

Le taux de réhospitalisation dans un délai de 1 à 7 jours en MCO

**OUTIL POUR ACCOMPAGNER LA MISE À DISPOSITION
D'UN INDICATEUR HOSPITALIER DE VIGILANCE
POUR ALERter, ANALYSER ET AGIR**



**DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS**



REMERCIEMENTS

La direction générale de l'offre de soins (DGOS) remercie l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) pour son étroite collaboration dans l'élaboration de l'indicateur « Taux de réhospitalisation dans un délai de 1 à 7 jours en MCO », la mise à disposition des résultats sur la plateforme ScanSanté et la rédaction de ce guide d'accompagnement.

La DGOS tient également à remercier les membres du comité de pilotage des indicateurs de qualité et de sécurité des soins en établissement de santé pour leur relecture de ce guide; il s'agit des personnes qualifiées et des représentants : des usagers, des conférences des directeurs d'établissements de santé et des conférences des présidents de CME, des fédérations hospitalières et des ARS.

SOMMAIRE

A QUI S'ADRESSE CE DOCUMENT ?	4
1. OBJECTIF	4
2. DEFINITION DE LA REHOSPITALISATION	5
3. CHOIX DU DELAI	5
4. INTERETS ET LIMITES DE L'INDICATEUR	6
5. RESTITUTION ET INTERPRETATION DES RESULTATS	7
6. UTILISATION DE L'INDICATEUR	9
7. INFORMATION - COMMUNICATION	10
8. ANNEXES	11
A. Fiche descriptive de l'indicateur	11
B. Schémas pour comprendre	14
C. Bibliographie	16
D. Glossaire	17

Le « taux de réhospitalisation dans un délai de 1 à 7 jours » en 5 points clés

C'est un indicateur :

- ▶ de résultat hospitalier calculé automatiquement à partir du PMSI - MCO
- ▶ à utiliser comme outil de vigilance pour alerter, s'interroger sur les pratiques organisationnelles et cliniques et déclencher des actions si besoin
- ▶ global, pour toutes pathologies et tous modes de prises en charge - hors critères d'exclusions (ex. venues du patient itératives et régulières)
- ▶ qui tient compte du case mix de l'établissement de santé
- ▶ dont les résultats annuels sont à la disposition des établissements de santé sur la plateforme ScanSanté

A QUI S'ADRESSE CE DOCUMENT ?

Ce document est un outil d'information sur les modalités de mise en œuvre, à compter de 2017, de l'indicateur « taux de réhospitalisation dans un délai de 1 à 7 jours ». Il est destiné aux établissements de santé (ES) des secteurs publics et privés exerçant une activité de MCO et notamment : i) aux présidents de commission/conférence médicale d'établissement et directeurs d'établissements de santé qui sont chargés conjointement de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins (PACQSS) ; ii) aux coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins, aux médecins responsables du département d'information médicale (DIM), aux chefs de pôles, chefs de services et responsables des départements, unités fonctionnelles, et autres structures internes, dont les cadres de santé pour communiquer auprès de leurs équipes.

Ce document a pour objet d'éclairer les ES sur l'indicateur « taux de réhospitalisation dans un délai de 1 à 7 jours » qui leur est mis à disposition, d'une part, sur sa construction, ses intérêts et ses limites et d'autre part, sur la démarche permettant aux ES de se l'approprier comme un outil de vigilance pour alerter, analyser les résultats et mettre en place des actions d'amélioration en termes de qualité et de sécurité des soins si nécessaire.

1. OBJECTIF

La prévention des réhospitalisations constitue un enjeu important pour la qualité et la sécurité des prises en charge du patient hospitalisé ; les réhospitalisations ont un impact négatif sur la qualité de vie des patients et de leurs proches en plus des risques iatrogènes inhérents à toute hospitalisation, et alourdissent le coût de la prise en charge.

L'objectif est de disposer d'un indicateur hospitalier de vigilance et d'alerte sur lequel les ES seraient en capacité d'agir. Cet indicateur ne peut être utilisé seul et doit être croisé avec d'autres indicateurs (cf. 6. « Utilisation de l'indicateur »).

En complément du taux de réhospitalisation, un ajustement¹ est proposé pour tenir compte de l'activité de chaque ES (case mix). L'ajustement consiste à appliquer le taux national de réhospitalisation observé par GHM² au case mix de l'ES, il conduit à un taux « attendu » (cf. « 5. Restitution et interprétation des résultats »). Le ratio entre le taux observé et le taux attendu permet à l'ES de se situer par rapport à la pratique nationale et compte tenu de son activité. Le positionnement et l'évolution annuelle de son résultat au regard de cette référence doit, le cas échéant, inciter l'ES à s'interroger sur ses pratiques professionnelles et/ou ses pratiques organisationnelles (ex. la gestion de la sortie du patient hospitalisé vers son domicile pour réduire les risques de rupture de parcours de soins).

