



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT D'ÉTAPE

**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

Validé par le Collège le 30 juin 2022

Descriptif de la publication

Titre	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
Méthode de travail	A partir de l'analyse par les établissements de santé des dossiers correspondant aux séjours détectés dans le PMSI avec une réhospitalisation entre 1 et 3 jours après chirurgie ambulatoire les prises en charge ayant un potentiel d'amélioration sont identifiées.
Type d'indicateur	Indicateur de qualité et sécurité des soins (IQSS) de type résultats mesuré à partir du PMSI (programme de médicalisation du système d'information).
Objectif(s)	A partir d'un retour aux dossier de réhospitalisations fait par les établissement de santé : <ul style="list-style-type: none">— Identifier les prises en charge avec un potentiel d'amélioration qui pourraient être ensuite ciblées comme indicateurs nationaux— Analyser les pratiques cliniques et le lien de la réhospitalisation avec la qualité de la prise en charge
Cibles concernées	Sont concernés par tout indicateur envisagé, en établissements de santé : <ul style="list-style-type: none">— 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.— 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).
Demandeur	Auto-saisine HAS.
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Dr Linda Banaei-Bouchareb, chef de projet, Service Evaluation et Outils pour la qualité et la sécurité des soins de la HAS , Dr Laetitia May-Michelangeli chef de service. Secrétariat : Mr Aygul Bora
Recherche documentaire	Emmanuelle Blondet, documentaliste ; Maud Lefèvre, aide documentaliste
Auteurs	Linda BANAEI-BOUCHAREB, Caroline PRUNET, Sandrine MORIN
Conflits d'intérêts	Aucun
Validation	Version du 30 juin 2022
Actualisation	
Autres formats	

Sommaire

1. Contexte	4
2. Méthode	6
2.1. Méthode du retour aux dossiers	6
2.2. Méthode d'identification des prises en charge avec potentiel d'amélioration	7
3. Résultats	8
3.1. Etablissements de santé ayant participé au retour aux dossiers	8
3.2. Analyse de la population cible de chirurgie ambulatoire	8
3.3. Analyse des réhospitalisations	9
3.4. Identification des racines de GHM avec un potentiel d'amélioration	12
3.5. Pistes d'amélioration identifiées lors du retour aux dossiers	15
4. Conclusions et perspectives	17
Annexes	19
Références bibliographiques	31
Abréviations et acronymes	32

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – juin 2022

1. Contexte

Les réhospitalisations précoces après une chirurgie programmée qui a été réalisée 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% en 2022¹ (voire 80% selon les récentes préconisations du haut conseil de santé publique, HCSP 2021²).

La HAS a validé des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) qui évaluent le parcours du patient dans une approche intégrée (processus et résultats mesurés par le patient), afin d'accompagner le déploiement sécurisé de la chirurgie ambulatoire.

La mesure des réhospitalisations est un enjeu notamment sur la période entre 1 et 3 jours après la chirurgie, durée spécifique à la chirurgie ambulatoire. Elle permet de surveiller ce qui se passe immédiatement en sortie afin de vérifier que le gain en durée de séjour par rapport à l'hospitalisation conventionnelle ne se fasse pas au dépend de la sécurité du patient. A visée d'amélioration, ce sont les réhospitalisations non programmées liées à une complication post-chirurgicale qui doivent être ciblées. Les réhospitalisations non programmées concernent principalement des complications médicales communes à toute chirurgie comme la douleur, hémorragie-hématome, nausées, vomissements et/ou céphalées, infection, rétention urinaire. Ces complications précoces liées à un défaut de qualité peuvent être réduites par la mise en place d'actions d'amélioration. Actuellement, les réhospitalisations non programmées et les complications ne sont pas directement identifiables à partir de bases médico-administratives.

Tentative d'avoir un indicateur global

En 2016, un algorithme pour détecter les réhospitalisations entre 1 et 3 jours après chirurgie ambulatoire à partir des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) a été développé par la HAS, en accord avec la méthode HAS de « développement, validation et utilisations des indicateurs de résultats mesurés à partir des bases médico-administratives » ([Rapport HAS, 2019](#)). Cet algorithme concernait toutes les chirurgies ambulatoires et permettait de calculer un ratio global standardisé³ du nombre observé sur attendu de réhospitalisations entre 1 et 3 jours dans la population cible.

La validation de cet algorithme nécessitait un retour aux dossiers de réhospitalisation entre 1 et 3 jours afin d'évaluer la proportion des réhospitalisations non programmées, et celles liées à une complication médicale potentiellement évitable. Un 1^{er} retour aux dossiers a été réalisé en 2016⁴ (cf. Rapport et Synthèse. [HAS, 2017](#)). Il concernait les réhospitalisations toutes causes et toutes racines de GHM confondues.

L'analyse de ce retour aux dossiers a permis de :

- valider la performance de l'algorithme avec une valeur prédictive positive (VPP) de 93%, ce qui signifie que sur 100 séjours de réhospitalisations détectés dans le PMSI, 93 sont confirmés dans

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

³ La standardisation indirecte est utilisée pour calculer le nombre attendu de cas dans l'établissement par racine de GHM, en appliquant au nombre observé de cas par GHM, le taux national observé correspondant. Ceci permet pour chaque établissement de comparer son nombre observé au nombre attendu de réhospitalisations par racine de GHM en prenant en compte la diversité de son activité, ainsi que le niveau de sévérité.

⁴ 44 établissements de santé ont analysé 385 dossiers correspondant à des séjours de patients réhospitalisés entre 1 et 3 jours après chirurgie ambulatoire.

les dossiers des patients comme étant ce que l'on voulait mesurer, soit une réhospitalisation entre 1 et 3 jours après l'intervention;

- valider que les réhospitalisations à ce court délai sont majoritairement non programmées et liées à des complications génériques.

Néanmoins l'analyse des résultats produits par l'algorithme à partir des données du PMSI MCO 2017 montre que l'algorithme envisagé pour calculer un « ratio global standardisé⁵ du nombre observé sur attendu de réhospitalisations entre 1 et 3 jours dans la population cible » n'est pas discriminant : pour un établissement donné, les résultats des différentes racines de GHM peuvent se compenser et l'algorithme rend alors à tort un bon résultat global qui ne rend pas compte de ces différences. Le ratio « global » ne peut pas être utilisé en interne par l'établissement de santé pour l'amélioration des pratiques, et encore moins en externe (diffusion publique ou régulation par la qualité...).

Aller vers des indicateurs spécifiques

Afin que l'indicateur ait du sens pour les professionnels de santé concernés dans les établissements de santé et informe réellement sur la qualité de la prise en charge, il doit être mesuré à un niveau plus fin comme le type de prise en charge. Celle-ci peut être assimilée dans le PMSI à la racine de GHM⁶.

L'algorithme de détection a été utilisé pour chaque racine de GHM : il a permis d'identifier 214 racines de GHM concernées par des réhospitalisations entre 1 et 3 jours à partir des données du PMSI MCO 2017. Cette information a été rendue aux établissements de santé en 2018, à visée d'amélioration des pratiques.

Il n'est pas pertinent de calculer un indicateur pour chaque racine concernée. Il est donc nécessaire de cibler celles qui ont un intérêt : Les travaux de développement ont donc été poursuivis pour identifier parmi toutes les racines concernées par les réhospitalisations, celles, et par conséquent les prises en charge, qui présentent un potentiel d'amélioration qui pourraient être ciblées spécifiquement par des indicateurs.

Pour ce faire, un nouveau retour aux dossiers a été réalisé à partir des données 2018.

