



*Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche*

Rapport comparatif national « Réadmissions non planifiées »

Données de l'OFS 2021

Dr med Dr sc nat Michael Havranek

Version 1.0, juillet 2023 (disponible en allemand, français et italien)

Table des matières

1.	Introduction	3
2.	Méthodologie des réadmissions non planifiées	3
2.1.	Critères d'inclusion et d'exclusion	4
2.2.	Identification des réadmissions non planifiées	5
2.3.	Ajustement au risque des taux de réadmissions	6
2.4.	Terminologie employée	7
2.5.	Base de données	7
3.	Résultats	8
3.1.	Composition des sorties prises en compte et des réadmissions	8
3.2.	Examen détaillé des résultats des différents indicateurs	10
3.3.	Examen séparé des différents types d'hôpitaux	14
3.4.	Évolution dans le temps	17
3.5.	Conclusions relatives à la population de patients (sélection)	19
4.	Discussion	27
5.	Bibliographie	29
6.	Mentions légales	30

1. Introduction

Les réadmissions non planifiées après une hospitalisation sont considérées comme un événement indésirable du processus de traitement. Elles contribuent à la fois à un allongement de la durée des souffrances des patientes et patients et à une augmentation des coûts pour les hôpitaux et les contribuables [1]. C'est pourquoi certains pays ont mis en place des initiatives de qualité visant à réduire le nombre de réadmissions non planifiées. En Suisse, les taux de réadmissions non planifiées dans les soins hospitaliers aigus sont recueillis et publiés par l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ). Depuis 2022 (année de données 2021 OFS), l'ANQ applique pour ce faire un ensemble de 13 indicateurs de qualité permettant de déterminer les réadmissions non planifiées dans les 30 jours suivant une hospitalisation. Publiés à l'origine par la « Yale School of Medicine » américaine, ceux-ci sont utilisés depuis par les « Centers for Medicare & Medicaid Services » (CMS) [1-4]. Afin de pouvoir utiliser les indicateurs de réadmissions¹ en Suisse sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (Stat. méd.), le Dr Havranek a recréé des indicateurs en s'appuyant sur nos systèmes de codage médicaux suisses (classifications CIM-10-GM et CHOP) et en adaptant ces indicateurs aux conditions du système de santé suisse. Ils ont ensuite été validés dans le cadre d'une étude de validation à grande échelle menée avec sept partenaires hospitaliers indépendants, et préparés en collaboration avec un partenaire logiciel de l'ANQ (INMED GmbH) sous la forme du logiciel de contrôle de qualité « Qlize! ».

Le présent rapport comparatif décrit les résultats de l'évaluation nationale sous forme agrégée. Il vise d'une part à offrir un aperçu approfondi de l'évaluation des réadmissions non planifiées, et doit, d'autre part, permettre aux hôpitaux de classer et d'interpréter leurs propres résultats. Le rapport comparatif concis est complété par le « Manuel des réadmissions non planifiées » (version détaillée), plus exhaustif, qui explique en détail la méthodologie des réadmissions non planifiées. Nous ne décrivons donc que brièvement la méthodologie des réadmissions non planifiées dans le présent rapport comparatif.

2. Méthodologie des réadmissions non planifiées

La version suisse des indicateurs de qualité relatifs aux réadmissions non planifiées se compose, sur le modèle de l'original américain, d'un taux de réadmission à l'échelle de l'hôpital, de cinq taux spécifiques au diagnostic et de deux taux spécifiques à l'intervention, le taux à l'échelle de l'hôpital étant subdivisé en cinq cohortes de patients et un taux global :

- Réadmissions non planifiées à l'échelle de l'hôpital dans les 30 jours (comprenant toutes les cohortes)
 - Cohorte chirurgie gynécologique
 - Cohorte cardiorespiratoire
 - Cohorte cardiovasculaire
 - Cohorte neurologique
 - (Autre) cohorte médicale
- Réadmissions non planifiées dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde

¹ Dans la suite de ce document, nous utiliserons les termes d'indicateurs de réadmissions ou de taux de réadmissions.

- Réadmissions non planifiées dans les 30 jours suivant une BPCO
- Réadmissions non planifiées dans les 30 jours suivant une insuffisance cardiaque
- Réadmissions non planifiées dans les 30 jours suivant une pneumonie
- Réadmissions non planifiées dans les 30 jours suivant un AVC ischémique
- Réadmissions non planifiées dans les 30 jours suivant un pontage aorto-coronarien isolé
- Réadmissions non planifiées dans les 30 jours suivant une EPT (endoprothèse totale) de hanche ou de genou en électif.

2.1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les spécifications à la base de la conception des 13 différents indicateurs de réadmission suivent une logique similaire et sont démontrées à l'aide du taux de réadmissions non planifiées. La population ou l'échantillon permettant d'identifier les réadmissions non planifiées (il s'agit du dénominateur de l'indicateur de qualité) est défini par les critères d'inclusion suivants lors du premier séjour des patientes et patients :

- 18 ans ou plus
- Le/la patient-e n'est pas décédé-e lors de son premier séjour
- Le/la patient-e n'a pas été transféré-e directement vers un autre hôpital de soins aigus après son premier séjour
- Présence d'un code de diagnostic principal ou d'un code de traitement principal ou secondaire décrivant, selon les critères d'inclusion et d'exclusion spécifiques (cf. le manuel, chapitre 2.2), l'une des cohortes ou un échantillon d'indicateurs spécifiques au diagnostic ou à l'intervention.

Les premiers séjours présentant les critères d'exclusion suivants sont exclus de l'échantillon :

- Sortie contre l'avis du médecin traitant lors du premier séjour
- Présence d'un code de diagnostic principal associé à une maladie psychiatrique ou à une réadaptation, premier séjour dans une clinique psychiatrique (typologie des hôpitaux « K211 » et « K212 ») ou une clinique de réadaptation (« K221 »)² ou premier séjour dans un centre de coûts principal psychiatrique (« M500 »), dans un centre de coûts principal de réadaptation (« M950 ») ou dans un centre de coûts principal pédiatrique (« M400 »)
- Premier séjour pour le traitement médical exclusif d'un cancer, sans intervention chirurgicale (ce critère d'exclusion ne concerne que l'indicateur à l'échelle de l'hôpital et ses cohortes, car les indicateurs spécifiques au diagnostic et à l'intervention sont dans tous les cas orientés sur des diagnostics ou des interventions spécifiques)

² Pour ce critère d'exclusion, il existe des exceptions isolées, à savoir des cliniques qui proposent également une offre de soins aigus et qui sont donc incluses dans les mesures en soins aigus de l'ANQ.

- Absence de période de suivi suffisante de 30 jours suivant la sortie (par exemple en décembre, à la fin de l'année de la période d'étude en cours)³, de sorte qu'il n'est pas possible de déterminer si une réadmission a eu lieu dans les 30 jours
- Lors du premier séjour concerné, il s'agit déjà d'une réadmission non planifiée dans les 30 jours suivant un premier séjour pour la même affection de base⁴
- Le/la patient-e vit à l'étranger
- Présence d'un diagnostic de COVID-19 confirmé par une analyse microbiologique.

