
Concept d'évaluation Réadmissions potentiellement évi- tables avec SQLape à partir des don- nées 2017 de l'OFS

Version 4.0, février 2019

Table des matières

Préambule.....	3
1. Situation initiale	3
2. La méthode SQLape	4
2.1 Description et définition.....	4
2.2 Possibilités, logiciel d'analyse des résultats I.....	4
2.3 Adaptation de l'indicateur réadmissions de SQLape.....	5
2. Transmission et évaluation des données.....	6
3.1 Base de données : la statistique médicale des hôpitaux.....	7
3.2 Contrat de protection des données entre l'ANQ et l'Office fédéral de la statistique (OFS).....	7
3.3 Rôle et tâches de SQLape sàrl.....	7
3.4 Rôle et tâches de socialdesign ag.....	7
3.5 Transmission des résultats.....	7
4. Analyse spécifique aux hôpitaux/cliniques	9
4.1 Période de l'analyse.....	9
4.2 Transmission des résultats aux hôpitaux	9
4.3 Explication des différentes valeurs	9
4.4 Interprétation des résultats	10
5. Analyse comparative nationale	12
5.1 Introduction.....	12
5.2 Structure et contenu du rapport comparatif national.....	12
5.3 Explications quant à la présentation des résultats.....	12
5.4 Aperçu national par catégorie d'hôpital	13
5.5 Évaluation individuelle des hôpitaux/cliniques par catégorie d'hôpital.....	13
6. Publication des résultats	14
Sources.....	14
Annexe 1 : historique des modifications SQLape.....	15
Annexe 2 : Qualité des données	17
Mentions légales.....	19



Préambule

L'élaboration des concepts d'évaluation de l'ANQ est dynamique, les nouvelles connaissances et les développements éventuels des mesures sont intégrés en permanence.

Les documents servant de base aux concepts d'évaluation de l'ANQ sont le contrat qualité national ainsi que le règlement des données de l'ANQ.

1. Situation initiale

L'indicateur des taux de réadmissions potentiellement évitables fait partie du plan de mesure de l'ANQ et donc du contrat qualité national. Il règle la mise en œuvre et le financement des mesures de la qualité nationales dans le secteur de l'hospitalisation (source <https://www.anq.ch/fr/>).

Les données de la statistique médicale des hôpitaux sont utilisées pour l'évaluation des réadmissions potentiellement évitables. Le calcul de l'indicateur est réalisé avec la méthode SQLape (voir point 2). Un contrat régulant les obligations des deux parties a été conclu entre le fournisseur de l'outil SQLape et l'ANQ : clarification des rôles, des tâches et de la collaboration, de l'aspect du financement et de la protection des données.

Le flux de données et l'évaluation sont présentés dans le présent concept d'évaluation. La publication transparente est définie dans le [concept de publication](#) spécifique de la mesure.

2. La méthode SQLape

Sur mandat de l'ANQ, l'indicateur est calculé à l'aide de l'outil SQLape en se basant sur les données de la statistique médicale des hôpitaux. L'outil SQLape est complété et amélioré chaque année par l'ajout des nouveaux codes CIM-10 et CHOP. Une liste chronologique des adaptations apportées au fil des années se trouve à l'annexe 1.

Vous trouverez de plus amples informations techniques sur www.sqlape.com.

2.1 Description et définition

Réadmissions potentiellement évitables :

Une réadmission est considérée comme potentiellement évitable si elle n'était pas prévisible au moment de la sortie de l'hospitalisation précédente, si elle est causée par au moins une affection déjà connue au moment de cette sortie et si elle survient dans les 30 jours. Sont considérées comme prévues p. ex. les réadmissions en lien avec une transplantation, un accouchement, une chimiothérapie ou une radiothérapie, ou encore avec une intervention chirurgicale faisant suite à une hospitalisation pour des examens. Les réadmissions pour une nouvelle affection qui n'était pas présente lors du séjour précédent sont considérées comme inévitables.

L'expression « potentiellement évitable » signifie que, dans l'idéal, une réadmission n'est pas prévisible au moment de la sortie. Il s'agit donc d'un événement indésirable dont les causes peuvent être multiples. L'algorithme détecte bien les réadmissions non souhaitées, comme le montrent la sensibilité (96 %) et la spécificité (96 %), qui sont très bonnes¹. Cela ne signifie toutefois pas que toutes ces réadmissions auraient pu être évitées, raison pour laquelle nous conseillons, si elles sont trop fréquentes, d'en analyser les causes.

Le délai de 30 jours est celui généralement retenu dans la littérature scientifique². Il a été confirmé par l'étude des données suisses³.

Les réadmissions dans un autre hôpital sont prises en compte grâce au code de liaison anonyme développé par l'OFS.

