

Séminaire annuel 2023

LA CHIRURGIE EN ILE DE FRANCE

Mercredi 29 Novembre 2023 - de 8h30 à 18h00

Université de Paris - Cité - Site NECKER,
160 Rue de Vaugirard, 75015 Paris

Mesure nationale des réhospitalisations entre 1 et 3 jours après chirurgie ambulatoire



Dr Linda Banaei-Bouchareb, Service Évaluation et Outils pour la Qualité et la Sécurité des soins, Haute Autorité de santé

Les enjeux autour de la chirurgie ambulatoire (CA)

- ❑ Une priorité nationale depuis décembre 2010
 - Objectif : 70 % en 2022 (80% HCSP, 2021)

- ❑ 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.

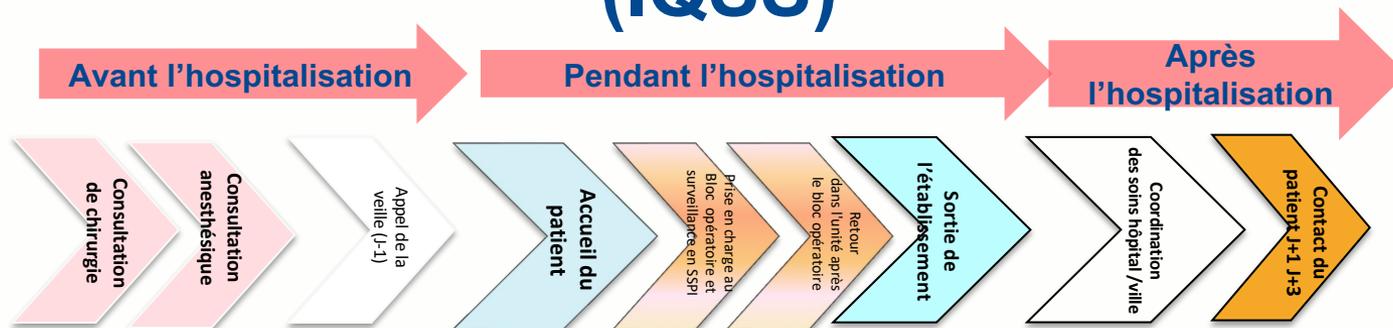
Objectif de la HAS

Développer des indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS) de type « résultats » à partir des bases médico-administratives, intégrés dans une démarche qualité – gestion des risques en établissements de santé

- pour améliorer les pratiques et *in fine* le résultat / service rendu pour le patient

Parcours d'un patient en chirurgie ambulatoire

Indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS)



- Des indicateurs de processus, issus des dossiers patients
- Des indicateurs 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

- Réhospitalisations post-opératoires précoces 0 et 7 jours – tardives entre 8 et 30 jours – 90 jours – voire 180 jours

➤ A 30 jours :

Pertinence clinique.

Les complications à 30 jours sont mesurées après toute chirurgie.

Le délai de survenue de ces complications est spécifique de l'acte de chirurgie / technique utilisée et non de sa réalisation en ambulatoire ou en hospitalisation complète.

- C'est une mesure pertinente pour l'amélioration de la qualité, notamment dans une logique de parcours du patient & de lien entre la ville et l'hôpital.
- A ce délai, le lien avec la qualité de la prise en charge est à démontrer.

Les réhospitalisations après chirurgie ambulatoire - 1

- A 3 jours :

- **Pertinence clinique** : Surveiller ce qui se passe immédiatement en sortie pour que le gain en durée de séjour ne se fasse pas au dépend de la sécurité du patient

>>> spécifique de la chirurgie ambulatoire

- Les réhospitalisations à 3 jours, un enjeu de sécurité pour le patient
+++ : régulation nationale-régionale du déploiement de cette chirurgie

Les réhospitalisations après chirurgie ambulatoire - 2

- A 3 jours :

- Les réhospitalisations non programmées à 3 jours sont majoritaires et leurs causes sont des complications communes à toute chirurgie : douleur, hémorragie-hématome, nausées, vomissements et/ou céphalées, infection, rétention urinaire (Rapport HAS, 2022).
- Ces complications précoces liées à un défaut de qualité peuvent être réduites par la mise en place d'actions d'amélioration.
- Ces complications sont potentiellement en lien avec les pratiques cliniques et organisationnelles : éligibilité, autorisation de sortie, lettre de liaison à la sortie, contact J+1J+3.
- Les réhospitalisations à 3 jours doivent être mesurées pour que le gain en nombre de jours ne se fasse pas au dépend de la sécurité du patient.