Ce rapport présente l'analyse descriptive des informations recueillies par les établissements lors de ce retour aux dossiers et détaille :

- la méthode,
- dans les résultats
 - les établissements de santé ayant participé au retour aux dossiers ;
 - la population cible de chirurgie ambulatoire ;
 - les réhospitalisations toutes causes par racine de GHM : programmées, non programmées, lien avec la qualité ;
 - les racines de GHM avec un potentiel d'amélioration pouvant être ciblées comme indicateurs nationaux.
 - les pistes d'amélioration identifiées.
- les conclusions et perspectives.

⁵ La standardisation indirecte est utilisée pour calculer le nombre attendu de cas dans l'établissement par racine de GHM, en appliquant au nombre observé de cas par GHM, le taux national observé correspondant. Ceci permet pour chaque établissement de comparer son nombre observé au nombre attendu de réhospitalisations par racine de GHM en prenant en compte la diversité de son activité, ainsi que le niveau de sévérité.

⁶ Un groupe homogène de malades (GHM) regroupe les prises en charge de même nature médicale et économique et constitue la catégorie élémentaire de classification en MCO. Chaque séjour aboutit dans un GHM selon un algorithme fondé sur les informations médico-administratives contenues dans le résumé de sortie standardisé (RSS) de chaque patient.

2. Méthode

2.1. Méthode du retour aux dossiers

En conformité avec le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), le retour aux dossiers ne peut se faire que sur les séjours de patients pris en charge par un établissement donné et réhospitalisés dans ce même établissement.

Pour réaliser ce retour aux dossiers, l'algorithme décliné par racine de GHM conçu par la HAS a été utilisé (Cf. Annexe 1). Il a permis, à partir des données nationales du PMSI MCO 2018, de caractériser les établissements qui avaient au moins 1 réhospitalisation toutes causes dans leur établissement, et d'analyser la représentativité de ceux qui ont participé au retour aux dossiers (en termes de catégorie, nombre de séjours cibles de chirurgie ambulatoire et de réhospitalisations dans la période d'étude), ainsi que d'identifier les établissements dont le résultat est moins bon qu'attendu⁷ par type de prise en charge.

Comme pour tout retour aux dossiers réalisé par la HAS, ont été mis à disposition de tous les établissements de santé ayant au moins 1 réhospitalisation chez eux, dans la plateforme sécurisée QualHAS⁸ :

- Une synthèse de leurs résultats (données 2018) :
- Un logiciel de détection des séjours de chirurgie ambulatoire avec réhospitalisation entre 1 et 3 jours après la sortie et son manuel d'utilisation, disponibles dans l'espace de téléchargement (ATIH, 2019). Ce logiciel permet aux établissements de santé d'identifier les séjours de patients réhospitalisés, entre 1 et 3 jours après la sortie, dans l'établissement où a eu lieu la chirurgie ambulatoire.
- Une grille d'analyse des dossiers de patients réhospitalisés entre 1 et 3 jours après une chirurgie ambulatoire (Cf. [Grille d'analyse, HAS 2019](#)). Elle permet aux établissements de santé volontaires d'analyser les dossiers des patients correspondant aux séjours de chirurgie ambulatoire détectés dans leur PMSI avec une réhospitalisation entre 1 et 3 jours et de s'approprier l'outil dans une perspective d'amélioration de la qualité et sécurité des pratiques et de la gestion des risques.

Le recueil des informations à partir des dossiers des patients est effectué sous la supervision du référent du recueil et sous la responsabilité du médecin DIM (ou du service d'information médicale -SIM) de l'établissement. La participation d'un clinicien, chirurgien ou anesthésiste, est requise pour l'analyse des dossiers.

[La grille d'analyse](#) utilisée pour chaque dossier analysé est une grille dynamique composée majoritairement de questions fermées qui ont fait l'objet d'une analyse statistique. Des précisions étaient possibles pour certaines modalités de réponses : elles ont fait l'objet d'une lecture systématique pour identifier les situations rencontrées dans les dossiers. C'est le cas par exemple, des séjours qui ne seraient pas jugés par les établissements comme étant de la chirurgie ambulatoire, ou comme des réhospitalisations ou encore des motifs de réhospitalisations non programmées.

⁷ Les établissements qui ont un résultat moins bon qu'attendu à 3 déviations standards, sont dits atypiques hauts. Ils ont un nombre de réhospitalisations significativement supérieur à l'attendu avec un risque d'erreur statistique de 0,2%.

⁸ La plate-forme QUALHAS recueille des indicateurs de qualité concernant les 4 champs du PMSI (MCO, SSR, HAD et Psy) des établissements de santé (en partenariat avec la HAS). Ce recueil permet de produire des indicateurs qui reflètent l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé.

Cette grille permet d'analyser :

- La population cible de séjours de chirurgie ambulatoire : pour confirmer qu'il s'agit bien d'un séjour de chirurgie réalisée en ambulatoire, et le cas échéant, de renseigner la ou les situations rencontrées dans les dossiers sur une liste fermée⁹ qui est à compléter si besoin, par toute autre situation.
- Les réhospitalisations : pour confirmer qu'il s'agit bien d'une réhospitalisation, et si oui, identifier si elle est programmée ou non programmée. Ce sont les réhospitalisations non programmées qui ensuite sont analysées pour savoir si le motif tracé est « complication liée au séjour index », « contrôle post-opératoire » ou « autre ». Pour celles dont le motif est une complication médicale liée au séjour de chirurgie, une liste fermée⁶ de complications est proposée, qui est à compléter si besoin, par toute autre complication tracée dans les dossiers. Il est également recherché si une analyse des causes de réhospitalisation (CREX, RMM, autre) a été réalisée, si la complication aurait pu être évitée et si une action d'amélioration a été envisagée ou mise en place.
- Les pratiques de sortie qui sont potentiellement en lien avec les réhospitalisations non programmées : qualité de la lettre de liaison et contact entre J1 et J3 (par sms, appel téléphonique, message sur répondeur ou RDV de consultation programmée).

Le retour aux dossiers prévu initialement en 2019, a finalement eu lieu entre le 22 janvier 2020 et le 15 janvier 2021, en raison de la situation sanitaire. Les analyses ont été produites à partir des informations transmises par le logiciel de détection des séjours dans le PMSI des établissements et les données des dossiers renseignés par les établissements participants, exportées de la plateforme sécurisée QualHAS.

2.2. Méthode d'identification des prises en charge avec potentiel d'amélioration

En plus de l'analyse classique du retour aux dossiers, une méthode a été définie par la HAS pour identifier parmi les racines de GHM qui avaient au moins 10 réhospitalisations non programmées, celles qui présentaient un potentiel d'amélioration. Cette méthode utilise pour chaque racine concernée le taux de réhospitalisations non programmées issu du retour aux dossiers et des données nationales issues du PMSI MCO 2018.

Selon la méthode définie par la HAS, une prise en charge (c.à.e. une racine de GHM) avec un potentiel d'amélioration répond aux critères suivants :

- Le taux de réhospitalisations non programmées à partir des dossiers analysés de réhospitalisations après cette prise en charge est > 50%
- Le taux de réhospitalisations après cette prise en charge au niveau du PMSI national est au moins 2 fois supérieur au taux national toutes prises en charge confondues (0,5% en 2018)
- Le taux de réhospitalisations après cette prise en charge qui ont lieu dans le même établissement est au moins égal au taux national de réhospitalisations dans le même établissement toutes prises en charge confondues (66 % en 2018). Les racines de GHM ainsi identifiées ont ensuite été discutées avec les représentants des spécialités concernées pour s'assurer que les prises en charge ciblées soient réalisées uniquement en établissement de santé et confirmer leur intérêt en tant que potentiel d'amélioration.