Une description détaillée de la méthode est disponible sous forme de manuel didactique pour les réadmissions potentiellement évitables sur le site de l'ANQ : [manuel didactique](#)

2.2 Possibilités, logiciel d'analyse des résultats

Les hôpitaux/cliniques disposent de deux possibilités pour l'analyse approfondie des résultats fournis par l'ANQ :

- Outil SQLape : les hôpitaux peuvent installer gratuitement en interne cet outil se basant sur Access. Cette formule complémentaire permet de calculer rapidement les indicateurs directement à l'hôpital et d'analyser individuellement les cas suspects. Des informations nuancées sur

¹ Halfon P, Egli Y, Prêtre-Rohrbach I, Meylan D, Marazzi A, Burnand B. *Validation of the potentially avoidable hospital readmission rate as a routine indicator of the quality of hospital care. Medical Care 2006;44(11):972-981.*

² Ashton CM, Wray NP. A conceptual framework for the study of early readmission as an indicator of quality of care. *Soc Sci Med 1996;43(11):1533-1541.*

³ Halfon P et al 2002, voir plus haut

les réadmissions potentiellement évitables sont disponibles à tout moment. Un contrat de licence est conclu entre le fournisseur de SQLape et l'hôpital pour la protection des droits d'auteur. Les hôpitaux peuvent transmettre la licence requise (dongle) à des tiers pour leur permettre d'effectuer rapidement les calculs à leur intention. Les conditions à respecter dans ce cas figurent dans le contrat de licence.

- SQLape-Monitor : c'est un outil conçu par l'entreprise INMED. Cet outil permet aux hôpitaux/cliniques d'effectuer une analyse approfondie des cas suspects. Vous trouverez de plus amples informations sur notre portail Web (<https://www.anq.ch/fr/domaines/soins-aigus/informations-sur-les-mesures-en-soins-aigus/readmissions/>).

2.3 Adaptation de l'indicateur réadmissions de SQLape

Une nouvelle définition du cas a été introduite dans la statistique médicale des hôpitaux suisses en 2012. Si un cas est réadmis dans un délai de 18 jours dans le même hôpital pour le même diagnostic principal du même groupe (MDC), les deux cas sont regroupés.

À partir de 2012, le format des données de la statistique médicale de l'OFS prévoit que les dates d'interruption des séjours regroupés soient indiquées, de même que les dates de chaque intervention chirurgicale et les raisons des réadmissions. Ces informations permettent d'attribuer les interventions à chaque séjour comme auparavant. En revanche, les diagnostics et les modes d'admission (planifiée ou non) ne peuvent être attribués qu'à l'ensemble des séjours regroupés, ce qui appauvrit un peu l'information disponible.

Pour assurer la continuité de l'indicateur, les séjours réels sont reconstitués à partir des données recueillies par l'OFS, de manière à pouvoir continuer à identifier les réadmissions potentiellement évitables après chaque sortie.