La subdivision du taux de réadmissions à l'échelle de l'hôpital en cohortes et en indicateurs spécifiques aux diagnostics et aux interventions est expliquée plus en détail dans le manuel qui complète ce rapport comparatif. Nous ne nous étendons donc pas sur ce point.

2.2. Identification des réadmissions non planifiées

Dans les échantillons des différents indicateurs de réadmission, les réadmissions non planifiées en soins aigus sont enregistrées dans les 30 jours suivant la date de sortie du premier séjour. Les réadmissions non planifiées désignent des événements cliniques aigus qui nécessitent une hospitalisation immédiate et qui n'étaient pas forcément attendus dans le cadre du traitement précédent⁵. Parmi toutes les réadmissions qui surviennent dans les 30 jours suivant une hospitalisation, seules les réadmissions non planifiées peuvent être considérées comme des anomalies de qualité⁶ et sont donc prises en compte dans le numérateur des indicateurs de réadmission. En revanche, les réadmissions planifiées sont exclues et ne sont pas interprétées comme des anomalies indicatrices de défaut de qualité. Dans ce contexte, les réadmissions non planifiées sont toujours considérées comme des anomalies de qualité, et ce indépendamment du motif exact de la réadmission.

La distinction entre réadmissions non planifiées et planifiées se fait au moyen de l'algorithme de la Figure 1 (voir aussi [5]). La logique appliquée ainsi que le système de classification de base sont expliqués plus en détail dans le manuel qui complète ce concept d'évaluation.

³ Cette règle ne s'applique pas aux patientes et patients décédé-e-s dans les 30 jours suivant leur sortie. Les premiers séjours correspondants ne sont pas exclus.

⁴ On ne réutilise pas ces réadmissions non planifiées comme nouveaux premiers séjours ni ne vérifie si elles sont suivies d'autres réadmissions ultérieures, car les réadmissions multiples et répétées des mêmes patientes et patients souffrant de la même affection de base ne sont pas utilisées pour évaluer la qualité des hôpitaux.

⁵ En revanche, les événements cliniques aigus qui nécessitent une hospitalisation immédiate, mais qui étaient attendus, ne sont pas considérés comme des réadmissions non planifiées. Les accouchements en sont un exemple typique.

⁶ En outre, nous attirons ici votre attention sur le fait que la présence d'une « anomalie vis-à-vis de la qualité » désigne certes un événement indésirable, mais qu'il n'indique pas impérativement un problème de qualité au niveau du traitement hospitalier. Seule une analyse plus approfondie de la cause de cette anomalie vis-à-vis de la qualité peut permettre de déterminer s'il existe un véritable problème de qualité (voir également les explications données à ce sujet au chapitre 6 du manuel).

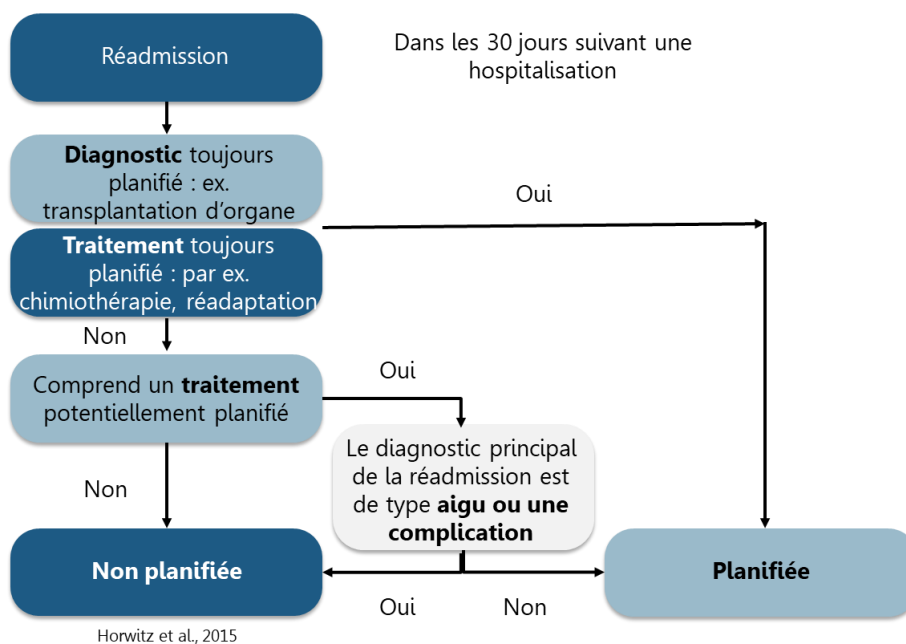


Figure 1 : Algorithme servant à distinguer une réadmission non planifiée d'une réadmissions planifiée (tiré, traduit et modifié de [5], voir à ce sujet les explications dans le manuel).

Les réadmissions présentant les caractéristiques suivantes sont exclues de l'ensemble des réadmissions non planifiées et ne sont donc pas enregistrées comme des anomalies de qualité :

- Réadmissions appelées « *transfert interne* », « *transfert dans les 24 heures* » ou « *retransfert* » ;
- Réadmissions avec diagnostic de COVID-19 établi par une analyse microbiologique.

En outre, dans les données Stat. méd. suisses, en cas de réadmission dans les 18 jours suivant une précédente hospitalisation au sein du même groupe de diagnostic principal, les deux séjours sont regroupés en un seul cas. On parle alors de regroupements de cas, pouvant avoir un impact négatif sur l'indemnisation des hôpitaux⁷, raison pour laquelle ils sont particulièrement mis en évidence dans le présent rapport.

2.3. Ajustement au risque des taux de réadmissions

La correction prenant en compte les risques ou l'ajustement au risque est un procédé statistique permettant de corriger les indicateurs de qualité en fonction des différences entre les patientes et patients des hôpitaux (p. ex. dans le *case mix* et l'offre de traitements). Pour pouvoir comparer la qualité de service des hôpitaux à l'échelle de la Suisse malgré de telles différences entre leurs patientes et patients, les indicateurs doivent être ajustés (c'est-à-dire corrigés) en fonction de certains facteurs de risque liés à ces populations. Cela se fait classiquement par une standardisation des indicateurs de qualité à l'aide d'un modèle statistique (plus précisément d'un modèle de régression multiple). Pour l'ajustement au risque des indicateurs de réadmission en fonction des différences dans le case mix des hôpitaux, l'âge,

⁷ Le terme « hôpitaux » est utilisé au sens large et inclut également les cliniques.

le sexe et un grand nombre de comorbidités possibles des patientes et patients sont pris en compte. Des informations complémentaires à ce sujet sont disponibles dans le manuel qui complète ce rapport comparatif.