⁹ Les listes fermées proposées dans cette grille sont issues des cas attendus définis avec le groupe de travail et/ou remontés par les établissements lors du précédent retour aux dossiers.

3. Résultats

3.1. Etablissements de santé ayant participé au retour aux dossiers

Au national, 3 517 146 séjours cibles de chirurgie ambulatoire ont été identifiés dans la base PMSI nationale 2018. 16 838 réhospitalisations ont été détectées par l'algorithme entre 1 et 3 jours après la sortie. Le taux de réhospitalisations toutes racines confondues est de 0.5%. Parmi ces réhospitalisations, 11 143 soit 66% sont détectées dans l'établissement de santé (ES) où a eu lieu la prise en charge initiale.

1 011 ES sont concernés par la chirurgie ambulatoire en 2018. Parmi eux, 947 ont au moins une réhospitalisation détectée, et 899 ES soit 89% ont au moins une réhospitalisation réalisée chez eux. Les établissements ne peuvent analyser que les dossiers des patients réhospitalisés chez eux : Ce sont donc ces 899 établissements qui sont concernés par le retour aux dossiers de patients réhospitalisés chez eux entre 1 et 3 jours après leur intervention en chirurgie ambulatoire.

- 234 ES soit 26% des ES avec au moins une réhospitalisation chez eux ont participé au retour aux dossiers : 19% des CH, 19% des CHR/U, 45% des CLCC, 29% des PSPH/EBNL et 32% des privés.
- 3 270 dossiers de patients réhospitalisés ont été analysés, soit 19,4% des réhospitalisations détectées au national en 2018.

Les tableaux 1A et 1B en annexe 2 présentent le nombre de séjours cibles, de réhospitalisations toutes causes entre 1 et 3 jours après chirurgie ambulatoire, d'ES dont le résultat est significativement moins bon qu'attendu (atypiques hauts >+ 3 DS¹⁰) ainsi que les catégories d'ES au niveau national et dans les ES participants au retour aux dossiers.

Au total, les ES se sont fortement mobilisés pour ce retour aux dossiers :

- 234 ES soit 26% des ES concernés ont participé au retour aux dossiers ; 29,5% sont atypiques hauts sur au moins une racine de GHM ; ils sont représentatifs des différentes catégories concernées par la chirurgie ambulatoire ;
- 3 270 dossiers de patients réhospitalisés, soit 19,4% des réhospitalisations identifiées au niveau national en 2018 ; 147 racines de GHM, soit 80% des racines de GHM avec au moins une réhospitalisation ont été analysées.

3.2. Analyse de la population cible de chirurgie ambulatoire

Pour rappel, les dossiers analysés correspondent aux séjours détectés dans le PMSI comme étant des patients ayant eu une chirurgie ambulatoire et qui ont été réhospitalisés dans l'établissement où ils ont été opérés entre 1 et 3 jours après la sortie.

¹⁰ Les établissements atypiques hauts >+ 3 DS ont un nombre de réhospitalisations significativement supérieur à l'attendu avec un risque d'erreur statistique de 0,2%

3.2.1. Séjours de chirurgie ambulatoire confirmés dans les dossiers

3 270 dossiers de chirurgie ambulatoire ont été analysés : 3 056 soit 93,5% étaient des dossiers de patients qui ont bien eu une chirurgie ambulatoire réalisée dans les 234 ES participants.

3.2.2. Séjours de chirurgie ambulatoire non confirmés dans les dossiers

214 séjours de chirurgie ambulatoire dans le PMSI jugés par les établissements comme n'étant pas de la chirurgie ambulatoire ont été exclus de l'analyse. Parmi eux, aucune information sur le séjour cible n'a été retrouvée dans 7 dossiers.

Les 207 dossiers restants correspondaient à :

- 151 séjours sans acte de chirurgie dans 11 établissements de santé, dont 88% (N=133/151) correspondent à la racine 23Z03 « Interventions de confort et autres interventions non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire ».
- 7 séjours de chirurgie programmée en ambulatoire puis reprogrammée le lendemain quel que soit le motif
- 10 séjours de chirurgie initialement programmée le jour même ou le lendemain de l'admission en hospitalisation complète
- 39 « autre situation ».

Une analyse qualitative des 39 autres situations décrites par les établissements a été réalisée :

- 10 interventions n'auraient pas dû être exclues de l'évaluation car faisant partie du périmètre de la chirurgie ambulatoire : 6 poses de PAC programmées en ambulatoire, 1 exérèse d'un mélanome réalisée sous anesthésie locale, 2 greffes sur ulcère en médecine vasculaire, 1 biopsie cutanée.
- Les 29 séjours qui ne sont effectivement pas de la chirurgie ambulatoire programmée et qui ont été à juste titre exclues par les ES sont : 24 interventions en urgence, 4 soins externes ou hospitalisation de jour, 1 annulation d'intervention.

Les résultats présentés ci-après proviennent de l'analyse de ces 3 056 dossiers de patients qui ont bien eu une chirurgie ambulatoire.

3.3. Analyse des réhospitalisations

3.3.1. Réhospitalisations toutes causes détectées

3.3.1.1. Mode d'entrée de la réhospitalisation

Le mode d'entrée du patient lors de sa réhospitalisation était à 60% par les urgences ou unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), 9,3% directement dans l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA) et 30% « autre » non précisée.

3.3.1.2. Confirmation de la réhospitalisation dans le même établissement

Parmi les 3 056 séjours de chirurgie ambulatoire confirmés, 2 837 dossiers soit 93%, correspondaient effectivement à des patients réhospitalisés dans le même établissement, provenant et étant sortis le jour même vers leur lieu de résidence.

Les 219 séjours qui n'ont pas donné lieu à une réhospitalisation dans le même établissement correspondaient à :

- 86 patients qui, pour leur chirurgie ambulatoire, ne provenaient pas de leur lieu de résidence (N = 68) ou n'étaient pas sortis vers leur lieu de résidence (N = 18). Ces patients ne correspondent pas aux critères d'inclusion de la population cible. Leurs dossiers n'ont pas été analysés dans ce rapport.
- Et 133 patients correspondant aux critères d'inclusion de la population cible dont la situation rencontrée dans les dossiers a été analysée. Ils se répartissent dans 49 ES.

Les 133 patients sans réhospitalisation dans le même établissement correspondent à :

- 26 passages aux urgences sans admission;
- 20 cas sans passage aux urgences (ou UHCD) ni admission en établissement (pas de réhospitalisation), dont une intervention le même jour chez une sœur jumelle non réhospitalisée ;
- 15 séances;
- 72 réponses « Autre ».

Parmi les 2 837 dossiers de réhospitalisations, 2 817 l'ont été dans le délai de 3 jours après la sortie. C'est dans ces derniers qu'une analyse plus approfondie a été réalisée pour caractériser la réhospitalisation en programmée et non programmée.

3.3.2. Réhospitalisations programmées

Sur ces 2 817 dossiers de patients réhospitalisés dans les 3 jours, seulement 813 réhospitalisations - soit 28,4% - étaient programmées.

L'analyse qualitative des cas de réhospitalisations programmées rencontrées dans les dossiers a permis d'optimiser l'algorithme pour mieux cibler les réhospitalisation non programmées (Cf. Chapitre pistes d'amélioration identifiées lors du retour aux dossiers).

3.3.3. Réhospitalisations non programmées

2 004 réhospitalisations soit 70,6% étaient non programmées. Elles sont réparties dans 225 ES. Elles concernent 139 des 147 racines de GHM concernées par la réhospitalisation (94,5%).

Le motif de la réhospitalisation non programmée était tracé dans 1 990 soit 99% des dossiers analysés.