2. DEFINITION DE LA REHOSPITALISATION

La population d'étude est constituée des patients, hors les critères d'exclusion (cf. Annexes, « Fiche descriptive de l'indicateur »), ayant eu une première hospitalisation dans l'année (hospitalisation index) avec pour modes d'entrée et de sortie le domicile (résidence ou établissement avec hébergement). La réhospitalisation correspond à une nouvelle hospitalisation du patient intervenant dans le délai de 1 à 7 jours après sa sortie, également avec pour mode d'entrée le domicile (y compris entrant par les urgences), quel que soit l'ES qui l'accueille (celui dans lequel il a été hospitalisé la première fois ou un autre ES) et quels que soient le mode de prise en charge (hospitalisation complète ou hospitalisation sans nuitée) et le caractère programmé ou non, hors les critères d'exclusions. Seule la première réhospitalisation du patient est prise en compte même si le patient est réhospitalisé plusieurs fois dans l'année.

► Méthode spécifique pour la cataracte

Certains ES spécialisés dans la prise en charge de la cataracte proposent l'intervention d'un œil puis du second en moins de 8 jours, c'est pourquoi il existe une gestion spécifique du calcul des réhospitalisations pour la cataracte (cf. Annexes « Fiche descriptive de l'indicateur »).

3. CHOIX DU DELAI

Les causes de réhospitalisations survenant dans les quelques jours après la sortie du patient seraient plus liées au séjour initial dans l'ES³. *A contrario*, les causes de réhospitalisations dans un délai plus long seraient plus liées à la prise en charge par le premier recours sur le territoire et à la coordination entre les acteurs de ville et l'hôpital.

¹ Ajustement : méthode statistique permettant de tenir compte de l'effet spécifique d'une variable sur le résultat

² Groupes homogène de malade

³ Ce choix s'appuie notamment sur des données de la littérature (cf. Annexes, « Bibliographie »), par ex. : Rethinking Thirty-Day Hospital Readmissions: Shorter Intervals Might Be Better Indicators Of Quality Of Care; David L. Chin, Heejung Bang, Raj N. Manickam and Patrick S. Romano ; *Health Aff October 2016 35:101867-1875* ; *Thirty-Day Readmissions — Truth and Consequences* ; Karen E. Joynt, M.D., M.P.H., and Ashish K. Jha, M.D., M.P.H. *New Engl J Med* 2012 ; april 12, 2012 ; *Thirty-day readmissions: the clock is ticking* ; aduganathan M, Bonow RO, Gheorghiad M. *JAMA*. 2013;309(4):345-6.

Afin de disposer d'un indicateur de réhospitalisations sur lequel l'ES pourrait agir le cas échéant, le délai de 1 à 7 jours après la sortie du patient vers son domicile a été retenu.

NB. La DGOS et l'ATIH mettent également à disposition un indicateur territorial de réhospitalisations dans un délai de 1 à 30 jours après la sortie d'hospitalisation du patient, calculé pour une zone géographique donnée et non pas par établissement. Cet indicateur a pour objectif d'identifier des territoires pour lesquels une amélioration de l'accès ou de la coordination entre acteurs pourraient favoriser une baisse du nombre d'hospitalisations.

4. INTERETS ET LIMITES DE L'INDICATEUR

INTERETS

- Indicateur de résultat généré annuellement et automatiquement à partir des données de la base nationale PMSI-MCO
- Indicateur de vigilance, pour alerter et s'interroger sur les pratiques professionnelles et/ou organisationnelles, et qui peut conduire à des actions d'amélioration de la prise en charge
- Méthodologie de calcul harmonisée à partir d'un algorithme national
- Intéresse tous types de prises en charge en MCO pour les patients correspondant aux critères d'inclusion
- Tient compte du case mix de l'ES en proposant à la fois un taux « observé » et un taux « attendu⁴ »
- Propose une déclinaison du taux « observé » et du taux « attendu » par racine de GHM
- Le caractère « prévu » ou « programmé » est atténué par les critères d'exclusions (ex. séances de chimiothérapie, de dialyse) et par le délai court de 7 jours

LIMITES

- Le PMSI ne permet pas d'identifier :
 - ✓ le caractère programmé ou non de la réhospitalisation
 - ✓ les causes de réhospitalisations
 - ✓ s'il existe un lien avec la 1^{ère} hospitalisation
- L'hypothèse d'une relation entre réhospitalisation et qualité et sécurité de la prise en charge ne peut être vérifiée avec un taux global
- Nécessite une analyse complémentaire par l'ES pour l'interprétation du résultat (ex. mobiliser d'autres indicateurs et/ou informations) :
 - ✓ Un taux élevé ne relèverait pas nécessairement d'une mauvaise pratique
 - ✓ L'interprétation des résultats est difficile pour les ES de petite taille ; d'une année sur l'autre, il risque d'y avoir une plus forte variabilité du fait de leur faible effectif
- L'indicateur est global, une analyse plus fine des caractéristiques par séjour nécessite l'utilisation du programme SAS[®] mis à la disposition des ES par l'ATIH