Pour l'indicateur de réadmissions à l'échelle de l'hôpital et ses cohortes, il faut en outre tenir compte, lors de l'ajustement au risque, des différences dans l'offre de traitements médicaux des hôpitaux. En effet, différents hôpitaux se distinguent de par leur offre de traitements systématiquement orientée vers certains types de patientes et patients. Dans le cas des indicateurs de réadmission spécifiques au diagnostic et à l'intervention, cela n'est pas nécessaire, car ils n'incluent que des groupes de patientes et patients homogènes (par ex. uniquement les patients souffrant d'un infarctus aigu du myocarde). L'ajustement au risque est effectué séparément pour chacun des 13 indicateurs de réadmission. Ainsi, chaque indicateur peut se voir attribuer une sélection spécifique de facteurs de risque appropriés afin de calculer un modèle de régression logistique multiple distinct. De plus amples informations à ce sujet ainsi qu'une liste des facteurs de risque utilisés pour chaque indicateur de réadmission sont également disponibles dans le manuel et dans l'annexe du manuel qui complète ce rapport comparatif.

2.4. Terminologie employée

Dans le chapitre suivant présentant les résultats, les sorties prises en compte désignent la population ou l'échantillon de cas pour laquelle/lequel on vérifie s'il s'agit de réadmissions non planifiées. Par réadmissions (non planifiées) observées, on désigne les réadmissions non planifiées enregistrées parmi les sorties prises en compte. Le taux observé (de réadmissions non planifiées) est obtenu en divisant les réadmissions observées par les sorties prises en compte. Les réadmissions non planifiées attendues désignent le nombre de réadmissions qui ont été estimées sur la base de la population de patients du site hospitalier concerné, en s'appuyant sur le modèle de régression calculé (en incluant tous les hôpitaux, voir à ce sujet les explications au chapitre 2.3). Le taux attendu (de réadmissions non planifiées) est obtenu en divisant les réadmissions attendues par les sorties prises en compte.

Le taux standardisé de réadmissions (SRR) permet de mettre en rapport les réadmissions observées avec les réadmissions attendues. Le SRR se calcule en divisant les réadmissions observées par les réadmissions attendues. Les valeurs supérieures à 1,0 signifient qu'il y a eu plus de réadmissions observées qu'attendu. Les valeurs inférieures à 1,0 indiquent qu'il y a eu moins de réadmissions observées qu'attendu. Le SRR sert donc de mesure simple pour évaluer les résultats de qualité de différents sites hospitaliers ou pour évaluer différents groupes de patients. Le nombre minimum de cas requis pour les comparaisons statistiques est d'au moins 10 réadmissions attendues par indicateur et par site hospitalier. Pour les sites hospitaliers qui ne remplissent pas ces exigences minimales en matière de nombre de cas, aucune comparaison statistique n'est présentée.

2.5. Base de données

La statistique médicale des hôpitaux (Stat. méd.)⁸ sert de base de données pour la création et l'analyse des 13 indicateurs de réadmission. Les données Stat. méd. pour les analyses des réadmissions non planifiées de l'ANQ sont fournies par l'Office fédéral de la statistique (OFS). L'OFS a la possibilité technique de relier les ID patients de tous les cas entre hôpitaux et années. Ainsi, les réadmissions externes (avec

⁸ De plus amples informations sur la statistique médicale des hôpitaux sont disponibles sur le lien suivant : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/ms.html>.

réadmissions dans d'autres hôpitaux que lors du premier séjour) sont également visibles dans les données et peuvent être incluses dans le calcul des réadmissions non planifiées. Pour les analyses annuelles, on prend en compte la période du 1^{er} décembre de l'année précédente au 30 novembre de l'année d'évaluation en cours, car en décembre de l'année d'évaluation en cours, on ne dispose pas encore des 30 jours complets de période de suivi qui permettraient de vérifier les réadmissions non planifiées.

Pour transmettre aux hôpitaux les résultats des analyses spécifiques à chaque hôpital ou clinique, on utilise le logiciel basé sur le web « Qlize! », qui a été développé par le Dr Havranek et la société informatique INMED en coopération avec différents partenaires hospitaliers dans le cadre d'un projet scientifique soutenu par l'« Agence suisse pour la promotion de l'innovation de la Confédération » (Innosuisse). La version ANQ de Qlize! est financée par une licence collective de l'ANQ et est mise gratuitement à la disposition des hôpitaux. Qlize! permet aux hôpitaux de consulter et d'analyser les résultats d'analyse spécifiques à leur(s) site(s) selon les critères de leur choix et de différentes manières. Pour des raisons didactiques, le présent rapport utilise principalement des représentations analogues aux graphiques de Qlize! pour les résultats nationaux agrégés, afin que les lectrices et lecteurs puissent comparer les résultats nationaux de ce rapport avec les résultats spécifiques à leur hôpital ou clinique.

3. Résultats

Dans ce chapitre, nous présentons les résultats nationaux découlant de l'analyse des réadmissions non planifiées d'après les données de l'OFS pour 2021. La première présentation porte sur la composition des sorties prises en compte (donc l'échantillon) et des réadmissions non planifiées (en tant qu'événement de qualité étudié). Vient ensuite la comparaison des résultats des différents indicateurs de réadmission, différenciés par type d'hôpital, examinés dans le temps et finalisés par groupes de patients sélectionnés.

3.1. Composition des sorties prises en compte et des réadmissions

Le tableau 1 présente la composition des sorties prises en compte à l'aide de l'exemple du taux de réadmissions à l'échelle de l'hôpital, en montrant quelles sorties ont été prises en compte et quelles sorties ont été exclues (voir aussi le chapitre 2.1 pour les critères d'inclusion et d'exclusion). Durant la période étudiée, soit entre le 1^{er} décembre 2020 et le 30 novembre 2021, les données Stat. méd. comp. taient 1'427'754 cas dans tous les hôpitaux suisses. Parmi ceux-ci, 171'170 cas concernaient des nouveau-nés, des enfants et des adolescents de moins de 18 ans, qui n'ont pas été inclus dans les analyses. Pour 172'906 autres cas, il s'agissait de cas provenant de psychiatries et de cliniques de réadaptation, ou de centres de coûts psychiatriques, de réadaptation ou pédiatriques, qui ne sont pas non plus pris en compte. Pour 128'245 cas, ceux-ci présentaient uniquement des diagnostics ou des traitements qui n'entraient dans aucune des cohortes ou indicateurs de réadmission. Il s'agissait, par exemple, de cas psychiatriques ou de réadaptation n'ayant pas déjà été exclus des centres de coûts principaux ou, surtout, de cas purement médicaux (généralement palliatifs) de traitement du cancer (voir également le chapitre 2.1 et le manuel qui complète ce rapport).

En outre, 40'276 cas ont été exclus des sorties prises en compte car ils avaient été transférés directement dans un autre hôpital de soins aigus après leur premier séjour. De même, 33'661 cas ont été exclus car il s'agissait déjà d'une réadmission non planifiée après un premier séjour, et ce afin d'éviter tout comptage multiple successif de réadmissions pour les mêmes patientes et patients. De plus, ont

également été exclus 21'832 cas de patients vivant à l'étranger⁹, 33'091 cas de patients avec un diagnostic COVID-19, 14'534 cas de patients déjà décédés lors de leur premier séjour et 5'506 cas de patients sortis contre l'avis du médecin traitant lors de leur premier séjour. Enfin, 13 cas ont été exclus, car l'OFS n'a pas pu attribuer d'ID au bon patient. Après ces exclusions, on obtient un échantillon final de 806'520 sorties prises en compte pour lesquelles on vérifie alors si elles étaient suivies de réadmissions.