- 1551 soit 78% étaient dues à une complication liée au séjour index ;
- 31 soit 1,6% étaient un contrôle post-opératoire non programmé en l'absence de complication médicale ;
- 406 soit 20% étaient un motif « autre ».

L'analyse qualitative réalisée sur les 406 motifs « autres » montre notamment :

- 70 infections, fièvre et/ou sepsis ;
- 57 douleurs, dont un contexte cancéreux ;
- 23 altérations de l'état général ;
- 13 autres complications : 1 non précisée, 1 sur un autre organe, 1 douleur de la plaie post-opératoire, 1 désunion d'une plaie opératoire, 1 défaut de cicatrisation, 1 reprise chirurgicale, 1 complément d'intervention, 1 geste incomplet, 1 obstruction de la sonde urinaire, 1 saignement

- post-opératoire, 1 syndrome viral post-opératoire, 1 complication liée à la pathologie principale, 1 suture cornée pour incision pas assez étanche, 1 fracture du fémur lors du suivi SSR ;
- 7 anémies ;
- 2 césariennes non programmées, 2 accouchements, 1 curetage sur grossesse arrêtée ;
- 1 hospitalisation programmée, figurant à tort dans les réhospitalisations non programmées ;
- 2 dues à une complication liée au séjour index classée à tort dans motif autre.

Certains des 13 motifs de réhospitalisations non programmées « autres » semblent liés à une complication médicale (exemple, douleur ou désunion de la plaie opératoire, reprise chirurgicale, geste incomplet, saignement post-opératoire, suture cornée pour incision pas assez étanche).

Cela suggère que le taux de réhospitalisations liées à une complication pourrait être supérieur à 78%.

A noter que parmi ces 2 004 séjours, seulement 3 avaient un code de complication en DP (2 K430 « Éventration post-opératoire, avec occlusion sans gangrène », 1 K433 « Hernie péristomiale, avec occlusion sans gangrène »)¹¹.

Le code de complication codé en DP d'une hospitalisation est sous-utilisé pour coder des complications et n'est donc pas un critère fiable pour identifier les réhospitalisations liées au séjour index.

3.3.4. Analyse des réhospitalisations non programmées en lien avec une complication du séjour cible

Une analyse des complications liées au séjour index dans les 1 551 dossiers de réhospitalisations non programmées a été réalisée. Elle permet de constater sur un grand nombre de dossiers que les complications sont génériques de type douleurs (49.5%), hémorragie/hématome (21.8%), nausées vomissements (13%) et rétention urinaire (9%), communes à toute chirurgie. A ce court délai, ces complications sont liées à un défaut de qualité de la prise en charge, dû à des pratiques qui doivent pouvoir s'améliorer (Cf. Annexe 4 Tableau détaillé 2.B).

Parmi les 1 551 complications analysées, 165 soit 10,6% avaient bénéficié d'une analyse des causes réalisée par l'établissement (CREX, RMM ...). Cette analyse conforte les constats obtenus à partir des 1551 dossiers à la fois sur les types de complications et sur leur fréquence, dont la moitié concerne la douleur (Cf. Tableau 2A ci-dessous).

Tableau 2A. Analyse des 165 réhospitalisations non programmées qui ont bénéficié d'une analyse des causes (RMM, CREX...)

Complications rapportées	N dossiers analysés	% dossiers analysés
- douleur	93	56,4
- hémorragie et/ou un hématome	30	18,2
- infection profonde : type hyperthermie, infections de plaies chirurgicales profondes, infections d'organe, infection de cavité/ péritonite...	22	13,3
- infection superficielle : type infections de plaies chirurgicales superficielles, désunion de plaie externe, abcès de paroi...	8	4,8
- nausées, vomissements et/ou céphalées	20	12,1

¹¹ Deux séjours (avec DP K430) sur les 3 ont été jugés lors de l'analyse par les établissements comme une complication médicale liée au séjour index : un a fait l'objet d'une analyse des causes, et jugé évitable faisant ensuite l'objet d'une action d'amélioration.

- rétention urinaire, une dysurie	7	4,2
- déplacement d'implant, décollement de rétine, glaucome...	7	4,2
- œdème	5	3,0
- évènement thrombo-embolique (thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire)	4	2,4
- autre situation	34	20,6
Total	165	100%

Parmi ces 165 séjours, 23 (soit 14%) réhospitalisations sont considérées comme évitables et 78 (soit 47,3%) ont donné lieu a posteriori à une action d'amélioration (envisagée ou réalisée), dont 21 parmi les réhospitalisations jugées évitables.

3.4. Identification des racines de GHM avec un potentiel d'amélioration

Pour rappel, une racine de GHM a été définie par la HAS comme ayant un potentiel d'amélioration selon 3 critères présentés dans le chapitre 2.2 Méthode d'identification des prises en charge avec potentiel d'amélioration.

Ces critères ont été appliqués aux racines de GHM qui avaient au moins une dizaine de dossiers de réhospitalisations non programmées analysées, et dont l'acte concerné était réalisé uniquement en établissements de santé.

Parmi les dossiers analysés, 6 racines de GHM ayant au moins 10 dossiers de réhospitalisations non programmées présentent les critères requis pour être considérées comme ayant un potentiel d'amélioration (Cf. Tableau 3A ci-dessous) :

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

Ces indicateurs ciblés pourraient être mobilisés en plus de l'amélioration des pratiques en interne, dans des utilisations externes comme la certification pour la qualité des soins ou la diffusion publique.

Tableau 3A. Description des données des 6 racines de GHM identifiées avec potentiel d'amélioration

Racines	N ES Participants ≥ 1 Reh	N Reh non pro- gram- mées	% Reh non prog. majoritaire ≥ 50%	N ES ≥1 Reh National	N Reh/racine National	% Reh J3/racine National ≥ 2 X 0,5%	% Reh dans le même ES National ≥ 66%
07C14 Cholécys- tectomies	89	124	93%	368	595	1,31%	89%
11C11 Interven- tions pour lithiases urinaires	98	214	86%	355	1045	2,75%	85%
11C13 In- terven- tions pour affections non lithia- siques	77	99	81%	288	575	2,44%	71%
03C27 Interven- tions sur les amyg- dales	23	34	97%	130	243	1,29%	68%
12C04 Hémor- roïdecto- mies	22	27	100%	78	184	4,96%	89%
06C19 Prosta- tectomies transu- rétrales	40	51	96%	170	268	1,54%	87%
Total des 6 racines	167	549	-	632	2 910	-	-

En bleu : informations du retour aux dossiers. **En noir** : informations au national du PMSI MCO 2018
N : Nombre ; *ES* : Etablissement de santé ; *Reh* : Réhospitalisation ; *Reh Non prog.* : Réhospitalisation non programmée ; *Reh J3* : réhospitalisation entre 1 et 3 jours.

Clé de lecture, exemple : *N ES Participants ≥ 1 Reh* = Nombre d'établissements participants avec au moins une réhospitalisation dans leur établissement.

Les informations concernant toutes les racines de GHM avec au moins 10 réhospitalisations non programmées identifiées lors du retour aux dossiers sont détaillées dans le tableau 3B en annexe 6. Il est

à noter que la biopsie prostatique¹² cochant tous les critères, sauf que l'acte est aussi réalisé dans des proportions non négligeables en consultation dans les établissements de santé. Il n'a donc pas été retenu comme indicateur ciblé.