⁴ Taux obtenu en appliquant le taux national de réhospitalisation observé par GHM au case mix de l'ES

5. RESTITUTION ET INTERPRETATION DES RESULTATS

Les taux annuels de réhospitalisation dans un délai de 1 à 7 jours sont disponibles sur la plateforme de l'ATIH ScanSanté sous forme d'une fiche par ES et par année à partir des résultats de l'année 2014. Chaque ES peut y accéder via www.scansante.fr avec un identifiant puis en cliquant sur l'onglet « Activité » et ensuite dans la rubrique « Activités spécifiques »⁵.

► Ajustement des résultats sur l'activité de l'établissement

Le taux de réhospitalisation d'un ES (taux « observé ») n'est pas informatif à lui seul et il peut difficilement être comparé au taux national ou au taux global des autres ES car il est en partie le reflet de l'activité de l'ES (casemix). C'est pourquoi un taux de réhospitalisation « attendu », basé sur son casemix, est également proposé, il est obtenu en appliquant le taux national de réhospitalisation observé par GHM au case mix de l'ES ; un ratio entre le taux observé et le taux attendu est calculé. Cet ajustement tient compte du niveau de sévérité puisqu'il est réalisé par GHM. Cela permet de neutraliser l'effet niveau de sévérité qui peut être considéré comme un facteur de risque de réhospitalisation.

NB. Chaque racine de GHM comporte plusieurs GHM qui représentent des sévérités différentes (niveaux) pour un diagnostic donné (racine de GHM). Exemple de la racine 08C04 qui comporte quatre GHM (du moins sévère [niveau 1] au plus sévère [niveau 4]) :

08C04

- Orthopédie traumatologie
 - Chir. majeure de l'app. Locomoteur: hanche, fémur, genou, épaule
 - Interventions sur la hanche et le fémur, âge inférieur à 18 ans, niveau 1
 - Interventions sur la hanche et le fémur, âge inférieur à 18 ans, niveau 2
 - Interventions sur la hanche et le fémur, âge inférieur à 18 ans, niveau 3
 - Interventions sur la hanche et le fémur. âge inférieur à 18 ans. niveau 4

► Restitution des résultats

- **Au global par ES :**
 - nombre de patients réhospitalisés dans un délai de 1 à 7 jours (numérateur)
 - nombre de patients avec une 1^{ère} hospitalisation dans l'ES (dénominateur)
 - taux de réhospitalisation « observé » de l'ES (numérateur/ dénominateur)
 - taux de réhospitalisation « attendu » (référence nationale)
 - ratio entre le taux « observé » et le taux « attendu »

NB. Pour les ES ayant pris en charge moins de 30 patients (hors séances) par an les résultats ne sont pas restitués car le taux de réhospitalisation serait difficile à interpréter.

⁵ Tous ces résultats individuels sont disponibles pour chaque ES sur ScanSanté par n° FINESS (entité géographique pour les ES privés, les ESPIC, l'AP-HP, les HCL et l'AP-HM et entité juridique pour les autres ES publics).

Identité de l'établissement

FINES : xxx
 Raison sociale : CH XX
 Secteur de financement : Ex-DG
 Catégorie d'établissement : CH

Taux de réhospitalisation dans un délai de 1 à 7 jours

Année 2015	Nombre de patients réhospitalisés dans un délai de 1 à 7 jours (numérateur)	Nombre de patients hospitalisés (dénominateur)	Taux de réhospitalisation observé	Taux de réhospitalisation attendu	Ratio (taux observé / taux attendu)
Etablissement	1 417	47 383	3.0%	3.5%	0,86
Catégorie d'établissement	71 926	1 996 481	3.6%	3.6%	1,01
France entière	293 228	10 803 529	2.7%	NC	NC

Annee N-1

Année 2014	Nombre de patients réhospitalisés dans un délai de 1 à 7 jours (numérateur)	Nombre de patients hospitalisés (dénominateur)	Taux de réhospitalisation observé	Taux de réhospitalisation attendu	Ratio (taux observé / taux attendu)
Etablissement	1 512	47 214	3.2%	3.4%	0,93
Catégorie d'établissement	71 050	1 955 220	3.6%	3.6%	1,02
France entière	289 041	10 730 006	2.7%	NC	NC

- Par racine de GHM pour chaque ES :

- nombre de patients réhospitalisés dans le délai de 1 à 7 jours (numérateur)
- nombre de patients avec une 1^{ère} hospitalisation dans l'ES (dénominateur)
- taux de réhospitalisation « observé » de l'ES (numérateur/ dénominateur)
- taux de réhospitalisation « attendu » (référence nationale)
- ratio entre le taux « observé » et le taux « attendu »

NB. Pour les racines de GHM correspondant à moins de 30 patients (hors séances) par an les résultats ne sont pas affichés car le taux de réhospitalisation serait difficile à interpréter. En revanche toutes les racines sont bien prises en compte dans le calcul du taux de réhospitalisation de l'ES.