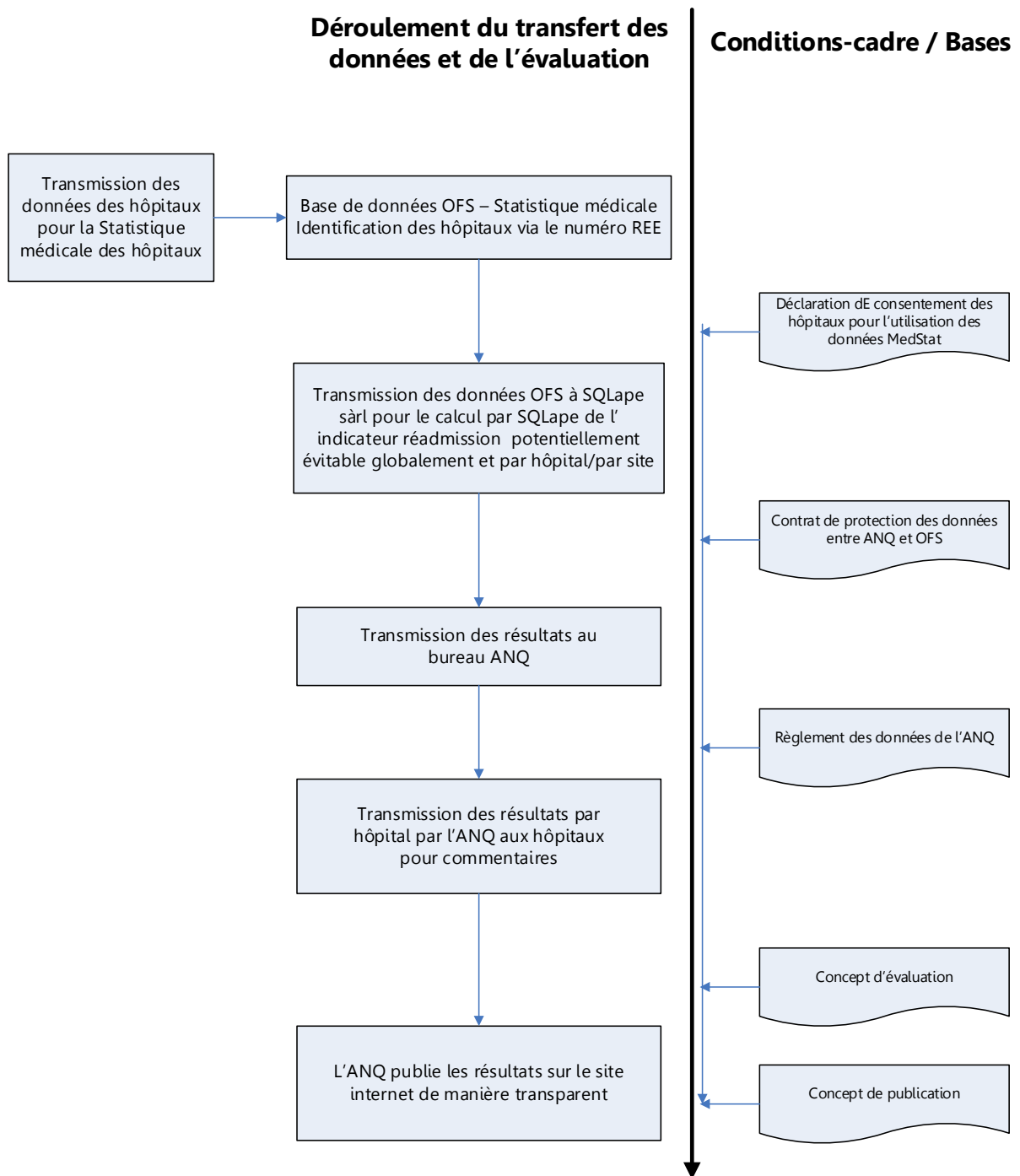
Ces cas regroupés en raison de complications sont considérés comme potentiellement évitables. Les autres cas regroupés sont traités normalement par l'algorithme. La nouvelle définition du cas a été simulée sur la base des données 2010 (de janvier à novembre). La proportion d'erreurs a été de 2,7 % (faux positifs et faux négatifs), ce qui est heureusement relativement faible et permet de garantir la continuité des résultats.

Le but de l'indicateur SQLape® est d'analyser la qualité de la préparation des sorties. Une réadmission est considérée comme potentiellement évitable si elle est liée à un diagnostic déjà connu lors de l'hospitalisation qui précède et sans que cela soit prévisible au moment de la sortie.

Le but de SwissDRG est d'éviter que les hôpitaux ne fractionnent les séjours pour maximiser les montants facturés. Ainsi, tous les cas sont regroupés si un nouveau séjour survient pour la même spécialité (diagnostics principaux rattachés au même MDC) dans les 18 jours. Ce délai a été fixé empiriquement en se basant sur le fait qu'un patient refusera en général de se faire hospitaliser plusieurs fois si le délai est trop long.

La logique des DRG est tout à fait louable dans la mesure où les payeurs ne veulent pas payer deux fois pour un même problème. Mais elle ne permet pas de détecter les réadmissions non prévisibles à la sortie. Celles-ci nécessitent un algorithme beaucoup plus fin, qui correspond à une logique médicale entre le premier séjour et la réadmission.

2. Transmission et évaluation des données



3.1 Base de données : la statistique médicale des hôpitaux

La statistique médicale des hôpitaux de l'OFS relève chaque année les données relatives à toutes les hospitalisations dans les hôpitaux suisses. Ceux-ci sont tenus de relever et de livrer ces données. Les hôpitaux, ainsi que les sites pour les groupes hospitaliers, peuvent être retrouvés dans la statistique au moyen du numéro de registre des entreprises et des établissements (REE). Un code de liaison anonyme permet de calculer les réadmissions dans d'autres hôpitaux.

Le code de liaison anonyme permet de reconnaître les cas d'hospitalisations multiples sans compromettre l'anonymat des données relevées. Il est anonymisé au moyen d'un procédé de hachage (hashing) puis de cryptage des variables identifiées⁴.

La condition à l'utilisation des données de la statistique médicale pour le calcul des indicateurs est une déclaration de consentement signée par les hôpitaux. L'OFS ne met les données à disposition que lorsque la déclaration remplie par l'hôpital et signée par la direction de l'établissement est en sa possession.

3.2 Contrat de protection des données entre l'ANQ et l'Office fédéral de la statistique (OFS)

Un contrat de protection des données conclu entre l'Office fédéral de la statistique et l'ANQ règle les principes de la livraison des données, l'objectif de leur utilisation, ainsi que les obligations de l'OFS et de l'ANQ relatives à leur évaluation et à leur protection.