Une analyse complémentaire a été réalisée sur les données nationales pour rechercher si les racines de GHM, qui n'ont pas été analysées lors du retour aux dossiers, avaient un taux national de réhospitalisations > 1% et un taux de réhospitalisations dans le même ES d'au moins 66% : Aucune racine présentait ces critères sur l'année d'étude (2018). Et de ce fait aucune autre racine de GHM ne peut actuellement faire l'objet d'indicateur national spécifique. Mais il est important de noter que les données sur les réhospitalisations pour toutes les racines concernées par la chirurgie ambulatoire présentent un intérêt pour le pilotage interne de la qualité au niveau établissement.

¹² 12K06 : Séjours comprenant une biopsie prostatique, en ambulatoire

3.5. Pistes d'amélioration identifiées lors du retour aux dossiers

Ce retour aux dossiers a également permis d'identifier plusieurs pistes d'amélioration concernant l'optimisation de l'algorithme et l'amélioration de la qualité de la prise en charge lors du séjour cible de chirurgie ambulatoire.

3.5.1. Optimisation de l'algorithme

- L'analyse des séjours cibles de chirurgie ambulatoire permet d'identifier 24 interventions réalisées en urgence qui auraient dû être exclues par l'algorithme.
 - Il a été décidé de les exclure a priori en excluant de la population cible les séjours avec une admission dans une unité médicale de réanimation, de soins intensifs ou de soins de surveillance continue en plus des séjours avec provenance urgence et admission dans une 1^{ère} unité médicale d'UHCD.
 - Les autres faux positifs constatés relèvent d'un défaut de qualité de codage des séjours par les ES dans leur PMSI.
- L'analyse des réhospitalisations permet d'améliorer les nécessaires exclusions a priori :
 - Parmi les réhospitalisations programmées, 199, soit un quart, étaient une intervention sur le 2^{ème} organe (par rapport à l'intervention initiale), dont 60% sur le 2^{ème} pied. Comme pour la chirurgie de la cataracte, déjà gérée par l'algorithme, il est décidé de considérer la 2^{ème} hospitalisation avec intervention sur le pied comme le séjour index à partir duquel la réhospitalisation entre 1 et 3 jours sera recherchée. Trois racines de GHM sont concernées : «08C33 Interventions sur la cheville et l'arrière-pied à l'exception des fractures ; 08C36 Interventions sur le pied, âge inférieur à 18 ans ; 08C37 Interventions sur le pied, âge supérieur à 17 ans ».
 - Les actes d'accouchement par voie naturelle et par césarienne qui ont motivé des réhospitalisations non programmées sans lien avec le séjour index seront exclues a priori. Les codes d'acte CCAM concernés sont: JQGD001, JQGD002, JQGD003, JQGD004, JQGD005, JQGD007, JQGD008, JQGD010, JQGD012, JQGD013, JQGA002, JQGA003, JQGA004, JQGA005. (Cf. Liste des libellés en annexe 3).

3.5.2. Amélioration de la qualité de la prise en charge

3.5.2.1. Complications motivant les réhospitalisations non programmées

L'exploitation de la partie du questionnaire concernant les causes des réhospitalisations non programmées rapportées par les établissements a permis de constater qu'il s'agissait de complications génériques communes à toute chirurgie : douleurs, nausées vomissements, hémorragie/hématome, infections, et rétention urinaire. Elles sont entre 1 et 3 jours après la sortie liées à un défaut de qualité des pratiques qui doit pouvoir s'améliorer.

Ces constats confortent le lien avec la qualité de la mesure des réhospitalisations toutes causes entre 1 et 3 jours après chirurgie ambulatoire, et notamment l'enjeu d'amélioration sur la douleur après chirurgie ambulatoire.

Ce lien avait été retrouvé dans le 1^{er} retour aux dossiers réalisé en 2016, mais également lors de l'expérimentation exploratoire de questions de type PROMS rapportées par les patients dans le questionnaire e-Satis pour la chirurgie ambulatoire réalisée en 2017 (Cf. Synthèse des résultats en annexe 5).

3.5.2.2. Analyse des pratiques de sortie

Une partie du questionnaire portait sur l'évaluation de la qualité des pratiques de sortie après la chirurgie ambulatoire pour les patients réhospitalisés dans le même établissement, et notamment sur la qualité de la lettre de liaison et le contact après la sortie (toutes modalités confondues).

Lettre de liaison à la sortie à l'issue de la chirurgie ambulatoire

La lettre de liaison a été remise à 58% des patients (N=1 649/2837 dossiers analysés).

Cette lettre comprenait des informations sur :

- le traitement de sortie dans 72% des cas
- le traitement habituel dans 30% des cas
- les complications possibles dans 26% des cas
- le numéro à appeler en cas d'urgence dans 70% des cas.

Contact du patient après sa sortie du séjour de chirurgie ambulatoire

62% des patients ont été contactés après leur sortie par sms, appel téléphonique, message sur répondeur ou RDV de consultation programmée (N=1758/2837 dossiers analysés). L'information n'était pas retrouvée dans 15% des cas.

L'analyse des dossiers des réhospitalisations après chirurgie ambulatoire identifie une marge d'amélioration de la qualité des pratiques de sortie après l'intervention, dont la remise au patient de la lettre de liaison à sa sortie, comprenant le traitement de sortie et le numéro à appeler en cas d'urgence, ainsi que le contact entre J1 et J3 après la sortie¹³.

Les modifications de l'algorithme ont été implémentées et l'algorithme modifié a été à nouveau utilisé sur les données 2018 et 2019. Les modifications optimisent les critères d'inclusion et d'exclusion sans modifier les résultats nationaux : les données observées dans le PMSI MCO au total et par racine de GHM, incluant les 6 indicateurs ciblés, sont confirmées sur ces 2 années consécutives.

¹³ Ces pistes d'amélioration sont cohérentes avec celles qui avaient été identifiées par les indicateurs de processus mesurés à partir des dossiers des patients et par la mesure par les patients hospitalisés pour une chirurgie en ambulatoire de leur expérience et de leur satisfaction (cf. Diaporama des résultats nationaux 2019 (Données 2018)).

4. Conclusions et perspectives

Les réhospitalisations précoces après une chirurgie programmée réalisée en ambulatoire sont un des enjeux de sécurité pour le patient, dans un contexte de déploiement important de cette activité.

La mesure des réhospitalisations est un enjeu notamment sur la période entre 1 et 3 jours après la chirurgie, durée spécifique à la chirurgie ambulatoire. Elle permet de surveiller ce qui se passe immédiatement en sortie pour que le gain en durée de séjour par rapport à l'hospitalisation conventionnelle ne se fasse pas aux dépens de la sécurité du patient.

La mesure des réhospitalisations par un indicateur global toutes prises en charge (racines de GHM) confondues n'est pas discriminant car au niveau établissement, les résultats des différentes prises en charge peuvent se compenser et l'algorithme rend alors un bon résultat à tort. La mesure des réhospitalisations par type de prise en charge a donc été envisagée : le retour aux dossiers présenté dans ce rapport visait à identifier parmi les centaines de prises en charge concernées par les réhospitalisations à 3 jours, celles qui présentaient un potentiel d'amélioration justifiant de les cibler par un indicateur national spécifique.

Le retour aux dossiers a été réalisé de janvier 2020 à janvier 2021. Un quart des établissements ayant au moins 1 réhospitalisation après chirurgie ambulatoire chez eux ont participé au retour aux dossiers dans le contexte difficile lié à la situation sanitaire : ils sont représentatifs des différentes catégories concernées par la chirurgie ambulatoire et un tiers ont un résultat moins bon qu'attendu sur au moins une racine de GHM. Ils ont analysé 19,4% des réhospitalisations identifiées au national en 2018, et 80% des racines de GHM avec au moins une réhospitalisation.