Taux de réhospitalisation dans un délai de 1 à 7 jours par racine de GHM (pour un nombre de patients >=30 au dénominateur)

Année 2015	Nombre de patients réhospitalisés dans un délai de 1 à 7 jours (numérateur)	Nombre de patients hospitalisés (dénominateur)	Taux de réhospitalisation observé	Taux de réhospitalisation attendu	Ratio (taux observé / taux attendu)
23M20 - Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23	67	1 257	5.3%	5.9%	0,90
14M03 - Affections de l'ante partum sans intervention chirurgicale	39	314	12.4%	15.8%	0,78
15M05 - Nouveau-nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1)	32	3 083	1.0%	1.1%	0,98
19M21 - Explorations et surveillance pour maladies et troubles mentaux	32	249	12.9%	4.5%	2,85
20Z05 - Ethylisme aigu	24	690	3.5%	3.4%	1,03
01M22 - Migraines et céphalées	20	296	6.8%	4.6%	1,47
05K10 - Actes diagnostiques par voie vasculaire	19	630	3.0%	7.0%	0,43
05M09 - Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire	18	289	6.2%	6.9%	0,90
07M14 - Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 07	18	62	29.0%	13.8%	2,10

► **Interprétation du ratio = taux « observé » de l'ES / taux « attendu»⁶**

Le ratio qui rapporte le taux observé au taux attendu permet à l'ES de se situer par rapport à la pratique nationale compte tenu de son activité.

> 1 :	taux « observé » de l'ES supérieur à son taux « attendu », reflet d'une « sur-réhospitalisation »
= 1 :	taux « observé » conforme à son taux « attendu »
< 1 :	taux « observé » moins élevé que le taux « attendu », reflet d'une « sous-réhospitalisation »

L'ES peut analyser l'évolution de ses résultats dans le temps puisque les taux sont mis à jour annuellement.

NB. Le programme SAS de calcul de l'indicateur sera mis à disposition sur l'accès sécurisé aux données PMSI de façon à ce que chaque ES puisse mener ses analyses complémentaires (par ex. : identifier la part des réhospitalisations prises en charge dans un autre ES ; identifier les complications codées lors des réhospitalisations).

6. UTILISATION DE L'INDICATEUR

S'agissant d'un indicateur de vigilance généré automatiquement à partir du PMSI-MCO, sans préjuger du caractère programmé ou non des réhospitalisations, l'ES analysera ses résultats en les croisant notamment avec ceux d'autres indicateurs disponibles⁷. Par cette investigation complémentaire, l'ES cherchera à expliquer l'évolution de son taux de réhospitalisation, le cas échéant, son écart à la moyenne et à analyser ses pratiques pour identifier les réhospitalisations dues à une prise en charge initiale perfectible clinique et/ou organisationnelle (ex. gestion de la sortie du patient). Il en cherchera les motifs, les facteurs de risques. Une analyse à partir des racines de GHM les plus pourvoyeuses de réhospitalisations pourra être effectuée. Le diagnostic ainsi réalisé pourra aider l'ES à identifier et à prioriser des actions d'amélioration, et les outils / leviers à utiliser (ex. recommandations de bonne pratique, procédure de sortie, lettre de liaison ville-hôpital, plan personnalisé de soins, éducation thérapeutique, conciliation médicamenteuse).

⁶ Ce taux est obtenu en appliquant le taux national de réhospitalisation observé par GHM au case mix de l'ES.

⁷ Indicateurs nationaux (cf. www.has-sante.fr ; www.sante.gouv.fr), régionaux (ex. mis en œuvre par les ARS) ou locaux (propres à l'ES)

Exemples d'indicateurs complémentaires que l'ES peut mobiliser	
Catégorie d'indicateurs	Eléments mesurés
Indicateurs de processus	Qualité de la lettre de liaison à la sortie (QLS) du thème « Dossier patient »
	indicateurs du thème « Qualité et sécurité du parcours des patients en chirurgie ambulatoire »
Indicateur de résultat	e-Satis + 48h MCO et particulièrement le domaine « Organisation de votre sortie»
Indicateurs d'usage du système d'information	Par ex. indicateurs des domaines fonctionnels du programme hôpital numérique : <ul style="list-style-type: none"> - Publication de comptes rendus d'hospitalisation dans le DMP (D2.2)⁸ - Taux de séjours pour lesquels le dossier patient informatisé a été mis à jour et contient le compte rendu d'hospitalisation (D2.4)
Indicateur de performance	Par ex. Indice de performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS) ⁹
Autre(s)	Par ex. des indicateurs locaux : <ul style="list-style-type: none"> - Recours aux urgences - Transferts vers d'autres établissements de santé - ...