Sorties prises en compte/motifs d'exclusion	Nombre ¹⁰
Tous les cas du 1^{er} décembre 2020 au 30 novembre 2021	1'427'754 ¹¹
- Nouveau-nés, enfants et adolescent-e-s de moins de 18 ans	- 171'170
- Cas des psychiatries et des cliniques de réadaptation	- 172'906
- Cas dont le diagnostic ou le traitement n'est inclus dans aucun des indicateurs	- 128'245
Autres motifs d'exclusion	
- Transferts directs vers d'autres hôpitaux de soins aigus	- 40'276
- Cas qui sont déjà des réadmissions antérieures	- 33'661
- Patients vivant à l'étranger	- 21'832
- Patients avec diagnostic de COVID	- 33'091
- Patients décédés	- 14'534
- Sorties contre l'avis du médecin traitant	- 5'506
- Cas sans ID patient correctement attribué	- 13
Sorties prises en compte	806'520

Tableau 1 : Sorties prises en compte et motifs d'exclusion (voir aussi l'explication dans le texte principal).

Le tableau 2 montre la composition des réadmissions à partir de l'exemple du taux de réadmissions à l'échelle de l'hôpital, en indiquant quelles réadmissions ont été prises en compte comme réadmissions non planifiées ou comme anomalies, et quelles réadmissions ne l'ont pas été (voir aussi le chapitre 2.2). Au total, dans les échantillons définis ci-dessus, 74'815 réadmissions (9.3 %) ont été enregistrées sur les 806'520 sorties prises en compte. Sur ce total, 19'841 réadmissions étaient des cas classés comme réadmissions planifiées selon l'algorithme décrit au chapitre 2.2 et ne sont donc pas comptées comme des anomalies. Pour 1'682 réadmissions, il s'agissait de cas avec des diagnostics COVID, qui ont également été exclus des réadmissions non planifiées. En outre, 2'713 retransferts, 883 transferts internes et 265 transferts dans les 24 heures ont également été exclus des réadmissions non planifiées.

⁹Afin d'améliorer la lisibilité, on utilise parfois dans la suite du présent rapport le terme générique de « patients » dans l'énumération des critères d'exclusion, au lieu de « patientes et patients ».

¹⁰ Certains cas présentaient plusieurs motifs d'exclusion concomitants. Ces cas ont été ajoutés au premier motif d'exclusion dans le tableau.

¹¹ Les cas regroupés (avec sorties intermédiaires) sont comptés comme un seul cas.

Au final, 49'431 réadmissions non planifiées (6.1 %) ont donc été comptabilisées comme des anomalies.

Réadmissions/ motifs d'exclusion	Nombre ¹²
Nombre total de réadmissions	74'815
- Réadmissions planifiées	- 19'841
- Réadmissions avec diagnostic de COVID	- 1'682
Autres motifs d'exclusion	
- Retransferts	- 2'713
- Transferts internes	- 883
- Transferts dans les 24 heures	- 265
Réadmissions non planifiées	49'431

Tableau 2 : Réadmissions et motifs d'exclusion (voir également l'explication dans le texte principal).

3.2. Examen détaillé des résultats des différents indicateurs

Le tableau 3 présente les tailles des échantillons et les taux de réadmissions ventilés selon les différentes cohortes de patients et les indicateurs spécifiques au diagnostic ou à l'intervention¹³. Selon le taux de réadmissions à l'échelle de l'hôpital, la cohorte chirurgie gynécologique est le deuxième échantillon le plus important avec 496'366 sorties prises en compte, suivie par la cohorte médicale (divers) avec 206'132 sorties prises en compte. Les cohortes cardio-respiratoire, cardiovasculaire et neurologique contiennent des échantillons légèrement plus petits, avec environ 40'000 cas chacune. Pour les indicateurs spécifiques aux diagnostics et aux interventions, la taille des échantillons varie de seulement 2'309 sorties prises en compte pour un pontage aorto-coronarien isolé à 31'860 sorties prises en compte pour une EPT de hanche ou de genou en électif (planifiables).

Les taux de réadmissions varient également entre les populations de patients étudiées. De manière générale, on constate que les cohortes de patients médicales ou indicateurs médicaux ont tendance à présenter des taux de réadmissions non planifiées plus élevés que les cohortes chirurgicales. Par exemple, la cohorte chirurgie gynécologique présente le taux de réadmissions le plus faible¹⁴ de toutes les cohortes, avec 4.5 %, tandis que l'échantillon de patientes et patients ayant subi une EPT de hanche ou de genou en électif présente le taux de réadmissions le plus faible parmi les indicateurs

¹² Ici aussi, certaines réadmissions présentaient plusieurs motifs d'exclusion concomitants. Ces cas ont été ajoutés au premier motif d'exclusion dans le tableau. À cela s'ajoute le fait que certains patients ont connu plusieurs réadmissions successives. Dans ce cas, les réadmissions directement consécutives ne sont comptées qu'une seule fois.

¹³ La répartition des cas en cohortes et en indicateurs spécifiques au diagnostic ou à l'intervention est basée sur les caractéristiques lors du premier séjour (voir également les explications données à ce sujet au chapitre 2.2 du manuel).

¹⁴ Dans la suite du rapport, les « réadmissions non planifiées » seront parfois désignées uniquement par le terme « réadmissions ». Il s'agit cependant toujours de réadmissions non planifiées, car ce sont les seules à être utilisées comme indicateur d'anomalies de qualité.

spécifiques au diagnostic et à l'intervention, avec seulement 3.1 %. Le taux de réadmissions non planifiées le plus élevé parmi les cohortes est celui de la cohorte cardio-respiratoire, avec 12.2 %. Au sein des échantillons spécifiques au diagnostic et à l'intervention, les taux les plus élevés ont été observés chez les patientes et patients souffrant d'insuffisance cardiaque (14.5 %) et de BPCO (13.5 %). Cependant, les autres groupes de patients considérés en fonction du diagnostic (avec infarctus aigu du myocarde, pneumonie et AVC ischémique) présentent également des taux de réadmissions plus élevés que la population considérée à l'échelle de l'hôpital. C'est l'une des raisons pour lesquelles ces groupes de patients vulnérables ont été étudiés séparément.