3.3 Rôle et tâches de SQLape sàrl

L'entreprise SQLape sàrl a conçu l'algorithme utilisé pour calculer les réadmissions potentiellement évitables. Elle est responsable de l'actualisation et de l'adaptation annuelles de l'algorithme. L'OFS transmet à SQLape sàrl les données de la statistique médicale pour le calcul des résultats par hôpital. SQLape sàrl contrôle et valide les données avant d'effectuer les analyses. L'évaluation des données a pour objectif le calcul comparatif des résultats des réadmissions potentiellement évitables par hôpital/site et sur le plan national. Toutefois, les analyses peuvent aussi concerner d'autres critères pertinents. L'ANQ détermine avec le GQ de SQLape si et quelles analyses supplémentaires doivent être réalisées.

3.4 Rôle et tâches de socialdesign ag

L'ANQ a chargé l'entreprise socialdesign ag à Berne d'élaborer le rapport comparatif national. La personne responsable travaille avec SQLape sàrl afin que le transfert des résultats et des analyses dans le rapport comparatif national soit aussi fluide que possible.

3.5 Transmission des résultats

SQLape sàrl transmet à l'ANQ les documents suivants sous forme électronique modifiable :

- les résultats calculés par hôpital ou par site dans un dossier zippé protégé ;
- les valeurs calculées pour la mise en forme graphique des résultats à des fins de publication sur le site Web de l'ANQ sous forme de fichier Excel ;

⁴ La protection des données dans la statistique médicale. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.230439.html> (consulté le 14/02/2019)



- les éventuelles analyses supplémentaires sont mises à la disposition de l'ANQ dans des formats électroniques modifiables.

Ces documents sont préparés par le bureau et mis à la disposition des hôpitaux/cliniques (voir chapitre 4).

4. Analyse spécifique aux hôpitaux/cliniques

4.1 Période de l'analyse

La période de l'analyse se base sur les admissions index et s'étend du 01/12/AAAA-1 au 30/11/AAAA. Cela garantit l'identification des réadmissions éventuelles en décembre AAAA.

4.2 Transmission des résultats aux hôpitaux

L'ANQ transmet ensuite aux hôpitaux participant à l'évaluation leurs résultats spécifiques. Les résultats sont mis à la disposition des hôpitaux sur la plate-forme de partage de l'ANQ. Les interlocuteurs indiqués recevront un lien pour le téléchargement des tableaux cryptés. Ils recevront le code de l'hôpital dans un e-mail séparé. La figure 3 montre la représentation des résultats des réadmissions potentiellement évitables tels qu'ils sont mis à la disposition des hôpitaux.

Potenziell vermeidbare Rehospitalisationsraten pro Standort, BFS-Daten 2016										
Taux de réadmissions potentiellement évitables par site, données OFS 2016										
Tassi di riammissioni potenzialmente evitabili per sito, dati UST 2016										
Code	Daten-qualität	Rehospitalisationen	Auswertbare Austritte	Beobachtete Rate global	% extern	Erwartete Rate global	maximal	Verhältnis	Limite Signifikanzniveau 5%	Ergebnis
Code	Qualité des données	Réadmissions	Sorties éligibles	Taux observé global	% externe	Taux attendu global	maximal	Ratio des taux	Seuil de signification 5%	Résultat
Codice	Qualità dei dati	Riammissioni	Uscite eleggibile	Tasso osservato globale	% esterno	Tasso atteso globale	massimo	Ratio dei tassi	Limite di significatività 5%	Risultato
aa	OK	334	8 294	4.03%	20.10%	4.11%	4.46%	0.98	1.09	●
bb	OK	257	5 839	4.40%	12.05%	3.97%	4.39%	1.11	1.11	▲
cc	OK	164	3 669	4.47%	16.55%	3.83%	4.34%	1.17	1.13	▲
ddd	OK	1 008	20 974	4.81%	14.55%	4.64%	4.87%	1.04	1.05	●

Figure 3 Représentation des résultats spécifiques des hôpitaux pour les réadmissions potentiellement évitables

Dans la comparaison entre les hôpitaux, il faut noter que ce n'est pas la comparaison des taux prévus et observés entre les hôpitaux qui est pertinente, mais le rapport (ratio) entre le taux prévu et la valeur observée.

4.3 Explication des différentes valeurs

Code	Code individuel des hôpitaux/cliniques
Qualité des données	Cette rubrique contient des informations sur la qualité des données de l'OFS. Les catégories et leurs interprétations sont expliquées plus en détail à l'annexe x.
Réadmissions	<p>Nombre de réadmissions potentiellement évitables identifiées pendant la période de mesure</p> <p>Une réadmission est considérée comme potentiellement évitable si les trois critères suivants sont réunis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - elle est en lien avec l'affection de l'hospitalisation précédente ; - elle n'était pas prévisible à la sortie de l'hospitalisation précédente ; - elle se produit dans les 30 jours suivant la sortie de l'hospitalisation précédente.