7. INFORMATION - COMMUNICATION

Les résultats de l'évolution de l'indicateur peuvent faire l'objet d'une information/communication auprès des instances de l'ES dont la commission des usagers (CDU) et de l'ensemble des professionnels.

⁸ Taux moyens d'atteinte du seuil fixé, au 6 avril 2016, pour les ES qui ont saisi les informations sur la plateforme oSIS : D2.2 : 11% des ES et D2.4 : 62% des ES

⁹ IP-DMS = nombre de journées réelles/nombre de journées théoriques

Nombre de journées théoriques = nombre de journées qu'il y aurait eu si tous les séjours du case mix GHM de l'ES (hors séances) avaient eu comme durée la DMS nationale du GHM (DMS de référence)

IP-DMS > 1 : il y a globalement plus de journées d'hospitalisation dans l'ES qu'attendues compte-tenu du case mix GHM des prises en charge ; IP-DMS < 1 : signifie le contraire

8. ANNEXES

A. Fiche descriptive de l'indicateur

LEGENDE



Justification de la décision prise

Intitulé	Taux de réhospitalisation dans un délai de 1 à 7 jours en MCO
Type d'indicateur	Indicateur de résultat, de vigilance pour alerter.
Objectif	Disposer d'un indicateur de mesure des réhospitalisation dans un délai de 1 à 7 jours puisque la prévention des réhospitalisation constitue un enjeu important tant en termes de qualité-sécurité des prises en charge qu'en termes de coûts.
Utilisation	<ul style="list-style-type: none">- Indicateur de vigilance pour alerter l'établissement de santé (ES) et qui lui permettrait de s'interroger sur ses pratiques cliniques et/ou organisationnelles (ex. la gestion de la sortie du patient hospitalisé vers son domicile pour réduire les risques de rupture de parcours de soins).- L'ES peut analyser l'évolution des résultats de l'indicateur dans le temps et mesurer l'écart de sa pratique à la pratique nationale calculée tous les ans (taux « attendu » : taux nationaux de réhospitalisation appliqués à l'activité de l'ES).- L'analyse de ses résultats croisée avec ceux d'autres indicateurs disponibles dans l'ES, contribue à la réalisation d'un état des lieux objectif et <i>in fine</i> à identifier et à prioriser des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à mettre en place et à suivre.
Etablissements de santé (ES) concernés	ES ayant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique (hors HAD et dialyse).
Définitions : hospitalisation index et réhospitalisation	<ul style="list-style-type: none">- L'hospitalisation index correspond au premier séjour de l'année du patient ayant pour modes d'entrée et de sortie le domicile (résidence ou établissement avec hébergement).- La réhospitalisation correspond à une nouvelle hospitalisation intervenant dans le délai de 1 à 7 jours pour un patient en provenance du domicile (y compris entrant par les urgences), quel que soit l'ES qui l'accueille et quels que soient le mode de prise en charge (hospitalisation complète et hospitalisation sans nuitée) et le caractère programmé ou non – hors exclusions. <p> <i>Le taux de réhospitalisation est comparable lorsqu'on exclut ou inclut les patients hospitalisés sans nuitée. L'exclusion des patients sans nuitée sortirait du dispositif des ES avec une activité exclusivement ambulatoire.</i></p> <p>Seule la 1^{ère} réhospitalisation du patient est prise en compte même si le patient est réhospitalisé plusieurs fois dans le délai de 7 jours, au cours de l'année.</p> <p> <i>En cas de réhospitalisations multiples, il est difficile notamment d'attribuer la réhospitalisation à l'un des ES, si plusieurs ES sont concernés.</i></p>

Construction du taux par ES

Nombre de patients réhospitalisés, dans un délai de 1 à 7 jours, suite à l'hospitalisation index dans l'ES

=

Nombre de patients ayant une hospitalisation index dans l'ES terminée au cours de l'année N

NB. Dénominateur : Seule la 1^{ère} hospitalisation du patient est prise en compte

La 1^{ère} hospitalisation dans un ES est comptabilisée au dénominateur de cet ES quelle que soit la suite de son parcours (réhospitalisation ou non)

Méthode « spécifique » pour la cataracte

Une prise en charge des deux yeux successivement dans un délai de 1 à 7 jours augmente significativement le taux de réhospitalisation.