La réalisation de ce 2^{ème} retour aux dossiers a permis :

- d'atteindre son objectif d'identification de prises en charge, par les racines de GHM, avec un potentiel d'amélioration en utilisant une méthode HAS qui mobilise les données issues du retour aux dossiers et les données nationales issues du PMSI ;
- d'optimiser l'algorithme en optimisant l'exclusion des séjours de chirurgie ambulatoire réalisés en urgence et en réduisant la détection des réhospitalisations programmées ;
- de confirmer l'intérêt de la mesure des réhospitalisations toutes causes entre 1 et 3 jours pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la chirurgie ambulatoire toutes racines confondues.

Les racines de GHM identifiées sont :

- cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës, en ambulatoire
- hémorroïdectomies en ambulatoire ;
- intervention en ambulatoire par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires ;
- intervention en ambulatoire par voie transurétrale ou transcutanée pour affections non lithiasiques ;
- interventions sur les amygdales en ambulatoire;
- prostatectomies transurétrales.

Ces 6 prises en charge ont reçu un avis favorable des parties prenantes concernées pour faire l'objet fin 2022 d'indicateurs nationaux ciblés qui seront restitués aux établissements.

Cette liste d'indicateurs n'est pas fermée. Elle correspond aux racines de GHM identifiées avec un potentiel d'amélioration à partir du retour aux dossiers et des données nationales analysées sur la période d'étude. Il est nécessaire de continuer à évaluer les autres racines de GHM et à les suivre

dans le temps. Aussi, en complément des 6 indicateurs, des informations complémentaires sur toutes les autres racines de GHM concernées par la réhospitalisation seront mises à disposition des établissements à visée d'amélioration, y compris le taux de réhospitalisations à 30 jours.

Ces indicateurs de résultats en chirurgie ambulatoire mesurant les réhospitalisations précoces après 6 prises en charge spécifiques vont compléter les indicateurs de qualité et de sécurité des soins, déjà existant, évaluant le parcours du patient dans une approche intégrée (processus et résultats mesurés par le patient). Toutes ces mesures permettent d'accompagner le déploiement sécurisé de la chirurgie ambulatoire, dont l'objectif a été fixé à 70% en 2022¹⁴ et à 80% selon les récentes préconisations du Haut Conseil de Santé Publique, HCSP 2021¹⁵. Selon l'outil VISUCHIR français, le taux national de chirurgie ambulatoire est de 61.5% (Données 2021) avec un potentiel ambulatoire de 79,7%¹⁶.

¹⁴ Objectif fixé en 2017 par la ministre des solidarités et de la santé, Agnès Buzyn.

¹⁵ <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1078>

¹⁶ Ce potentiel ambulatoire a été calculé à partir des pratiques ambulatoires actuelles des 20% d'établissements français les plus performants

Annexes

- Annexe 1. Description de l'algorithme utilisé pour le retour aux dossiers et limites de la mesure des réhospitalisations
- Annexe 2. Description des séjours cibles, réhospitalisations et établissements au national et dans les ES participants
- Annexe 3. Liste des codes d'accouchement et de césarienne à exclure des réhospitalisations
- Annexe 4. Tableau 2B. Analyse des complications ayant motivé les réhospitalisations non programmées liées au séjour index
- Annexe 5. Synthèse des expérimentations confortant les pistes d'amélioration en termes de complications motivant les réhospitalisations précoces non programmées après une chirurgie ambulatoire
- Annexe 6. Tableau 3B. Racines de GHM avec au moins 10 réhospitalisations non programmées analysées par retour aux dossiers

Annexe 1. Description de l'algorithme utilisé pour le retour aux dossiers et limites de la mesure des réhospitalisations

L'algorithme utilisé pour le retour aux dossiers correspond aux critères d'inclusion et d'exclusion de la population cible et de l'évènement (les réhospitalisations entre 1 et 3 jours après la sortie) décliné par racine de GHM.

Population cible

La population cible de l'indicateur est constituée des séjours index de patients hospitalisés pour chirurgie réalisée en ambulatoire, hors provenance des urgences et hors provenance d'un établissement (mutation, prestation inter-établissements, transfert) ET sortis vivants le jour même vers leur lieu de résidence (domicile ou structure d'hébergement médico-sociale) correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous :

Critères d'inclusion

- 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))
- Séjour avec durée de séjour de 0 jour
- Mode d'entrée domicile hors urgences (=8 différent de provenance = 5 ou 1er RUM UHCD pédiatriques ou générales)
- Mode de sortie domicile (=8)
- Age \geq 6 mois

Critères d'exclusion

- Séjours en erreur de groupage (CMD 90 Erreurs et autres séjours inclassables)
- Séances (CMD 28 Séances)
- Séjours de patients mal chaînés¹⁷
- Séjours en CMD 14 Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum, hors IVG non médicamenteuse
- Séjours en CMD 15 Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale

¹⁷ En plus des erreurs de chaînage classiques, seront aussi considérés comme « patients mal chaînés » les numéros anonymes pour lesquels une IVG est codée dans 5 séjours ou plus sur l'année étudiée. Ces numéros anonymes, correspondent à des pratiques de codage utilisées par certains établissements pour conserver l'anonymat de leurs patientes.

Le nombre de numéros anonymes ainsi que le nombre de séjours associés seront à dénombrer et à restituer à la HAS.

- Séjours pour IVG médicamenteuse (Acte CCAM JNJP001)
- 1er UM = unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) 07A UHCD générales ou 07B UHCD pédiatriques
- 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)
- Prestation inter-établissements
- 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 trabéculéctomie) suivis dans les 3 jours d'un séjour groupant dans le même GHM (GHM 02C05 ou GHM 02C12) (le premier séjour sera exclu, le second sera conservé comme séjour index, et il sera 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 sera exclu, le second sera conservé comme séjour index, et il sera recherché dans les 3 jours une potentielle hospitalisation)

Pour rappel, le périmètre de l'évaluation repose sur la liste des actes de chirurgie ambulatoire confirmée avec l'ATIH (GHM en C + 7 racines en 2015). Elle 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 considérés comme des actes de chirurgie.

Evènement (Réhospitalisation)

Pour le retour aux dossiers, l'évènement mesuré est la réhospitalisation détectée entre 1 et 3 jours après la sortie dans la population cible, dans le même établissement, hors séance pour dialyse, ou chimiothérapie, curiethérapie ou autre irradiation.

Critères d'inclusion

Séjours de la population cible avec une 1ère réhospitalisation dans le même établissement entre 1 et 3 jours après la sortie vers le lieu de résidence.

Critères d'exclusion

- Séances de la (CMD 28)
- Séjours regroupés en erreur (CMD 90)
- Insuffisance rénale, avec dialyse (GHM 11K02)
- Chimiothérapie pour leucémie aiguë (GHM 17M05)
- Chimiothérapie pour autre tumeur (GHM 17M06)
- Chimiothérapie pour affections non tumorales (GHM 23M09)
- Autres irradiations (GHM 17K04)
- Curithérapies de prostate (GHM 17K05)
- Autres curithérapies et irradiations internes (GHM 17K06)
- Autres curithérapies (GHM 17K08)
- Irradiations internes (GHM 17K09)
- Prestation inter-établissements (pour éviter de compter ces séjours deux fois)

Le nombre de réhospitalisations toutes causes entre 1 et 3 jours dans la population cible de chirurgie ambulatoire par racine de GHM a été calculé à partir du PMSI MCO de l'année 2018. **Seules les réhospitalisations dans le même établissement ont fait l'objet du retour aux dossiers.**

Limites de la mesure des réhospitalisations à partir du PMSI

- Le caractère non programmé de la réhospitalisation n'est pas identifiable a priori dans le PMSI, car la variable « non programmé » n'existe pas et il n'est pas pertinent de sélectionner uniquement les réadmissions par les urgences, ces patients revenant dans la majorité des cas directement dans l'UCA qui les a pris en charge.
- Le caractère « lié à des complications du séjour index en chirurgie ambulatoire » ne peut être appréhendé que par un retour aux dossiers qui contiennent les informations cliniques nécessaires.
- 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 3 jours, qui ont recours aux urgences sans être réhospitalisés ou qui ont recours à des consultations non programmées ne peuvent être identifiés via le PMSI et ne sont donc pas pris en compte dans cet indicateur.
- Les séjours de réhospitalisation étant recherché entre 1 et 3 jours après le séjour index de chirurgie ambulatoire, il conviendrait d'exclure les séjours du 28 au 31 décembre 2018. Ce niveau de détail est disponible dans le PMSI à partir de 2019. Les potentielles réhospitalisations des séjours du 28 au 31 décembre pour l'année 2018 sont de fait non détectées par l'algorithme.