Population cible de chirurgie ambulatoire & réhospitalisations mesurées

Population cible avec potentiel d'amélioration

- **Inclusions** : séjours de patients admis pour une **chirurgie en ambulatoire programmée** (hors urgence), **venant de leur lieu de résidence**, réalisée dans un **ES MCO avec ou sans UCA**, dans un GHM avec 3ème caractère en "C" (avec acte classant opératoire) OU 7 racines.
- **Exclusions** : séjours en erreur, 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

A noter : Le périmètre actuel de la CA, 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.

Evènements mesurés : Réhospitalisations entre 1 et 3 jours après CA

- **Inclusions** : séjours réalisés entre 1 et 3 jours après la sortie du séjour de CA vers le domicile
- **Exclusions** : séjours en erreurs, séances, accouchements, traumatismes graves

(Cf. [Fiche descriptives 2023](#))

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.

Quelle(s) mesure(s) des réhospitalisations à 3 jours ?

Mesure(s) HAS : Ratio standardisé du nombre observé sur attendu d'évènement dans la population cible

- Ratio **global** : non pertinent car non discriminant
 - ✓ Pas d'utilisation ni interne, ni externe (diffusion publique ou financement)
- Ratio **par racine de GHM** : pertinent & discriminant
 - ✓ Plus de 200 racines de GHM >>> nécessité d'identifier et de cibler des prises en charge avec **potentiel d'amélioration**

Principes pour définir une prise en charge avec un potentiel d'amélioration

Les critères retenus en 2022 pour définir une **prise en charge** (assimilée à une racine de GHM) avec un **potentiel d'amélioration** sont :

- Un taux de réhospitalisations non programmées > 50% (constaté lors de l'analyse des dossiers patients – Données 2018);

ET

- Un taux national de réhospitalisations au moins 2 fois supérieur à celui toutes prises en charge confondues : de 0,5% en 2018 (PMSI) ;

ET

- Un taux de réhospitalisations dans l'établissement où le patient a été opéré au moins égal au taux observé en 2018 : de 66%.

Cf. rapport HAS juin 2022 « Développement de la mesure des réhospitalisations entre 1 et 3 jours après chirurgie ambulatoire, par type d'intervention. Identification des prises en charge avec potentiel d'amélioration par retour aux dossiers ».