En cas de deux interventions successives pour cataracte dans un délai de 1 à 7 jours, on identifie comme « réhospitalisation » un séjour qui a lieu dans les 7 jours suivant la 2^{nde} intervention pour cataracte (elle-même prise en charge dans les 7 jours suivant la 1^{ère} intervention pour cataracte).

La réhospitalisation est affectée à l'ES ayant réalisé la 2^{nde} intervention (ES B dans l'exemple ci-après).



 Certains ES spécialisés dans la prise en charge de la cataracte proposent les 2 interventions pour cataracte en moins de 8 jours. Une gestion spécifique du calcul des réhospitalisation suite à prise en charge de la cataracte est mise en œuvre afin de ne pas cibler des ES spécialisés qui proposent cette prise en charge.

Critères d'inclusions



Le patient - quel que soit son âge - admis pour un séjour MCO (en hospitalisation complète ou en ambulatoire) avec un mode d'entrée et de sortie « domicile »¹⁰ (dont les patients en EHPAD) et ayant été admis pour une 1^{ère} hospitalisation terminée dans l'année N.

Critères d'exclusions



Ces patients sont exclus de la base de calcul, c'est-à-dire comptés ni au numérateur ni au dénominateur

Les patients dont la 1^{ère} hospitalisation de l'année N correspond à une réhospitalisation dans un délai de 1 à 7 jours suite à une hospitalisation terminée dans l'année N-1.

Les patients ayant eu au moins un séjour de soins palliatifs qu'il soit codé en diagnostic principal (GHM 23Z02Z) ou en diagnostic associé (GHM Z515)



Le retour à domicile du patient en situation palliative résulte de sa demande notamment sous réserve de pouvoir être réhospitalisé à tout moment

¹⁰ Par conséquent, sont exclus de la base de calcul (comptés ni au numérateur ni au dénominateur) :

- les patients transférés dans un autre ES dans la continuité d'une 1^{ère} hospitalisation (il peut être difficile d'identifier l'ES à qui attribuer la réhospitalisation, le 1er ES ou l'ES de transfert)
- Les patients décédés lors de la 1^{ère} hospitalisation (minimiserait le taux de réhospitalisation)

 <p>Seuls les séjours et les séances (non les patients) sont exclus de la base de calcul</p>	<p>Les séjours relevant de la CMD 27 (transplantations d'organes)</p> <p> <i>Venues itératives et régulières du patient. En outre, ces séjours ne sont effectués que dans les ES publics</i></p> <p>Les séances suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Séances de la CMD 28 ✓ Insuffisance rénale, avec dialyse (GHM 11K02) ✓ Chimiothérapie pour leucémie aiguë (GHM 17M05) ✓ Chimiothérapie pour autre tumeur (GHM 17M06) ✓ Autres irradiations (GHM 17K04) ✓ Curiéthérapies de prostate (GHM 17K05) ✓ Autres curiéthérapies et irradiations internes (GHM 17K06) ✓ Autres curiéthérapies (GHM 17K08) ✓ Irradiations internes (GHM 17K09) ✓ Chimiothérapie pour affections non tumorales (GHM 23M09) <p> <i>Venues itératives et régulières du patient</i></p> <p>Les séjours en erreurs (CMD 90)</p> <p>Les prestations inter-établissements (type séjour = « B »)</p> <p>Les séjours qui n'ont pas pu être chaînés</p>
<p>Unité de compte</p>	<p>Le patient quel que soit son âge (et non pas le séjour)</p> <p> <i>Un même patient peut avoir plusieurs séjours dans l'année observée mais seule la 1^{ère} hospitalisation comptera. Les simulations faites en prenant en compte tous les séjours montrent que la différence est minime</i></p>
<p>Délai pris en compte</p>	<p>La réhospitalisation a lieu dans un délai de 1 à 7 jours après le retour à domicile du patient</p> <p> <i>Le risque de comptabiliser des réhospitalisations programmées (ex. interventions bilatérales, chirurgie des varices) est atténué par le délai ≤ 7 jours et les critères d'exclusions (ex. séances)</i></p> <p><i>Les réhospitalisations « à 0 jour » sont exclues des calculs car il s'agit le plus souvent de transferts mal codés.</i></p>
<p>Période de calcul</p>	<p>L'année de fin de la 1^{ère} hospitalisation (peu importe sa durée), si elle est suivie d'une 2^{ème} hospitalisation dans un délai de 1 à 7 jours, détermine l'année sur laquelle la réhospitalisation est comptabilisée.</p> <p>Si la 1^{ère} hospitalisation de l'année N fait suite, dans un délai de 1 à 7 jours, à une hospitalisation terminée en année N-1 alors il s'agit d'une réhospitalisation à comptabiliser dans le taux de l'année N-1 (cf. critères d'exclusion et schéma n° 3 « Année prise en compte pour comptabiliser la réhospitalisation »)</p>
<p>Source de données</p>	<p>PMSI-MCO</p>