Sorties éligibles	Nombre de séjours après exclusion des nouveau-nés sains, des décès, des transferts vers d'autres hôpitaux, des patients résidant à l'étranger, des patients en psychiatrie, en gériatrie ou en réadaptation, avec apnées du sommeil et des patients candidats à la chirurgie d'un jour
Taux observé	<p>L'algorithme analyse toutes les sorties éligibles, que les réadmissions aient été prévues ou potentiellement évitables.</p> <p>Le taux global observé est le pourcentage des réadmissions sur les sorties éligibles.</p> <p>Le terme de « global », qui désigne le taux pour l'ensemble de l'hôpital, englobe les réadmissions dans le même hôpital (taux « interne ») et les réadmissions dans un autre hôpital (taux « externe »). Pour les groupes hospitaliers : l'hospitalisation index a eu lieu dans un site et la réadmission dans un autre site du groupe – cette réadmission est prise en compte dans le taux des réadmissions interne.</p> <p>Les réadmissions dans un autre hôpital sont prises en compte dans le taux externe.</p> <p>Ces dernières sont identifiées à l'aide du code de liaison anonyme de l'OFS.</p> <p>Les réadmissions externes sont représentées sous forme de pourcentage du taux global observé.</p>
Taux attendu (ARO)	<p>L'outil SQLape calcule pour chaque hôpital le taux attendu sur la base du profil du patient : diagnostics, intervention chirurgicale, âge, sexe, type d'admission (urgence ou non) et hospitalisations au cours des six mois précédents. Le modèle d'ajustement a été calculé sur la base de plus de 3 millions d'hospitalisations dans plus de 200 hôpitaux suisses entre 2007 et 2012, et ajusté aux risques pour chaque hôpital.</p> <p>Le terme de « global » désigne le taux attendu de réadmissions en fonction du modèle d'ajustement. La valeur maximale correspond à la limite supérieure selon ce modèle d'ajustement.</p>
Ratio des taux	Taux observé/attendu de l'hôpital
Seuil de signification de 5 %	Taux pour lesquels la probabilité qu'ils s'écartent de 1 en raison du hasard est inférieure à 5 %. Taux attendu maximal / taux attendu.
Interprétation	<p>▲ Taux trop élevé. Il est recommandé d'analyser les causes de réadmissions en vue d'en réduire le nombre (si possible)</p> <p>● Taux dans la norme</p>

4.4 Interprétation des résultats

Le ratio des taux (observé/attendu) permet de savoir si le taux observé dépasse le taux attendu (ratio >1) ou non. Si le taux observé dépasse le taux attendu maximal ou – ce qui revient au même – si le ratio des taux dépasse le seuil fixé pour un niveau de signification de 5 %, cela signifie que le taux est trop élevé (représenté par un triangle rouge). Nous recommandons à ces hôpitaux de procéder à une analyse approfondie des cas de réadmissions potentiellement évitables au moyen d'une étude des



dossiers des patients. Ceci peut être réalisé à l'aide de l'outil SQLape-Monitor ou de l'application traditionnelle basée sur Access (outil SQLape).

Sinon, le taux est considéré dans la norme (résultat représenté par un rond vert).

5. Analyse comparative nationale

5.1 Introduction

Socialdesign ag remet le rapport comparatif national à l'ANQ environ deux mois après l'évaluation des données par SQLape sàrl. L'objectif de cette évaluation est la publication transparente des réadmissions potentiellement évitables sous forme de comparaison entre les hôpitaux/cliniques.

5.2 Structure et contenu du rapport comparatif national

Le rapport comparatif national comprend les chapitres suivants :

- Résumé
- 1. Introduction
- 2. Méthode : base de données, description de l'algorithme, modèle d'ajustement, qualité des données
- 3. Résultats en fonction des catégories d'hôpitaux
- 4. Discussion et recommandations
- Bibliographie
- Annexes

5.3 Explications quant à la présentation des résultats

Le rapport entre le taux observé et le taux prévu est utilisé pour l'évaluation comparative nationale et représenté sous forme de graphique en entonnoir (figure 5). Le rapport entre les taux observés/attendus permet une comparaison des hôpitaux en tenant compte du nombre de cas. À l'aide de leurs valeurs individuelles, les hôpitaux peuvent identifier leur position par rapport aux autres hôpitaux.