6 prises en charge avec un potentiel d'amélioration

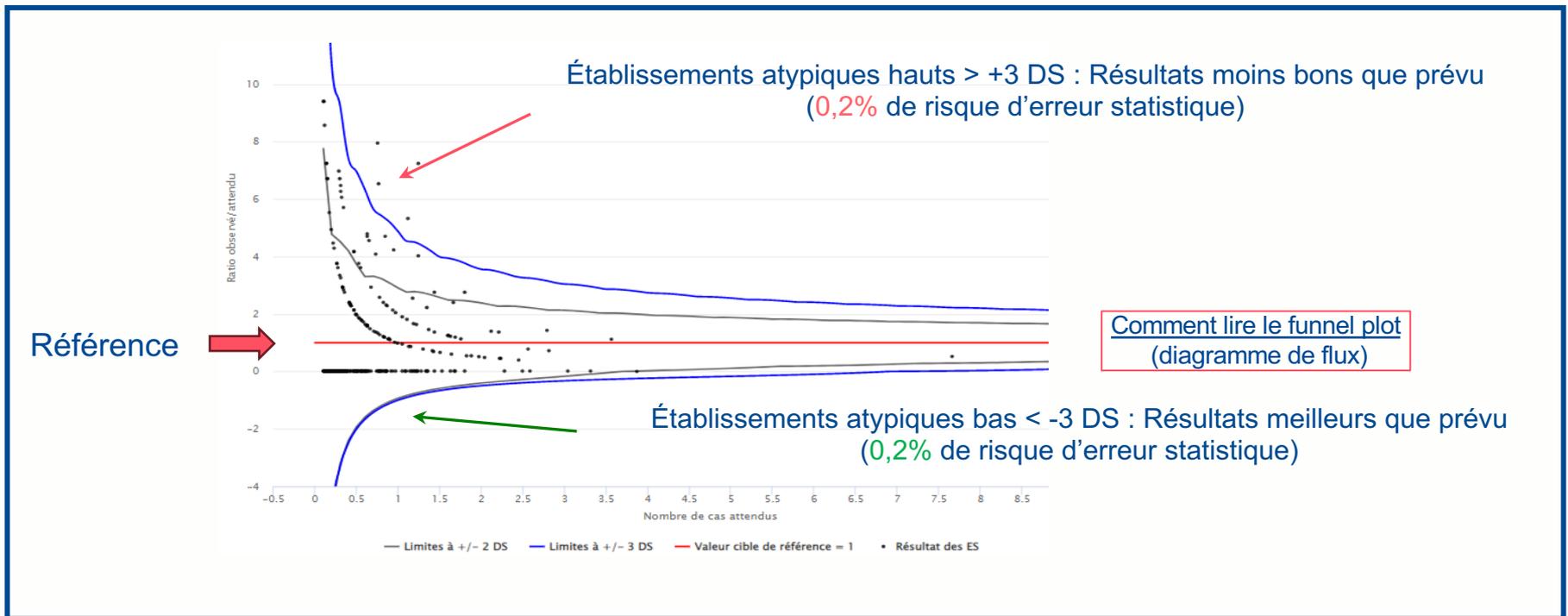
6 prises en charge ciblées :

- Interventions sur les amygdales, en ambulatoire - 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

6 IQSS calculés à partir du PMSI MCO : ratio standardisé du nombre observé sur attendu de réhospitalisations entre 1 et 3 jours après chacune des 6 interventions ciblées.

6 indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS) de type résultats

Ils permettent l'identification des établissements ayant des résultats moins bons que prévus à 3 DS, c'est-à-dire ceux qui ont significativement plus de cas observés que ce qui est attendu, avec un risque d'erreur statistique de seulement 0.2%.



954 établissements de santé concernés - Données 2022 vs 947 Données 2021

6 indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS) de type résultats

- ❑ 08 décembre 2022 : 1^{ère} restitution aux établissements de santé
Données 2019 - Evolution 2018-2019.
- ❑ 16 novembre 2023 : 2^{ème} restitution aux établissements de santé
Données 2022 - Evolution 2021-2022.
- 6 IQSS
- accompagnés d'informations complémentaires sur toutes leurs réhospitalisations après chirurgie ambulatoire, dont le taux à 3 jours et à 30 jours

Résultats des 6 indicateurs au niveau national - Données 2022

Réhospitalisations entre 1 et 3 jours après :	N de séjours cibles de CA	Taux de réhospitalisations à 3 jours % (min-max)	N ES évalués	N ES atypiques hauts > +3DS (% des évalués)	N ES atypiques bas < -3DS
✓ interventions sur les amygdales 03C27	25 046	0,92% (0-33,33)	337	12 (4%) +7	0
✓ hémorroïdectomies 06C19	25 456	1,22% (0-100)	483	7 (1%) +2	0
✓ cholécystectomies en ambulatoire 07C14	50 038	1,09% (0-12,5)	670	4 (0%) -1	0
✓ interventions pour lithiases urinaires 11C11	55 760	2,28% (0-100)	534	3 (2%) -2	0
✓ interventions pour affections non lithiasiques 11C13	30 481	2,23% (0-100)	509	5 (1%) +4	0
✓ prostatectomies transurétrales 12C04	3 802	3,66% (0-50)	85	2 (0%) +2	0