Version de classification des GHM

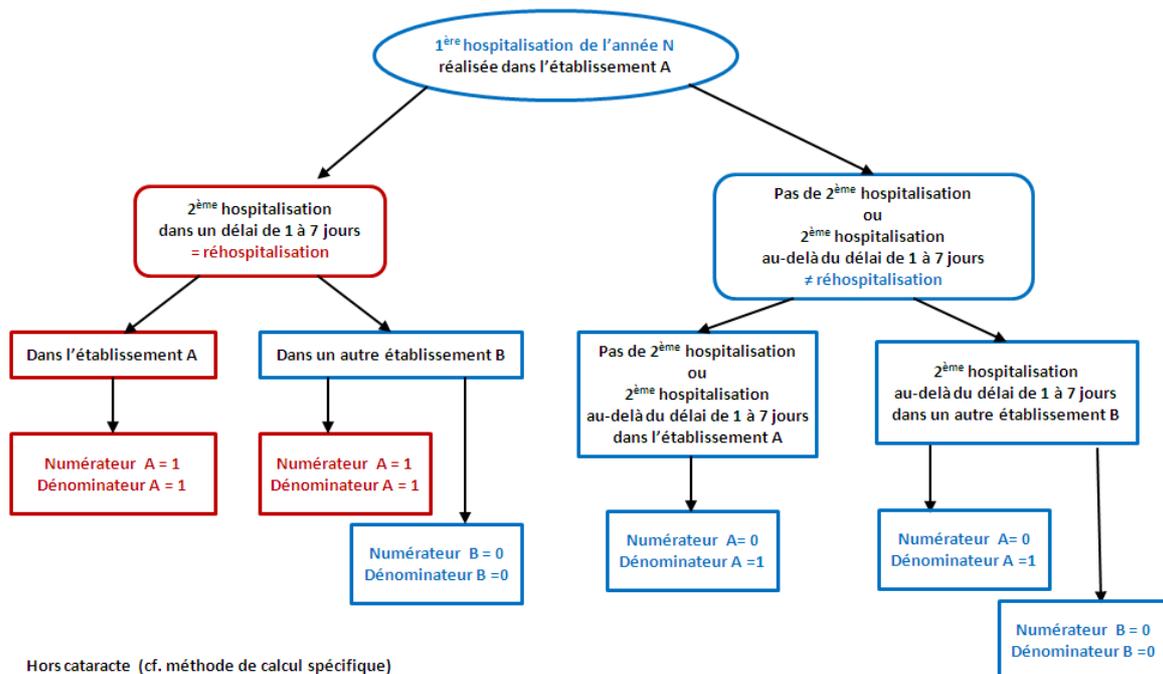
Le calcul du taux de réhospitalisations de l'année N (cf. période de calcul) est effectué à partir des bases PMSI des années N, N-1 et N+1

Pour travailler à version de classification des GHM constante :

- se référer à la version de classification en vigueur au 1^{er} mars de l'année N et grouper les séjours de janvier-février de l'année N dans la même version
- limiter la période d'analyse N+1 aux mois de janvier-février codés selon la même version

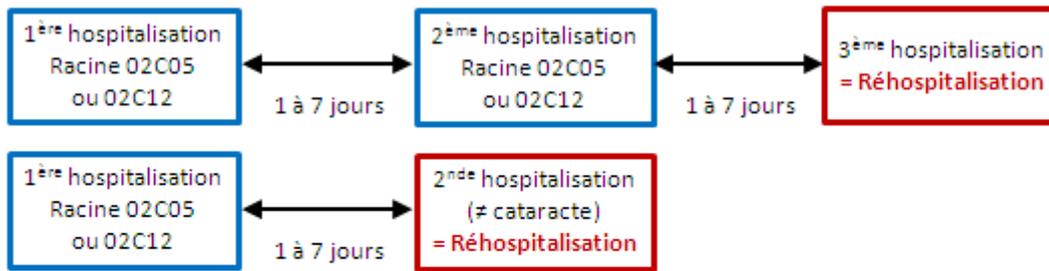
B. Schémas pour comprendre

► Schéma 1 : Calcul du numérateur et du dénominateur du taux de réhospitalisation de l'année N

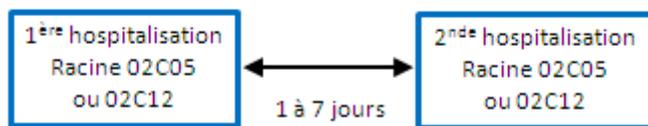


► **Schéma 2 : Méthode de calcul spécifique pour la cataracte**

● Réhospitalisation suite à une intervention pour cataracte :



● Pas de réhospitalisation comptabilisée si :



