

FICHE

Six indicateurs mesurant les réhospitalisations entre 1 et 3 jours après chirurgie ambulatoire

3 novembre 2025

Six indicateurs de résultats ciblés 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 ciblées (assimilées aux racines de GHM) réalisées en ambulatoire 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 partielles – résections prostatiques transurétrales (12C04).

Ces mesures s'inscrivent dans la politique nationale des indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS) en établissements de santé.

Depuis 2022, la HAS restitue aux établissements de santé les résultats de ces 6 indicateurs. Les 6 racines de GHM concernées ont un 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 indicateurs s'intègre dans une démarche qualité - gestion des risques au sein des établissements de santé concernés.

Au-delà de ces indicateurs dont les résultats sont diffusés publiquement, près de 200 autres interventions sont suivies au titre d'indicateurs de vigilance.

Pourquoi des indicateurs de réhospitalisation ?

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 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 chaque prise en charge (assimilées dans le PMSI aux racines de GHM).

- 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.

La HAS produit ainsi, 6 indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS) (Cf. [Fiches descriptives 2025](#)) et surveille les 200 autres racines de GHM en tant qu'indicateurs de vigilance.

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).

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

² Virage 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 indicateurs sont des « Ratio du nombre observé sur attendu de réhospitalisations entre 1 et 3 jours » calculés pour chacune des racines de GHM. Ils sont restitués aux établissements de santé dans la plateforme sécurisée QualHAS, accompagnés d'informations complémentaires.

- ➔ Les résultats nationaux des 6 IQSS 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 %), ainsi qu'une évolution des résultats sur 2 années consécutives. (Cf. [Guide de lecture du funnel plot](#)).
- ➔ Pour aller plus loin, il est rendu à chaque établissement :
 - Pour les 6 IQSS, comme pour chaque autre racine de GHM qui présente un ratio supérieur à la limite à +3 DS :
 - Nombre de séjours de patients ayant eu une chirurgie en ambulatoire (population cible),
 - Nombre observé de réhospitalisations dans le même établissement.
 - Taux de réhospitalisations à 30 jours dans l'établissement et au national.
 - Le taux de réhospitalisations à 3 jours et 30 jours sur l'ensemble des séjours de chirurgie ambulatoire, toutes racines de GHM confondues.

Que faire de ces résultats ?

Dresser un constat

Chaque indicateur permet ainsi aux établissements de santé 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.

Comprendre les pratiques

Toute réhospitalisation à 3 jours doit bénéficier d'une analyse par retour aux dossiers.

Cette analyse est indispensable au sein des établissements de santé qui ont un résultat moins bon qu'attendu (défini par atypique haut) : cela signifie que le nombre observé d'évènements est significativement supérieur à l'attendu (avec un risque d'erreur de 0,2 %). Cela constitue une alerte, qui nécessite une investigation par retour aux dossiers³.

Ce retour au dossier permet la vérification de la qualité du codage, et en cas de codage correct d'identifier les causes des réhospitalisations qui sont non programmées et parmi elles, celles qui sont potentiellement évitables. Cette analyse permet 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

³ Le retour aux dossiers ne peut se faire que pour les réhospitalisations ayant eu lieu dans l'établissement où l'intervention a été réalisée

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.

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 2025](#) qui détaillent les 6 indicateurs,
- le guide de lecture du funnel plot,
- et pour analyser les dossiers avec évènement : Le [logiciel d'identification des séjours avec évènement à analyser, permettant l'affichage local des informations de correspondance des établissements \(ALICE\)](#), et son manuel d'utilisation sont accessibles dans l'[espace de téléchargement](#) de l'ATIH.

Valoriser l'analyse de ces résultats

Toute utilisation de ces indicateurs à des fins d'amélioration des pratiques est à valoriser, notamment dans la certification pour la qualité des soins.

Depuis 2023, les résultats des 6 IQSS sont diffusés publiquement par établissement sur QualiScope, et par l'Open data sur le site data.gouv. Les autres utilisations externes sont discutées annuellement (cf. [Cadre réglementaire](#) des IQSS de la HAS).

Pour mémoire : 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.

Une de leur limite est liée à la qualité du codage dans le PMSI des séjours cibles (inclusions et exclusions, absence d'erreur et chainage correct) et des événements recherchés (réhospitalisations entre 1 et 3 jours). Il n'est pas possible de détecter directement dans le PMSI les séjours de chirurgie ambulatoire non programmés ou les réhospitalisations liées à la qualité des prises en charge. Un proxy est utilisé pour exclure les interventions réalisées en urgence et seul le retour aux dossiers permet d'identifier parmi les réhospitalisations, celles qui sont liées à un défaut de qualité des pratiques. C'est ce qui justifie d'alerter l'établissement de santé sur un résultat moins bon que prévu par l'observation d'un nombre de réhospitalisations significativement supérieur à l'attendu avec un risque d'erreur statistique de seulement 0,2 %.

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

Pour en savoir plus :

- **Mesure des 6 indicateurs de réhospitalisations entre 1 et 3 jours après chirurgie ambulatoire**
- **Indicateurs HAS de vigilance pour l'amélioration des pratiques**