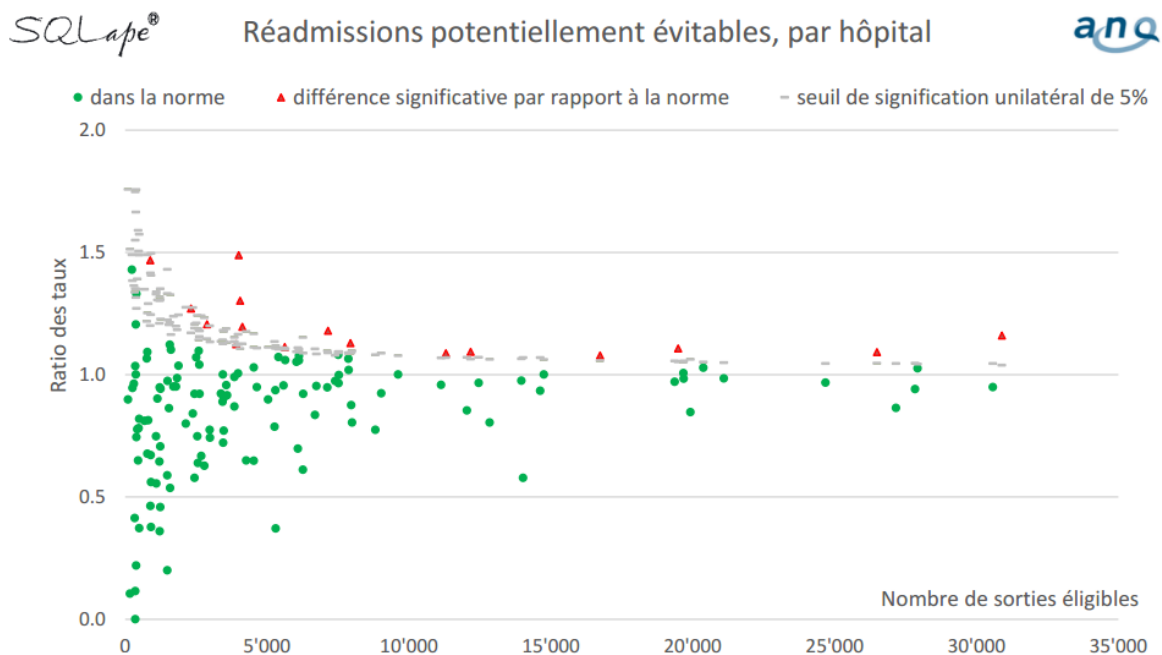


Figure 5 : graphique en entonnoir des données 2016 de l'OFS

Les hôpitaux qui ont des ratios des taux (observé/attendu) plus élevés que le seuil (niveau de signification 5 %) sont figurés par des triangles rouges. Les hôpitaux qui sont dans la norme sont figurés par des ronds verts.

Les résultats des hôpitaux/cliniques ayant la problématique de la qualité des données 1' (moins de 1 % des patients avec un code de liaison identique sur deux années consécutives) ne sont pas représentés.

5.4 Aperçu national par catégorie d'hôpital

Les résultats nationaux globaux sont représentés par catégorie d'hôpital dans un tableau.

Les catégories sont les suivantes :

- Centre/soins de base : niveau de soins 1 – 5
- Cliniques spécialisées : cliniques spécialisées en chirurgie, autres cliniques spécialisées

Les valeurs suivantes de l'année de données en cours sont représentées pour chaque catégorie :

- nombre de sorties éligibles ;
- nombre de réadmissions potentiellement évitables ;
- taux observé : taux global et pourcentage de réadmissions externes ;
- taux attendu : taux global et limite supérieure maximale selon le modèle d'ajustement ;
- ratio des taux : taux global observé/taux global attendu ;
- niveau de signification de 5 % : taux pour lesquels la probabilité qu'ils s'écartent de 1 en raison du hasard est inférieure à 5 % ;
- résultat : représentation graphique du résultat : en cas de rond rouge, le ratio des taux est supérieur à la limite de signification de 5 % ; en cas de rond vert, le ratio des taux est dans la norme.

5.5 Évaluation individuelle des hôpitaux/cliniques par catégorie d'hôpital

Selon le même principe de représentation pour l'aperçu national par catégorie d'hôpital, les résultats de tous les hôpitaux/cliniques participants sont représentés par catégorie d'hôpital.

6. Publication des résultats

Après approbation du rapport comparatif national par les organes compétents de l'ANQ, l'ANQ décide de la publication des résultats ou de leur niveau de détail pour le public conformément au concept de publication actuel.

Sources

Egglı Y, Halfon P, Meylan D, Taffé P. *Surgical safety and hospital volume across a wide range of interventions. Medical Care 2010; 48(11):962-71.*

Halfon P, Egglı Y, van Melle G, Chevalier J, Wasserfallen JB, Burnand B. *Measuring potentially avoidable hospital readmissions. J Clin Epidemiol 2002; 55:573-587.*

Halfon P, Egglı Y, Matter M, Kallay C, van Melle G, Burnand B. *Risk-adjusted potentially avoidable re-operation rates computed from routine data help hospitals identify quality problems. J Clin epidemiology 2007;60(1):56-67.*

Halfon P, Egglı Y, Prêtre-Rohrbach I, Meylan D, Marazzi A, Burnand B. *Validation of the potentially avoidable hospital readmission rate as a routine indicator of the quality of hospital care. Medical Care 2006;44(11):972-981.*

Rousson V, Le Pogam MA, Egglı Y. Control limits to identify outlying hospitals based on risk-stratification. *Stat Methods Med Res.* 2016 Sep 19.