► **Schéma 3 : Année prise en compte pour comptabiliser la réhospitalisation**

Une hospitalisation : ←→ Deux hospitalisations séparées d'un délai de 1 à 7 jours : ←→ ←→

Base 2014 Déc. 2014 - janv. 2015	Base 2015 Déc. 2015 - janv. 2016	Base 2016	Année	Numérateur	Dénominateur
←→			2014	0	1
←→ ←→			2014	1	1
←→ ←→	←→		2014	1	1
	←→		2015	0	1
	←→ ←→		2015	1	1
		←→	2015	0	1
	←→ ←→		2015	1	1
	←→ ←→	←→	2015	1	1
	① ←→ ←→	←→	2015	1	1
		② ←→ ←→ ←→	2016	1	1

L'année de fin de la 1^{ère} hospitalisation (peu importe sa durée), si elle est suivie d'une 2^{ème} hospitalisation dans un délai de 1 à 7 jours, détermine l'année sur laquelle la réhospitalisation est comptabilisée.

Les réhospitalisations terminées en N+1 suite à une hospitalisation terminée en N sont comptabilisées pour l'année N, par ex. :

- ① Si la fin de la 1^{ère} hospitalisation a lieu en 2015 alors la réhospitalisation est comptabilisée pour l'année 2015
- ② Si la fin de la 1^{ère} hospitalisation a lieu en 2016, bien que cette hospitalisation ait commencé en 2015, alors la réhospitalisation est comptabilisée pour l'année 2016

C. Bibliographie

- *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Préparation de la sortie du patient hospitalisé* ; ANAES - Service Évaluation en Établissements de Santé ; novembre 2001
- *Measuring potentially avoidable hospital readmissions*. Halfon, P., Eggli, Y., van Melle, G., Chevalier, J., Wasserfallen, J. B., & Burnand, B. (2002). *J Clin Epidemiol*, 55(6), 573-587
- *A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization: a randomized trial*. Jack BW1, Chetty VK, Anthony D, Greenwald JL, Sanchez GM, Johnson AE, Forsythe SR, O'Donnell JK, Paasche-Orlow MK, Manasseh C, Martin S, Culpepper L. ; *Ann Intern Med*. 2009 Feb 3;150(3):178-87
- *Are All Readmissions Bad Readmissions?* ; Correspondence Massachusetts Medical Society ; *New Engl* July 15, 2010
- *Interventions to Reduce 30-Day Rehospitalization: A Systematic Review* ; Luke O. Hansen, MD, MHS; Robert S. Young, MD, MS; Keiki Hinami, MD, MS; Alicia Leung, MD; and Mark V. Williams, MD ; *Ann Intern Med*. 2011;155:520-528. 2011 American College of Physicians
- *Hospital Readmissions - Not Just a Measure of Quality* ; Shreya Kangovi, MD, David Grande, MD, MPA *JAMA*, October 26, 2011—Vol 306, No. 16
- *Thirty-Day Readmissions — Truth and Consequences* ; Karen E. Joynt, M.D., M.P.H., and Ashish K. Jha, M.D., M.P.H. *New Engl* April 12, 2012
- *A Path Forward on Medicare Readmissions* ; Karen E. Joynt, M.D., M.P.H., and Ashish K. Jha, M.D., M.P.H. *N Engl J Med* 2013; 368:1175-1177, March 28, 2013
- *Effectiveness of a multihospital effort to reduce rehospitalization*. Hansen LO et al. Project BOOST, *J Hosp Med* 2013;8(8):421-7
- *Evaluating iatrogenic prescribing: Development of an oncology-focused trigger tool*. Hébert G, Netzer F, Ferrua M, Ducreux M, Lemare F, Minvielle E. *European Journal of Cancer (Oxford, England: 1990)*. (2014) doi:10.1016/j.ejca.2014.12.002
- *A roadmap for comparing readmission policies with application to Denmark, England, Germany and the United States*; S.R. Kristensen et al. / *Health Policy* 119 (2015) 264–273
- *Rethinking Thirty-Day Hospital Readmissions: Shorter Intervals Might Be Better Indicators Of Quality Of Care*; David L. Chin, Heejung Bang, Raj N. Manickam and Patrick S. Romano ; *Health Aff* October 2016 35:101867-1875

D. Glossaire

ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CDU	Commission des usagers des établissements de santé
CMD	Catégorie majeure de diagnostic
CME	Commission/conférence d'établissement
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DIM	Département d'information médicale
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ES	Etablissement de santé
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
GHM	Groupe homogène de malades
HAS	Haute Autorité de santé
IQSS	Indicateur de qualité et de sécurité des soins
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
PACQSS	Politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins
PMSI	Programme de médicalisation de l'information médicale
QLS	Qualité de la lettre de liaison à la sortie (IQSS)