La colonne « Nombre minimum de cas atteint » indique le nombre de sites hospitaliers qui atteignent le nombre minimal de 10 réadmissions attendues afin d'obtenir des résultats statistiques comparatifs pour les différents indicateurs (voir aussi chapitre 2.4). Les deux colonnes suivantes indiquent le nombre de sites hospitaliers dont le taux de réadmissions ajusté au risque est inférieur à la valeur comparative de tous les hôpitaux (c'est-à-dire « meilleur ») et le nombre de sites hospitaliers dont le taux de réadmissions est supérieur à la valeur comparative (c'est-à-dire « hors norme »), en tenant compte d'un niveau de confiance de 95 %. Si l'on considère l'ensemble des hôpitaux, 170 des 182 sites hospitaliers initiaux ont par exemple un nombre de cas minimum suffisant pour permettre des comparaisons statistiques. 42 de ces 170 sites se situent au-dessous de la valeur comparative (24.7 %) et 35 de ces 170 sites au-dessus de la valeur comparative (20.6 %). De manière générale, on constate que si l'on considère uniquement les sites hospitaliers ayant un nombre minimum de cas suffisant, seul un faible pourcentage d'hôpitaux se situe hors de la norme (ou au-dessus ou au-dessous de la valeur comparative nationale). Cette situation est également illustrée dans la figure 2. Celle-ci présente les taux de réadmissions à l'échelle de l'hôpital résultant de la comparaison entre taux de réadmissions observé et taux attendu (sur la base de la patientèle des établissements, voir également le chapitre 2.4), et ce sous forme anonymisée pour les 170 sites hospitaliers.

Indicateurs	Sorties prises en compte	Taux de réadmission	Nombre minimal de cas atteint	Au-dessous de la valeur comparative	Au-dessus de la valeur comparative
Échelle de l'hôpital					
Toutes cohortes confondues	806'520	6.13 %	170	42	35
Lié à la cohorte					
dans la cohorte chirurgie gynécologique	496'366	4.54 %	156	36	19
dans la cohorte cardio-respiratoire	43'041	12.18 %	103	4	9
dans la cohorte cardiovasculaire	35'559	9.09 %	75	2	5
dans la cohorte neurologique	44'337	7.18 %	72	0	4
dans une (autre) cohorte médicale	206'132	8.95 %	133	12	12
Spécifique au diagnostic					
suivant un infarctus aigu du myocarde	11'423	10.67 %	29	4	4
suivant une BPCO	5'839	13.53 %	23	1	0
suivant une insuffisance cardiaque	16'374	14.49 %	77	1	7
suivant une pneumonie	12'756	11.87 %	58	1	4
suivant un AVC ischémique	10'920	6.88 %	23	1	1
Spécifique à l'intervention					
suivant un pontage aorto-coronarien isolé	2'309	6.19 %	6	1	0
suivant une EPT de hanche ou de genou en électif	31'860	3.05 %	29	6	0

Tableau 3 : Sorties prises en compte, taux de réadmissions et nombre de sites hospitaliers qui satisfont aux nombres de cas minimaux dans les différents indicateurs et dont les résultats sont inférieurs ou supérieurs à la valeur comparative nationale de la moyenne de tous les hôpitaux (voir aussi l'explication du texte principal).

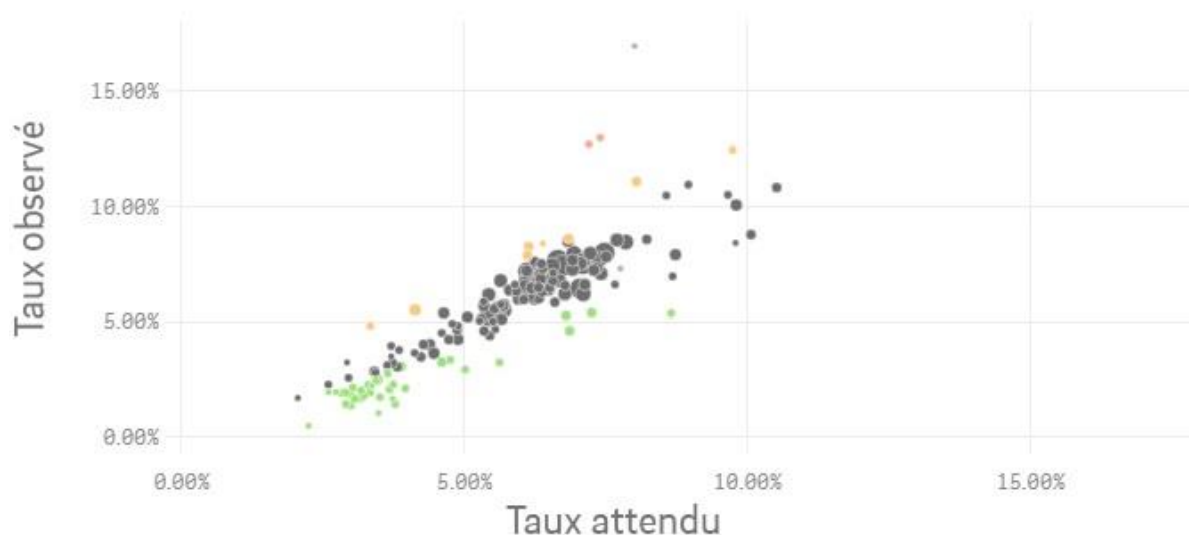


Figure 2 : Comparaison du taux observé et du taux attendu de tous les sites hospitaliers pour le taux de réadmissions à l'échelle de l'hôpital (données extraites du logiciel « Qlize » et modifiées). Chaque point représente le résultat d'un site hospitalier. Sont représentés en vert ou en orange les sites hospitaliers dont le taux est inférieur ou supérieur à la valeur comparative nationale. Les sites hospitaliers représentés en gris sont dans la norme. La taille des points symbolise le nombre de cas sur chaque site hospitalier. Pour l'évaluation, ce ne sont pas les valeurs absolues des hôpitaux qui sont pertinentes, mais les écarts entre le taux observé et le taux attendu (voir également les explications dans le texte principal).

Le tableau 4 présente quant à lui la part moyenne des réadmissions externes et la part moyenne des regroupements de cas parmi toutes les réadmissions non planifiées. À l'échelle de l'hôpital, 18.2 % de toutes les réadmissions non planifiées sont des réadmissions externes dans un autre hôpital que celui du premier séjour. Si l'on compare la part de réadmissions externes entre les différents échantillons, on constate que les patientes et patients souffrant de BPCO, mais aussi d'insuffisance cardiaque et de pneumonie, ainsi que ceux de la cohorte cardio-respiratoire en général, sont moins souvent réadmis en externe. Ces groupes de patients sont généralement réhospitalisés dans le même hôpital que lors de leur premier séjour. Il en va autrement, par exemple, pour les patientes et patients ayant subi un pontage aorto-coronarien ou une EPT de hanche ou de genou en électif. En moyenne, ces groupes de patients sont réhospitalisés dans un autre hôpital que celui du premier séjour pour 36.4 % et 30.6 % des réadmissions.

La part des réadmissions regroupées autour d'un cas (c'est-à-dire des réadmissions dans les 18 jours au sein du même groupe de diagnostic principal) est en moyenne de 29.4 % sur toutes les réadmissions non planifiées à l'échelle de l'hôpital. On observe une part légèrement plus élevée de réadmissions regroupées autour d'un cas, et donc une part plus élevée de patientes et patients réadmis plus tôt, dans les cohortes cardiovasculaire et de chirurgie gynécologique, ainsi que chez les patients ayant subi une EPT de la hanche ou du genou en électif et ceux atteints de BPCO. En revanche, les (autres) cohortes médicales et les patientes et patients souffrant de pneumonie ou d'un pontage aorto-coronarien isolé, par exemple, présentent une part légèrement plus faible de réadmissions regroupées autour d'un cas, ce qui signifie qu'ils ont tendance à être réhospitalisés plus tard.