- 954 ES évalués, 33 établissements atypiques hauts en 2022 vs 21 en 2021, 1 seul établissement atypique haut en 2021 et en 2022 pour les *hémorroïdectomies en ambulatoire - 06C19*.
- Variabilité inter-ES du taux de réhospitalisations à 3 jours +++
- Augmentation notable pour les amygdalectomies

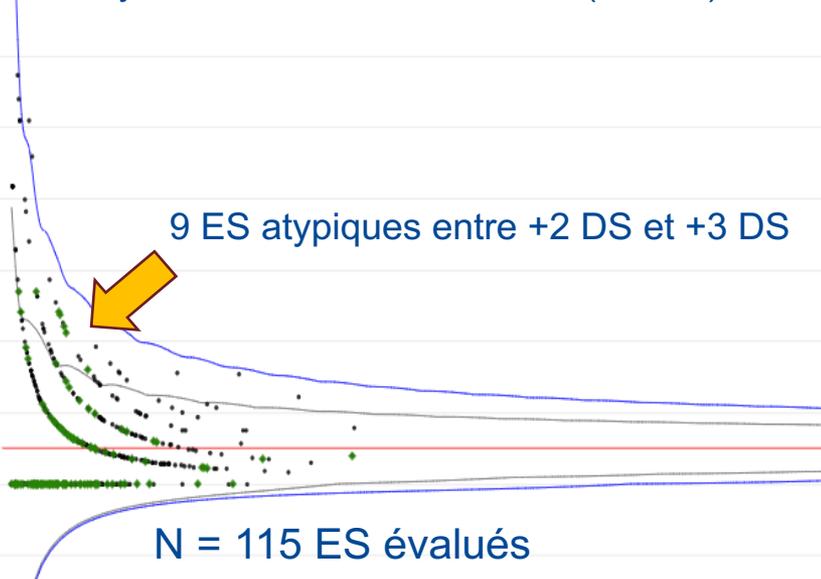
Résultats des 6 indicateurs au niveau de l'Ile de France - Données 2022

Réhospitalisations entre 1 et 3 jours après :	N de séjours cibles de CA en Ile de France	Taux de réhospitalisations à 3 jours % (min-max)	N ES évalués	N ES atypiques hauts > +3DS	N ES atypiques bas < -3DS
✓ interventions sur les amygdales 03C27	5305	0.58% (0-9)	71	0	0
✓ hémorroïdectomies 06C19	4600	0.83% (0-25)	74	0	0
✓ cholécystectomies en ambulatoire 07C14	8539	0.87% (0-6)	115	0	0
✓ interventions pour lithiases urinaires 11C11	9196	1.83% (0-25)	93	0	0
✓ interventions pour affections non lithiasiques 11C13	3925	2.34% (0-20)	78	0	0
✓ prostatectomies transurétrales 12C04	428	4.21% (0-25)	14	1 (-1)	0

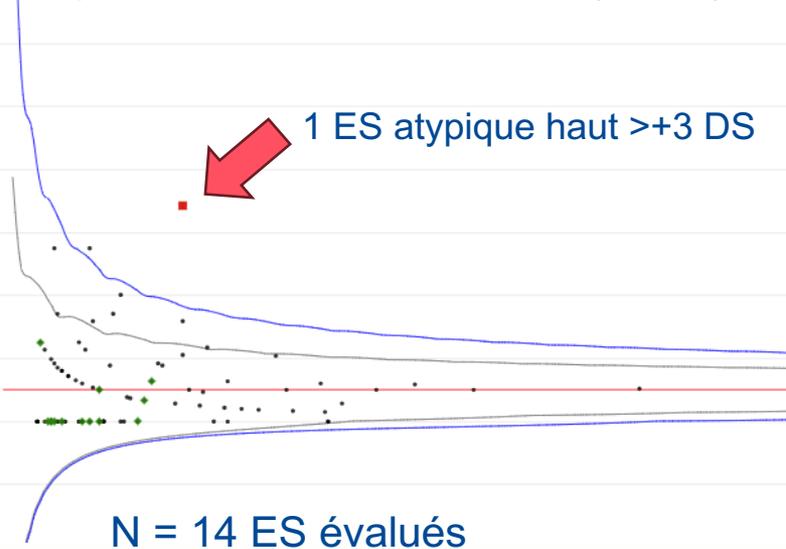
- 159 ES évalués, 1 seul ES atypique haut à 3 DS pour les prostatectomies transurétrales en 2022 vs 2 en 2021 pour les hémorroïdectomies et cholécystectomies
- Variabilité inter-ES du taux de réhospitalisations à 3 jours ++

