations entre 1 et 3 jours après :	N de séjours cibles de CA	N de réhospitalisations à J3 (taux en %; min-max)	% de réhospitalisations dans le même ES	N ES évalués	N ES atypiques hauts > +3DS (% des évalués)	N ES atypiques bas < -3DS
✓ interventions sur les amygdales 03C27	19791	191 (0.97%; 0-100)	65%	320	5 (1.56%)	0
✓ hémorroïdectomies 06C19	23245	315 (1.36%; 0-100)	86%	460	5 (1.09%)	0
✓ cholécystectomies en ambulatoire 07C14	50 950	531 (1.04%; 0-33.33)	83%	669	5 (0.75%)	0
✓ interventions pour lithiases urinaires 11C11	51496	1198 (2.33%; 0-100)	82,5%	523	5 (0.96%)	0
✓ interventions pour affections non lithiasiques 11C13	29 077	692 (2.38%; 0-50)	71,5%	498	1 (0.2%)	0
✓ prostatectomies transurétrales 12C04	3 609	139 (3.85%; 0-100)	78,4%	84	0 (0%)	0

Au total pour les 6 IQSS :

- 21 établissements ont des résultats moins bons que prévus (atypiques hauts >+ 3 DS) en 2021 ciblés
- Grande variabilité du taux de réhospitalisations à 3 jours (0-100%).

CA : chirurgie ambulatoire; N : Nombre; ES : Établissement de santé ; ES évalués : établissements de santé ayant au moins 10 séjours cibles dans la racine e GHM ; DS : déviation standard; ES atypiques hauts à 3 DS : ES ayant un résultat moins bon qu'attendu (nombre observé de réhospitalisations significativement supérieur au nombre attendu) avec un risque d'erreur de 0,2%; ES atypiques entre +2DS et +3DS : ES ayant un nombre observé de réhospitalisations significativement supérieur au nombre attendu avec un risque d'erreur de 5%. ES atypiques bas à 3 DS : ES ayant un nombre observé de réhospitalisations significativement inférieur au nombre attendu avec un risque d'erreur de 0,2%

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

Pour en savoir plus

Consulter les pages du site internet de la HAS dédiées à la mesure :

- des indicateurs de **réhospitalisations** entre 1 et 3 jours après chirurgie ambulatoire.
- des indicateurs de **processus** de chirurgie ambulatoire
- de la **satisfaction et expérience** du patient hospitalisé pour une chirurgie ambulatoire

Contact : contact.igss@has-sante.fr

Retrouvez
tous nos travaux sur

www.has-sante.fr