Indicateurs	Part des réadmissions externes	Part des regroupement de cas
Échelle de l'hôpital		
Toutes cohortes confondues	18.15 %	29.44 %
Lié à la cohorte		
dans la cohorte chirurgie gynécologique	18.32 %	32.91 %
dans la cohorte cardio-respiratoire	14.10 %	29.59 %
dans la cohorte cardiovasculaire	22.94 %	35.68 %
dans la cohorte neurologique	21.44 %	26.84 %
dans une (autre) cohorte médicale	17.25 %	24.50 %
Spécifique au diagnostic		
suivant un infarctus aigu du myocarde	18.05 %	30.19 %
suivant une BPCO	14.43 %	35.82 %
suivant une insuffisance cardiaque	14.12 %	31.20 %
suivant une pneumonie	12.68 %	22.79 %
suivant un AVC ischémique	19.97 %	34.75 %
Spécifique à l'intervention		
suivant un pontage aorto-coronarien isolé	36.36 %	23.08 %
suivant une EPT de hanche ou de genou en électif	30.59 %	32.65 %

Tableau 4 : Part des réadmissions externes et part des regroupements de cas sur l'ensemble des réadmissions non planifiées pour les différents indicateurs (voir également l'explication dans le texte principal).

3.3. Examen séparé des différents types d'hôpitaux

Le tableau 5 compare les résultats des réadmissions à l'échelle de l'hôpital pour les différents types d'hôpitaux, selon la typologie des hôpitaux de l'OFS [6]. Si l'on compare uniquement les taux observés (non ajustés au risque) de réadmissions non planifiées, on constate des différences frappantes entre les types d'hôpitaux. Les taux de réadmissions les plus élevés sont enregistrés dans les hôpitaux universitaires (K111) ; ils diminuent dans les hôpitaux centraux (K112) et chez les prestataires de soins de base de niveau 3 à 4 (K121, K122) et atteignent leur niveau le plus faible dans les cliniques spécialisées (K231, K235), les plus petits prestataires de soins de base (niveau 5) présentant des valeurs plus élevées que les autres prestataires de soins de base. Si l'on compare les réadmissions observées et les réadmissions attendues sur la base du taux de réadmissions standardisé (ajusté au risque) (SRR), les différences semblent moins importantes. Certes, il subsiste certaines différences entre les types d'hôpitaux après ajustement au risque ou après correction pour les différentes populations de patients des hôpitaux. Toutefois, ces différences sont minimes, en particulier entre les types d'hôpitaux généraux. Si l'on considère le SRR, on ne constate plus qu'une légère tendance à la baisse depuis les hôpitaux universitaires (SRR = 1.06) jusqu'aux hôpitaux centraux (1.04) et aux prestataires de soins de base des niveaux 3 à 4 (1.00 à 1.01). Ici aussi, les plus petits prestataires de soins de base présentent un SRR plus

élevé (1.11) que les autres prestataires de soins de base. Les hôpitaux universitaires et centraux ainsi que les plus petits prestataires de soins de base présentent donc un nombre légèrement plus élevé de réadmissions observées par rapport aux réadmissions attendues que les autres hôpitaux de soins de base.

Cependant, les différences entre les hôpitaux généraux et les cliniques spécialisées sont plus importantes. Même après ajustement au risque, il subsiste des différences de SRR entre les hôpitaux généraux et les cliniques spécialisées de type « Chirurgie » et de type « Divers » (K231 et K235, avec des valeurs de SRR de 0.65 et 0.92 respectivement). Les écarts subsistant après ajustement au risque peuvent être dus soit à des écarts de qualité réels, soit par exemple à des offres de traitement différentes entre les hôpitaux, qui ne sont pas expliquées par les caractéristiques des patients prises en compte dans l'ajustement au risque. Pour remédier à cette situation, le taux de réadmissions à l'échelle de l'hôpital a été subdivisé en cohortes homogènes et en groupes de patients spécifiques au diagnostic ou à l'intervention. De cette manière, les comparaisons peuvent être effectuées indépendamment de l'offre de traitements des hôpitaux, car les résultats des différents types d'hôpitaux diffèrent selon l'échantillon de patients considéré. Par exemple, les réadmissions non planifiées après une EPT de la hanche ou du genou présentent des valeurs SRR plus faibles dans les hôpitaux universitaires et les hôpitaux centraux que dans les hôpitaux de soins de base et les cliniques spécialisées. En examinant séparément différents échantillons, les hôpitaux ont donc la possibilité de comparer leurs résultats sur différents groupes de patients afin d'identifier ponctuellement des anomalies.

Catégorie OFS	Nombre	Sorties prises en compte	Taux observé	Taux attendu	SRR
Hôpitaux de soins généraux					
K111 niveau de prestation 1	5	122'645	7.41 %	6.98 %	1.06
K112 niveau de prestation 2	55	397'282	6.68 %	6.43 %	1.04
K121 niveau de prestation 3	29	113'770	5.78 %	5.70 %	1.01
K122 niveau de prestation 4	28	77'142	5.38 %	5.37 %	1.00
K123 niveau de prestation 5	14	10'652	6.82 %	6.14 %	1.11
Cliniques spécialisées					
K231 cliniques spécialisées ; chirurgie	29	66'687	2.13 %	3.29 %	0.65
K235 cliniques spécialisées ; divers	7	4'040	4.01 %	4.38 %	0.92

Tableau 5 : Nombre de sites hospitaliers participants, sorties prises en compte, taux de réadmissions, taux standardisés de réadmissions (SRR) dans les différents types d'hôpitaux (voir explication dans le texte principal). Les sites isolés présentant un nombre de cas aigus très faible ont été exclus de ce calcul¹⁵.

Cependant, si l'on considère ensuite la part des réadmissions externes pour tous les types d'hôpitaux dans le tableau 6, on constate un effet inverse à celui des valeurs SRR. Les hôpitaux universitaires, les

¹⁵ Cette procédure a été nécessaire pour répondre aux exigences de l'OFS en matière de protection des données, visant à empêcher les auteurs de ce rapport d'identifier des personnes physiques ou morales (voir également les explications dans le manuel qui complète ce rapport).

hôpitaux centraux et les grands hôpitaux de soins de base ont une part plus faible de réadmissions externes (entre 13.8 et 16.4 %) par rapport aux petits hôpitaux de soins de base (avec des parts de 20.2 à 30.0 %) et surtout par rapport aux cliniques spécialisées (avec une part de réadmissions externes de plus de 50 ou 70 %). Le tableau 7, qui compare le pourcentage de toutes les réadmissions externes entre les lieux d'origine (représentés par les lignes) et les lieux de destination (représentés par les colonnes), confirme et complète cette impression. L'on constate ainsi, d'une part, que les hôpitaux universitaires et surtout les hôpitaux centraux représentent la plus grande part des lieux d'origine et des lieux de destination, et d'autre part, que les hôpitaux centraux reçoivent plus souvent des réadmissions qu'ils n'en envoient à d'autres hôpitaux. À l'inverse, les cliniques spécialisées ont tendance à être le lieu d'origine des réadmissions plutôt que le lieu de destination. En ce qui concerne la part de regroupements de cas, les types d'hôpitaux se distinguent moins fortement (voir à nouveau le tableau 6). La plupart des types d'hôpitaux affichent des valeurs qui oscillent étroitement autour d'un taux moyen de 29.4 %. Seules les cliniques spécialisées présentent des pourcentages plus élevés ou plus faibles de regroupement de cas.

