

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 partielle transurétrale, en ambulatoire »	
Définition	Mesure des réhospitalisations entre 1 et 3 jours après une prostatectomie partielle 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 partielle 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 1^{er} 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 (partielles) transurétrales » • Durée de séjour à 0 jour • Mode d'entrée domicile hors urgences • 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) • Provenance = passage dans une structure des urgences 5 ou U ou V OU 1^{er} RUM UHCD pédiatriques ou générales ou réanimation ou soins intensifs ou soins continus – type de séjour 01 A et B, 02 A et B, 3 A et B, 05, 06, 07 A et B, 13 A et B, 14 A et B, 18 • 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 1^{ère} 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 1^{ère} 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 • Depuis 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 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 - 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.
Historique	L'indicateur a été validé en 2022 pour toute utilisation. Il est restitué aux établissements de santé au niveau des sites géographiques. La 1^e 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^e 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). - L'algorithme a été actualisé en 2023 pour prendre en compte l'exclusion de toutes les admissions réalisées dans le cadre de l'urgence des séjours de chirurgie ambulatoire et l'exclusion des réhospitalisations pour traumatismes multiples graves. - Cette actualisation n'empêche pas l'interprétation des résultats d'une année sur l'autre à chaque campagne La 3^e restitution de cet indicateur a eu lieu fin 2025 à partir des données du PMSI MCO 2024, avec une évolution 2023-2024. Il est en diffusion publique.

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](#).
- la page dédiée aux [indicateurs HAS de vigilance pour l'amélioration des pratiques](#).

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