Annexe 2. Description des séjours cibles, réhospitalisations et établissements au national et dans les ES participants

Les tableaux 1A et 1B présentent le nombre de séjours cibles, de réhospitalisations toutes causes entre 1 et 3 jours après chirurgie ambulatoire, d'ES dont le résultat est significativement moins bon qu'attendu (atypiques hauts >+ 3 DS 18) ainsi que les catégories d'ES au national et dans les ES participants au retour aux dossiers.

Tableau 1A. Séjours cibles, réhospitalisations et établissements avec un statut atypique haut, au national et dans les établissements participants

	Nombre (N) de séjours cibles	N séjours cibles avec réhospitalisation (Reh).	N de racines de GHM	N séjours cibles avec Reh. dans le même ES (%)	N ES ≥ 1 séjour cible	N ES ≥ 1 Reh. dans le même ES (%)	N ES ≥ +3DS (%)
National 2018	3 517 146 (210 racines de GHM)	16 838	183 racines de GHM	11 143 (66% des Reh.)	1 011	899	310 (33% des 1 011 ES)
ES participants ayant au moins 1 réhospitalisation chez eux)	-	3 270 (19,4% des séjours cibles avec Reh.)	147 racines de GHM	3 270 (29% des Reh. dans le même ES)	-	234 (26% des ES ≥ 1 Reh dans le même ES)	69 (29,4% des 310 ES ≥ +3DS)

Tableau 1B. Répartition par catégories des ES au national et dans les ES participants

Données au national 2018						
	N	CH	CHR/U	CLCC	PSPH/EBNL	Privé
National 2018 ≥ 1 séjour cible de CA	1 011	344	106	20	66	475
National ES ≥ 1 Reh.	947 (93.7% des ES avec au moins 1 séjour cible)	319	98	20	56	454
National ES ≥ 1 Reh. dans le même ES	899 (95% des ES avec au moins 1 Reh.)	307	95	20	49	428

¹⁸ Les établissements atypiques hauts >+ 3 DS ont un nombre de réhospitalisations significativement supérieur à l'attendu avec un risque d'erreur statistique de 0,2%

Etablissements participants avec au moins une réhospitalisation dans leur ES						
	N	CH	CHR/U	CLCC	PSPH/EBNL	Privé
Avec au moins 1 Reh dans le même ES	234	57	18	9	14	136
Pourcent-ages	26%	19%	19%	45%	29%	32%

Clé de lecture : Les 234 ES participants représentent 26% des 899 ES avec au moins une réhospitalisation dans leur ES. Le nombre de CH parmi les participants est de 57, ce qui représente 19% de l'ensemble des CH qui ont au moins 1 réhospitalisation dans le même ES.

Annexe 3. Liste des codes d'accouchement et de césarienne à exclure des réhospitalisations

- JQGD001 : Accouchement unique par le siège par voie naturelle, chez une multipare
- JQGD002 : Accouchement multiple par voie naturelle, chez une primipare
- JQGD003 : Accouchement unique par le siège par voie naturelle avec petite extraction, chez une primipare
- JQGD004 : Accouchement unique par le siège par voie naturelle, chez une primipare
- JQGD005 : Accouchement unique par le siège par voie naturelle avec grande extraction, chez une multipare
- JQGD007 : Accouchement multiple par voie naturelle, chez une multipare
- JQGD008 : Accouchement unique par le siège par voie naturelle avec petite extraction, chez une multipare
- JQGD010 : Accouchement céphalique unique par voie naturelle, chez une primipare
- JQGD012 : Accouchement céphalique unique par voie naturelle, chez une multipare
- JQGD013 : Accouchement unique par le siège par voie naturelle avec grande extraction, chez une primipare
- JQGA002 : Accouchement par césarienne programmée, par laparotomie
- JQGA003 : Accouchement par césarienne au cours du travail, par laparotomie
- JQGA004 : Accouchement par césarienne en urgence en dehors du travail, par laparotomie
- JQGA005 : Accouchement par césarienne, par abord vaginal

Annexe 4. Tableau 2B. Analyse des complications ayant motivé les réhospitalisations non programmées liées au séjour index

L'analyse ci-dessous porte sur les 1 551 réhospitalisations non programmées liées au séjour index analysées, dont 165 qui ont bénéficié d'une analyse des causes.

Complications rapportées par les ES à partir des dossiers analysés	N dossiers (165)	% dossiers (165)	N dossiers (1 551)	% dossiers (1 551)
douleur	93	56,4%	768	49,5%
hémorragie et/ou un hématome	30	18,2%	338	21,8%
infection profonde : type hyperthermie, infections de plaies chirurgicales profondes, infections d'organe, infection de cavité/ péritonite...	22 + 8	13,3 + 4,8	221 + 84	14,2 + 5,4
infection superficielle : type infections de plaies chirurgicales superficielles, désunion de plaie externe, abcès de paroi...	30	18,1%	305	19,6%
nausées, vomissements et/ou céphalées	20	12,1%	203	13,1%
rétention urinaire, une dysurie	7	4,2%	141	9,1%
déplacement d'implant, décollement de rétine, glaucome...	7	4,2%	41	2,6%
œdème	5	3,0%	62	4,0%
évènement thrombo-embolique (thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire)	4	2,4%	22	1,4%
autre situation	34	20,6%	258	16,6%
Total	165	100%	1551	100%
<i>Potentiellement évitables</i>	23	14%	153	9,9%
<i>Actions d'amélioration réalisée ou envisagée</i>	78	47%	150	9,7%

Annexe 5. Synthèse des expérimentations confortant les pistes d'amélioration en termes de complications motivant les réhospitalisations précoces non programmées après une chirurgie ambulatoire

1. Retour sur l'expérimentation des indicateurs de processus et résultats de 2016

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-09/rapport_exp_indicateurs_chirurgie_ambulatoire_2017.pdf

L'expérimentation a été réalisée sur 385 séjours de réhospitalisation dont les informations à partir du dossier correspondant ont été recueillies par 44 établissements de santé.

Sur 385 des séjours identifiés dans le PMSI comme des réadmissions entre 1 et 3 jours, 361 en étaient réellement : ce qui correspond à une VPP de 93,8%, jugée très satisfaisante.

Les 24 exclusions secondaires sur dossier sont liées dans 20 séjours à la population cible et dans 4 séjours as réhospitalisations.