Catégorie OFS	Part des réadmissions externes	Part des regroupement de cas
Hôpitaux de soins généraux		
K111 niveau de prestation 1	16.37 %	28.85 %
K112 niveau de prestation 2	13.85 %	29.85 %
K121 niveau de prestation 3	20.19 %	28.67 %
K122 niveau de prestation 4	24.96 %	29.59 %
K123 niveau de prestation 5	30.03 %	30.58 %
Cliniques spécialisées		
K231 cliniques spécialisées ; chirurgie	51.16 %	34.06 %
K235 cliniques spécialisées ; divers	71.60 %	16.67 %

Tableau 6 : Part des réadmissions externes et part des regroupements de cas sur l'ensemble des réadmissions non planifiées dans les différents types d'hôpitaux (voir également l'explication dans le texte principal). Les sites isolés présentant un nombre de cas aigus très faible ont été exclus de ce calcul.

		Destination							
		K111	K112	K121	K122	K123	K231	K235	Total
Origine	K111	0.5 %	12.8 %	2.4 %	0.9 %	0.3 %	0.3 %	0.1 %	17.2 %
	K112	11.4 %	25.0 %	4.8 %	4.7 %	1.2 %	1.4 %	0.2 %	48.8 %
	K121	2.7 %	5.2 %	0.5 %	0.8 %	0.1 %	2.5 %	0.0 %	11.9 %
	K122	1.7 %	6.8 %	1.0 %	0.4 %	0.0 %	0.1 %	0.0 %	10.2 %
	K123	0.2 %	1.6 %	0.2 %	0.1 %	0.1 %	0.0 %	0.0 %	2.2 %
	K231	1.2 %	5.4 %	1.1 %	0.5 %	0.1 %	0.1 %	0.0 %	8.4 %
	K235	0.3 %	1.0 %	0.1 %	0.1 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	1.4 %
	Total	18.0 %	57.8 %	10.0 %	7.5 %	1.9 %	4.4 %	0.4 %	100.0 %

Tableau 7 : Heatmap des flux de patients en pourcentage de toutes les réadmissions externes selon les différents types d'hôpitaux. Les tons verts illustrent les flux de patients les plus fréquents entre le lieu de destination et le lieu d'origine.

3.4. Évolution dans le temps

La figure 3 montre l'évolution temporelle des sorties prises en compte (à gauche) et des réadmissions observées (non planifiées) (à droite) pour l'année d'étude 2021. On remarque ici la baisse des réadmissions non planifiées entre décembre 2020 et mars 2021, soit pendant la recrudescence saisonnière de la pandémie de COVID-19 ayant eu lieu à cette époque et en raison des mesures qui y sont liées en Suisse. Outre la baisse des réadmissions due aux mesures COVID, il convient de rappeler que les cas de COVID sont exclus des réadmissions non planifiées (voir également les chapitres 3.1 et 3.2) afin d'éviter, ou du moins d'atténuer, les effets de distorsion potentiels sur les résultats de chacun des hôpitaux en matière de qualité. Cette exclusion constitue une autre raison expliquant le nombre de cas plus faible des mois concernés.

Le tableau 8 compare les résultats sur les deux années de données 2020 et 2021. Il apparaît que les taux moyens de réadmissions de tous les hôpitaux n'ont connu qu'une évolution à la marge au fil des ans ou sont restés identiques pour tous les indicateurs. Les deux dernières colonnes indiquent le pourcentage d'hôpitaux qui ont atteint le nombre minimal de cas au cours des deux années, qui ont obtenu un résultat identique au cours des deux années ou qui ont été hors norme au cours des deux années. On parle de « résultats identiques » lorsque les hôpitaux se situent soit dans la norme pour les deux années, soit au-dessous ou au-dessus de la valeur comparative nationale de tous les hôpitaux pour les deux années. « Hors norme de manière répétée » signifie que les hôpitaux ont affiché des valeurs supérieures à la valeur comparative nationale au cours des deux années. On constate que pour la plupart des indicateurs, environ 80 % des hôpitaux présentent les mêmes résultats d'une année sur l'autre et que seule une petite part des hôpitaux (entre 0.0 et 9.8 %) ont été hors norme de manière répétée.

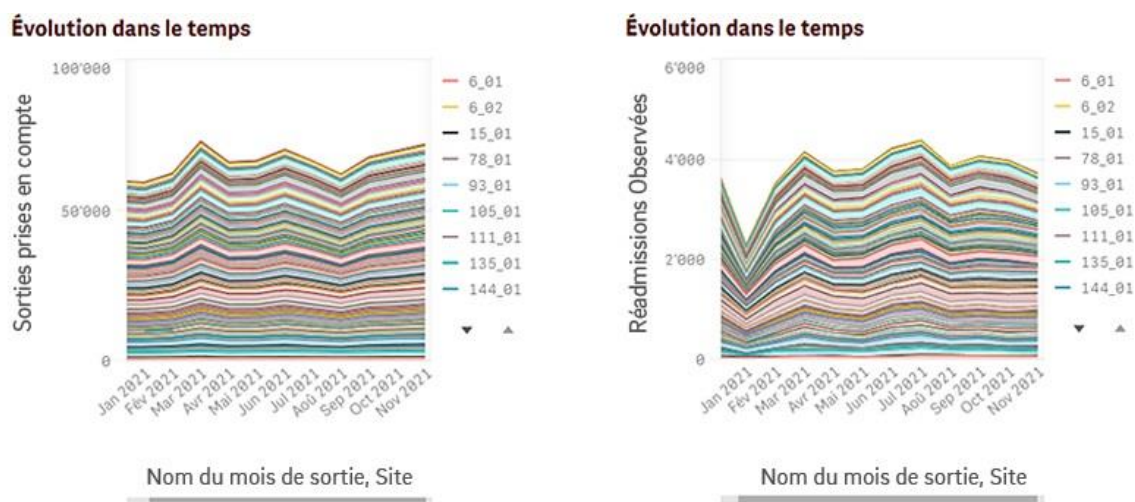


Figure 3 : Évolution dans le temps des sorties prises en compte (côté gauche) et des sorties avec réadmissions observées (côté droit) pendant l'année d'étude 2021 (données extraites du logiciel « Qlize! » et modifiées).