Exemples de résultats pour l'Île de France

Réhospitalisations entre 1 et 3 jours après cholécystectomies en ambulatoire (07C14)



Réhospitalisations entre 1 et 3 jours après prostatectomies transurétrales (12C04)



Vision ARS :

- points verts = ES non atypique avec « résultat similaire ou meilleur que prévu »;
- point rouge = ES atypique haut avec « résultat moins bon que prévu »;
- points gris = Résultats anonymes des ES en dehors de la région de l'ARS

Chirurgie ambulatoire : Ile de France vs national

659 304 séjours cibles de chirurgie ambulatoire ont été évalués, en légère augmentation entre 2021 et 2022.

- Ils représentent 17% de tous les séjours cibles de chirurgie ambulatoire.
- Ils concernent une grande diversité d'interventions : 215/221 racines de GHM évaluées au national.

Au niveau ES :

- La quasi-totalité des établissements sont concernés par les réhospitalisations toutes causes (hors erreurs, séances, accouchements et traumatismes graves) : 93,2% des établissements d'Ile de France ont au moins une réhospitalisation dans les 3 jours et 97,5% au moins une dans les 30 jours vs respectivement 91% et 96% au national.
- Ces réhospitalisations ont lieu en majorité dans l'établissement où a eu lieu l'intervention (58% à 3 jours inférieur au national 62% et 82% à 30 jours vs 84% à 30 jours au national).

Réhospitalisations après chirurgie ambulatoire : Ile de France vs national

A 3 jours

- 159 ES évalués vs 158 en 2021. Ils représentent **17% des 954 ES évalués** en 2022 au national (au moins 10 séjours cibles de chirurgie ambulatoire).
- Catégories d'ES 53,5% privés, 24% CH, 14% CHR/U, 7% PSPH, 2% CLCC vs au national 45% privés, 35% CH, 11% CHR/U, % 7,5 PSPH, 2% CLC.
- Ils totalisent **6% des réhospitalisations** détectées au national.
- Le taux de réhospitalisations à 3 jours est de l'ordre de **0,5%**, en légère augmentation (0,46% en 2021 et 0,48% en 2022), similaire au national.
- **44 ES d'Ile de France ont des résultats moins bons que prévu** en dehors des 6 IQSS.

A 30 jours

Le taux de réhospitalisations à 30 jours est de l'ordre de **11%**, en légère augmentation (10,63% en 2021 et 10,98% en 2022). Il est légèrement inférieur au taux national (de l'ordre de 12%, en légère augmentation de 10,86 % en 2021 à 11,94% en 2022).

Rappel des utilisations de ces 6 indicateurs

Ils sont en 2023 utilisés :

- **Le pilotage interne de la qualité et de la sécurité des soins et la gestion des risques**
- La certification des établissements
- La diffusion publique des résultats par établissement pour l'information des usagers, notamment via le site [Qualiscope](#)

Prochaines campagnes en 2025

(Données 2024 – évolution 2023-2024)

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 la page du site internet de la HAS dédiée 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

Retrouvez
tous nos travaux sur

www.has-sante.fr



Contact : contact.iqss@has-sante.fr