Les réhospitalisations étaient non programmées dans 60% des cas. Leur motif était tracé dans les dossiers dans 94% des cas, et il était lié au séjour index dans 69% des cas. Les causes les plus fréquentes des réadmissions sont génériques : douleur 28,5%, hémorragies/hématomes 20%, infections 19% et nausées-vomissements 11% et rétention urinaire et dysurie 9%. Ces résultats basés sur l'analyse d'un échantillon de 385 dossiers de réhospitalisations confortent la pertinence de restituer cet indicateur aux établissements pour qu'ils en analysent les causes « évitables » par retour au dossier, et identifient des actions d'amélioration ou organisations à mettre en place.

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 à au séjour index, liée à une complication médicale et/ou évitable pour pouvoir le cas échéant cibler des actions d'amélioration.

2. Retour sur l'expérimentation du questionnaire patient e-Satis en chirurgie ambulatoire de 2017.

Lors de cette expérimentation, des questions de type PROMS ont été testées : elles portent sur les données d'octobre 2017 au 26 février 2018. Ces données (non publiées) partagées avec le groupe de travail dédié à ce questionnaire, n'ont pas été retenues dans le questionnaire e-Satis qui est validé pour la mesure de l'expérience et de la satisfaction des patients hospitalisés en chirurgie ambulatoire.

Sur 26 617 patients ayant répondu au questionnaire :

- 55% ont expérimenté une douleur après la sortie, dont 2% extrêmement intenses et 7,7% intenses. Certaines ont pu motiver un recours aux soins en urgence.
- 14% ont ressenti d'autres inconforts liés à l'opération / intervention de type nausées, vomissements, vertiges
- 13,2% ont eu des saignements qu'ils pensaient être en lien avec l'opération / intervention
- 7,6% ont eu des signes d'infection (fièvre, gonflement, chaleur, inflammation...)
- 4% ont consulté leur médecin traitant en urgence
- 1,3% ont été réhospitalisés en urgence, pour un problème en lien avec leur opération / intervention.

Annexe 6. Tableau 3B. Racines de GHM avec au moins 10 réhospitalisations non programmées analysées par retour aux dossiers

	Racine ≥ 10 Reh non progr.	Total Reh	Reh non progr.	% Reh non progr.	Motif Reh tracé	N séjours cibles national	% Reh. Au na- tional	% Reh même ES national
Affections de l'œil	02C02	31	25	80,65	18	33 062	0,52	53
	02C05	166	111	66,87	61	827 572	0,24	33
	02C08	21	11	52,38	9	61 233	0,46	66
	02C11	16	12	75,00	11	15 339	0,81	62
Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	03C09	20	19	95,00	17	20 151	0,52	81
	03C27	35	34	97,14	29	18 822	1,29	68
	03K02	58	38	65,52	35	311 575	0,12	53
Affections de l'appareil circulatoire	05C17	49	36	73,47	26	93 818	0,22	76
	05K14	467	174	37,26	36	96 202	2,83	63
Affections du tube digestif	06C12	108	107	99,07	94	87 044	0,44	82
	06C14	44	27	61,36	24	22 514	0,69	79
	06C19	53	51	96,23	47	17 369	1,54	87
	06C25	42	40	95,24	33	31 553	0,59	78
Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	07C14	133	124	93,23	105	45 375	1,31	89
Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	08C14	22	18	81,82	14	91 490	0,20	60
	08C33	2	2	100,00	2	4 818	0,21	70
	08C34	21	21	100,00	20	24 397	0,35	79
	08C37	144	15	10,42	12	70 415	0,48	85
	08C38	13	12	92,31	12	20 050	0,24	78

	08C39	14	11	78,57	6	17 477	0,30	75
	08C44	23	15	65,22	8	115 889	0,20	51
	08C45	30	26	86,67	20	82 952	0,20	70
	08C46	18	15	83,33	10	43 439	0,23	59
	08C58	15	15	100,00	12	36 537	0,21	72
Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	09C03	55	37	67,27	29	89 174	0,43	56
	09C05	18	14	77,78	11	26 544	0,30	84
	09C08	35	30	85,71	27	24 948	0,70	83
	09C10	34	17	50,00	15	59 497	0,50	67
Affections du rein et des voies urinaires	11C09	22	16	72,73	9	5 874	2,11	56
	11C11	249	214	85,94	197	38 052	2,75	85
	11C13	122	99	81,15	85	23 590	2,44	71
Affections de l'appareil génital masculin	12C04	27	27	100,00	24	3 706	4,96	89
	12C07	22	22	100,00	21	12977	0,73	87
	12C08	34	32	94,12	29	88 211	0,24	72
	12K06	107	102	95,33	97	25 659	1,95	78
Affections de l'appareil génital féminin	13C07	15	15	100,00	13	12 750	0,60	84
	13C10	11	10	90,91	8	17 574	0,30	69
	13C11	12	12	100,00	11	8 890	0,58	75
	13C16	89	64	71,91	56	64 007	0,80	65
	13C17	21	19	90,48	16	14 457	0,54	90
Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	14Z08	18	13	72,22	9	62 727	0,29	66

En bleu : informations du retour aux dossiers. **En noir** : informations au national du PMSI MCO 2018

Le taux de réhospitalisations non programmées par racine avec au moins 10 séjours analysés varie de 10,4 à 100%.

L'analyse des racines de GHM avec au moins 10 réhospitalisations non programmées identifie :

- 38 racines de GHM dont le taux de réhospitalisations non programmées est supérieur à 50%
- dont seulement 6 racines qui ont aussi un taux de réhospitalisations au national supérieur à 0,5% et un taux de réhospitalisations dans le même ES d'au moins 66%.

Ces 6 racines sont :

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

Références bibliographiques

Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé. Cf. 6 préconisations sur la chirurgie ambulatoire. Haut conseil de santé publique. [HCSP](#), 2021

Haute Autorité de santé. Rapport. Méthode de développement, validation et utilisations des indicateurs de résultats mesurés à partir des bases médico-administratives. [HAS](#), 2019

Résultats nationaux des campagnes des IQSS Diaporama. [HAS](#), 2019

Grille d'analyse des dossiers de patients réhospitalisés après chirurgie ambulatoire. [HAS 2019](#)

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

Manach Q, Rouprêt M, Reboul-Marty J, Drouin SJ, Guillot-Tantay C, et al. Hospital Readmissions After Urological Surgical Procedures in France: A Nationwide Cohort Study over 3 Years. *Eur Urol Focus* 2018; 4(4) 621-627

Déclarer et analyser les événements indésirables graves : comprendre pour agir. [HAS](#), 2017

Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire, [HAS](#), 2017

Expérimentation des indicateurs de résultats en chirurgie ambulatoire. Rapport et Synthèse. [HAS](#), 2017

Lefèvre JH, Reboul-Marty J, de Vaugrigneuse S, Zeitoun JD. Readmissions After Surgery: A French Nationwide Cross-Sectional Study of 1,686,602 Procedures Performed in 2010. *World J Surg* 2017; 41(1) Pages : 31-38

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 http://www.iaas-med.com/files/2013/Day_Surgery_Manual.pdf.

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

Abréviations et acronymes

ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CMD : Catégorie majeure de diagnostic

CME : Commission médicale d'établissement

CREX : Comité de retour d'expérience

DIM : Département d'information médicale

DP : Diagnostic principal

DS : Déviation standard

e-Satis : dispositif national de mesure de l'expérience et de la satisfaction du patient hospitalisé

ES : Etablissement de santé

GHM : Groupe Homogène de Malades

HAS : Haute autorité de santé

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique et odontologie

PAC : Chambre implantable de chimiothérapie

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PROMS : Patient-reported outcomes measures

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

RMM : Revue de mortalité et de morbidité

RUM : Résumé d'unité médicale

SIM : Service d'information médicale

UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée

UM : Unité médicale

VPP : Valeur prédictive positive

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