Annexe 1 : historique des modifications SQLape

Réadmissions

Version	Partie	Modification	Effet
2011	Sorties éligibles	Exclusion des patients hospitalisés dans les unités de psychiatrie, de gériatrie et de réadaptation (codes de l'OFS : M500, M900, M950, M990) ; avant, seuls les <u>hôpitaux</u> psychiatriques, gériatriques et de réadaptation étaient exclus	Important
2012	Sorties éligibles	Exclusion de l' <u>apnée du sommeil</u>	Faible
	Algorithme	Exclusion des chimiothérapies non planifiées (les chimiothérapies planifiées étaient déjà exclues avant) Exclusion des codes supplémentaires en cas de risque de fausse couche	Faible Faible
2013	Algorithme	Étape 6, adaptation de la liste des complications (suppression des complications dues à des médicaments)	Faible
		Étape 8, prolongation de la liste des traumatismes (essentiellement luxation des articulations et rupture des tendons)	Faible
		Étape 8, exclusion des pathologies difficiles : purpura thrombocytopénique idiopathique, sclérose en plaques, cirrhose, calculs urinaires	Modéré
	Valeurs attendues	Le modèle d'ajustement est mis à jour avec les données 2007-2011 des hôpitaux suisses, reflétant les pratiques les plus récentes (auparavant 2003-2007), même intervalle de confiance (de $\pm 0,0046$ à $\pm 0,0043$)	Modéré
	Données d'entrée	Nouvelles définitions de cas (Office Fédéral de la Statistique)	Modéré
2014	Algorithme	Étape 8, exclusion du syndrome myélodysplasique avec transfusion sanguine (pathologies difficilement traitables)	Faible
		Étape 8, exclusion de la bronchiolite aiguë (âge < 2 ans)	Pédiatrie
		Étape 4, exclusion de l'agranulocytose après chimiothérapie	Faible
	Valeurs attendues	Le modèle d'ajustement est mis à jour avec les données 2007-2012 des hôpitaux suisses	Faible
2015	Sorties éligibles	Exclusion des patients avec une catégorie principale psychiatrique (catégories SQLape® P-fH, P-tD, P-zZ : psychose, hallucination, delirium, dépression, autre maladie psychiatrique) sans comorbidité somatique.	Modéré
		Exclusion de la catégorie de qualification M990 (« autre activité ») comme avant, mais seulement si la durée moyenne de séjour dépasse 10 jours.	Faible
	Valeurs attendues	Le modèle d'ajustement est mis à jour avec les données 2007-2012 des hôpitaux suisses	Faible
2016	Sorties éligibles	Soins palliatifs et de réadaptation comme critère d'exclusion (Z50, Z54 et Z515) étendus aux diagnostics secondaires	Important

	Algorithme	Étape 2. Si des complications iatrogènes sont le motif de la réadmission = complication pour les cas regroupés (pas de changement pour les cas non regroupés) Étape 8 : récurrence d'obstruction ou d'adhésion intestinale non chirurgicale, introduite dans la liste des pathologies difficilement traitables	Faible
	Valeurs attendues	Mises à jour pour les modifications ci-dessus	Faible
2017	Sorties éligibles	Exclusion des soins palliatifs par les procédures (code CHOP 938A, 0,6 % de sorties éligibles en moins)	Faible
	Algorithme	Étape 3. Exclusion des autres aphérèses thérapeutiques (réadmission avec opération 9979, 0,3 % de cas en moins)	Faible
		Étape 4. Exclusion des vaccinations après naissance prématurée (réadmission avec diagnostic principal Z23, Z24, Z27, 0,2 % de cas en moins) et des immunothérapies en cas de cancer (réadmission avec opération 9929, 2,7 % de cas en moins)	Faible Modéré
		Étape 8. Exclusion des photophérèses thérapeutiques pour rejet de greffe (réadmissions avec opération 9988 et diagnostics T860, T862, T863, T868, 0,4 % de cas en moins) ; Exclusion des insuffisances hépatiques en présence de cirrhose (K704 comme diagnostic principal de réadmission, en présence du code K703 comme diagnostic secondaire, < 0,1 % de cas en moins)	Faible
	Valeurs attendues	Mise à jour des modifications ci-dessus (données 2010-2014) et nouveau calcul des seuils (niveau de signification 5 %) tenant compte de la variabilité aléatoire des taux observés et attendus	Important
Présentation	Nouvelle présentation graphique		
2018	Codes CIM et CHOP	Mise à jour des codes diagnostiques et opératoires 2018	
	Taux attendu	Mise à jour, années de référence : 2010-2014 (affinement de la catégorie diagnostique « heart or large vessel injury », mise à jour des candidats à la chirurgie de jour)	Faible

¹ Rousson V, Le Pogam MA, Egli Y. Control limits to identify outlying hospitals based on risk-stratification. *Statistical Methods in Medical Research*, 2016 (0 :1-14).

Annexe 2 : Qualité des données

QUALITÉ DES DONNÉES	EXPLICATION	CONSÉQUENCE	SOLUTION
OK	Pas de problème détecté dans la qualité des données.	Aucune	
(1)	Les patients n'ont pas le même code de liaison anonyme d'une année à l'autre.	Le taux de réadmission observé est sous-estimé (il manque les réadmissions de janvier après les sorties de décembre). Le taux de réadmission attendu est sous-estimé (certaines hospitalisations des six mois précédents ne sont pas identifiées).	Restreindre la période d'analyse des réadmissions à la période du 01/01-30/11/2012 et ajuster le taux attendu (+0,0012). Pour l'avenir, OFS : améliorer la fiabilité des codes de liaison anonymes
(1')	Peu de patients (< 1 %) ont le même code de liaison anonyme d'une année à l'autre		
(2)	Manque de précision dans le codage des diagnostics ou des Interventions chirurgicales	Biais possible du taux attendu	
(3)	Moins de 15 % des interventions minimalement invasives	Biais possible du taux attendu et de la population à prendre en compte	Vérifier que les interventions des centres d'endoscopie et de chirurgie ambulatoire sont codées
(4)	Plus de 50 % domiciliés à l'étranger	Biais dans la population à prendre en compte	Proportion atypique de patients domiciliés à l'étranger (exclus de l'analyse)
(9)	Proportion d'interventions à but thérapeutique justifiées par un diagnostic correspondant (prélèvement pour greffe, extraction de corps étranger, appendicectomie secondaire, interventions chirurgicales sur la peau et les ganglions, biopsies exclues). L'exhaustivité des diagnostics est considérée comme anormale si cette proportion est < 90 %.	Biais possible du taux attendu	
(10)	Proportion d'interventions codées pour des patients ayant au moins un diagnostic justifiant une intervention : avortement, fistule anale, césarienne, coxarthrose, tumeur bénigne, goitre, fracture du fémur, hémorroïdes, hydrocèle, hernie inguinale, troubles des ménisques, décollement de rétine, cancer de la peau, déchirure de tendon, prolapsus utérin comme diagnostic principal ; appendicite comme diagnostic principal ou	Biais possible du taux attendu	

	secondaire). L'exhaustivité des opérations est considérée comme anormale si cette proportion est < 90 %.		
(11)	>1 % de diagnostics principaux manquants (séjours sans diagnostic principal codé)	Biais possible du taux attendu de réadmissions	Codage systématique des diagnostics principaux (responsable de la surveillance : OFS)
(12)	>5 % de dates d'entrée ou de sortie douteuses (chevauchement de séjours de mêmes patients)	Biais possible du taux observé de réadmissions	Améliorer la fiabilité de ces dates (responsable de la surveillance : OFS)



Mentions légales

Titre	Concept d'évaluation de l'ANQ Réadmissions potentiellement évitables SQLape
Année	février 2019
Auteur-e-s	Madame Regula Heller, responsable médecine somatique aigüe avec la participation du groupe qualité SQLape
Membres du groupe qualité SQLape	Dr Brigitte Brunner, Médecin adjointe, Médecine interne, responsable de l'interprétation des indicateurs SQLape, Hôpital cantonal d'Uri Prof. Dr med. Jacques Donzé, Médecin chef du département de médecine Spécialiste FMH en médecine interne, Hôpital Neuchâtel Dr med. Heidi Graf, Collaboration Codage central, Hôpital Thurgau AG Andrea Heiermeier, Direction Management de la qualité et des processus, Hôpital Muri Dr Estelle Lécureux, Responsable indicateurs cliniques, Direction médicale, CHUV Stefan Lippitsch, Contrôleur médical, Hirslanden AG, Zurich Uwe Schmidt-Zinges, Responsable du contrôle médical et codage, Hôpitaux de Schaffhouse Alan Valnegri, EOQUAL, Responsable gestion des données, EOC Lugano Dr med. Jörk Volbracht, Responsable du contrôle médical et chef d'état-major de la Direction médicale, Hôpital universitaire de Zurich
Mandant représenté par	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) Madame Daniela Zahnd, collaboratrice scientifique en médecine somatique aigüe, ANQ Bureau de l'ANQ Weltpoststrasse 5, 3015 Berne T 031 511 38 48, daniela.zahnd@anq.ch, www.anq.ch
Copyright	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) Le comité de l'ANQ a validé le concept d'évaluation « Réadmissions potentiellement évitables SQLape » v 4.0 le 03/05/2019.