Indicateurs	Taux 2020	Taux 2021	Nombre minimal de cas atteint	Résultats identiques	Hors norme de manière répétée
Échelle de l'hôpital					
Toutes cohortes confondues	6.1 %	6.1 %	164	72.6 %	9.8 %
Lié à la cohorte					
dans la cohorte chirurgie gynécologique	4.5 %	4.5 %	151	74.2 %	6.6 %
dans la cohorte cardio-respiratoire	12.0 %	12.2 %	100	85.0 %	1,0 %
dans la cohorte cardiovasculaire	9.3 %	9.1 %	71	78.9 %	2.8 %
dans la cohorte neurologique	7.2 %	7.2 %	66	81.8 %	0.0 %
dans une (autre) cohorte médicale	8.6 %	8.9 %	128	78.9 %	2.3 %
Spécifique au diagnostic					
suivant un infarctus aigu du myocarde	10.5 %	10.7 %	24	66.6 %	8.3 %
suivant une BPCO	14.0 %	13.5 %	20	100.0 %	0.0 %
suivant une insuffisance cardiaque	14.3 %	14.5 %	68	86.8 %	0.0 %
suivant une pneumonie	11.3 %	11.9 %	54	88.8 %	0.0 %
suivant un AVC ischémique	7.7 %	6.9 %	21	85.7 %	0.0 %

Spécifique à l'intervention					
suivant un pontage aorto-coro- narien isolé	6.4 %	6.2 %	5	80.0 %	0.0 %
suivant une EPT de hanche ou de genou en électif	2.9 %	3.1 %	20	75.0 %	0.0 %

Tableau 8 : Taux de réadmissions pour les années 2020 et 2021, nombre de sites hospitaliers ayant atteint le nombre minimal de cas pour les deux années et pourcentage d'hôpitaux présentant un résultat identique pour les deux années (dans la norme, inférieur ou supérieur à la valeur comparative nationale), ou hors norme de manière répétée (c'est-à-dire supérieur à la valeur comparative) (voir également l'explication dans le texte principal).

3.5. Conclusions relatives à la population de patients (sélection)

Nous allons maintenant examiner certaines conclusions concernant les réadmissions non planifiées à l'échelle de l'hôpital en termes d'âge, de sexe, de groupes de cas liés à un diagnostic (DRG), de centres de coûts principaux, de classes de prestations et de conditions d'admission lors du premier séjour. Il convient de noter que toutes les données présentées se rapportent toujours au premier séjour des patientes et patients. La figure 4 présente la répartition par âge et par sexe parmi toutes les sorties prises en compte (à gauche) et parmi les sorties suivies d'une réadmission (non planifiée) (à droite). Le nombre de sorties prises en compte et le nombre de réadmissions observées augmentent tous deux avec l'âge et diminuent à partir de 80 ans environ. Cependant, si l'on rapporte le nombre de réadmissions observées au nombre de sorties, les réadmissions augmentent de manière disproportionnée, de sorte que le taux observé augmente avec l'âge. Dans les trois catégories d'âge les plus basses, on observe par exemple des taux de réadmission compris entre 3.2 et 4.2 %, et dans les trois catégories d'âge les plus élevées, entre 9.5 et 10.3 %, le taux observé chez les personnes les plus âgées (95 ans et plus) étant ici aussi inférieur à celui des personnes de 85 à 94 ans.

La figure 5 montre toutefois que l'augmentation des taux de réadmission observés en raison de l'âge s'accompagne également d'une augmentation des taux (de réadmission) attendus en raison de la prise en compte de l'âge dans l'ajustement au risque. Par conséquent, les taux standardisés de réadmission (SRR) ne présentent pas de différence à la baisse ou à la hausse entre les taux observés et les taux attendus pour presque toutes les catégories d'âge. Seules quelques catégories d'âge isolées aux extrémités supérieure et inférieure de la répartition par âge (par exemple les 18-24 ans) s'écartent du risque linéairement croissant avec l'âge qui constitue l'une des hypothèses de base du modèle d'ajustement des risques.

La figure 6 examine les différences entre les sexes. Dans la partie gauche de la figure 6, on constate que les femmes représentent une part plus importante des hospitalisations dans l'échantillon des sorties prises en compte, mais que les réadmissions non planifiées sont plus nombreuses chez les hommes. Dans la partie droite de la figure 6, on constate que les hommes ont non seulement plus de réadmissions en termes relatifs (par rapport au nombre de sorties), mais qu'ils sont aussi majoritaires en termes absolus. En outre, les hommes présentent également une part légèrement plus élevée de regroupements de cas (c'est-à-dire de réadmissions précoces dans les 18 jours) que les femmes. Cependant, tout comme l'âge, le sexe des patientes et patients est pris en compte dans l'ajustement au risque, de sorte que les différences de répartition entre les hôpitaux selon le sexe n'ont pas d'influence sur les résultats en termes de qualité.

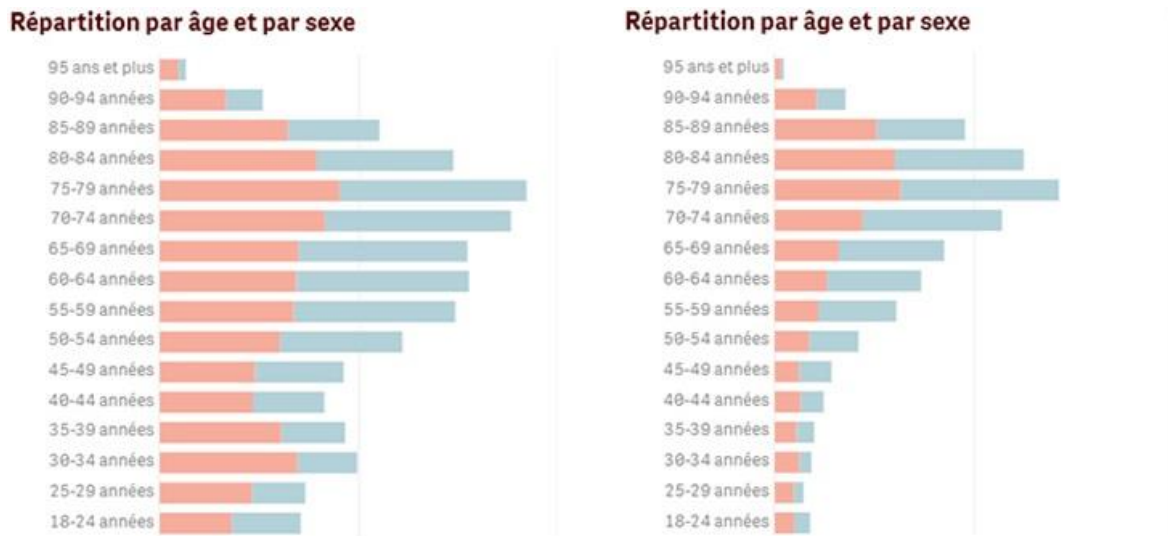


Figure 4 : Fréquences des sorties prises en compte (côté gauche) et de celles avec réadmissions observées (côté droit) dans les catégories d'âge et de sexe de la cohorte à l'échelle de l'hôpital (données extraites du logiciel « Qlize » et modifiées). Les hommes sont représentés en bleu et les femmes en rose. Les sites hospitaliers comptant un faible nombre de cas pour certaines manifestations ont été exclus de ce calcul.

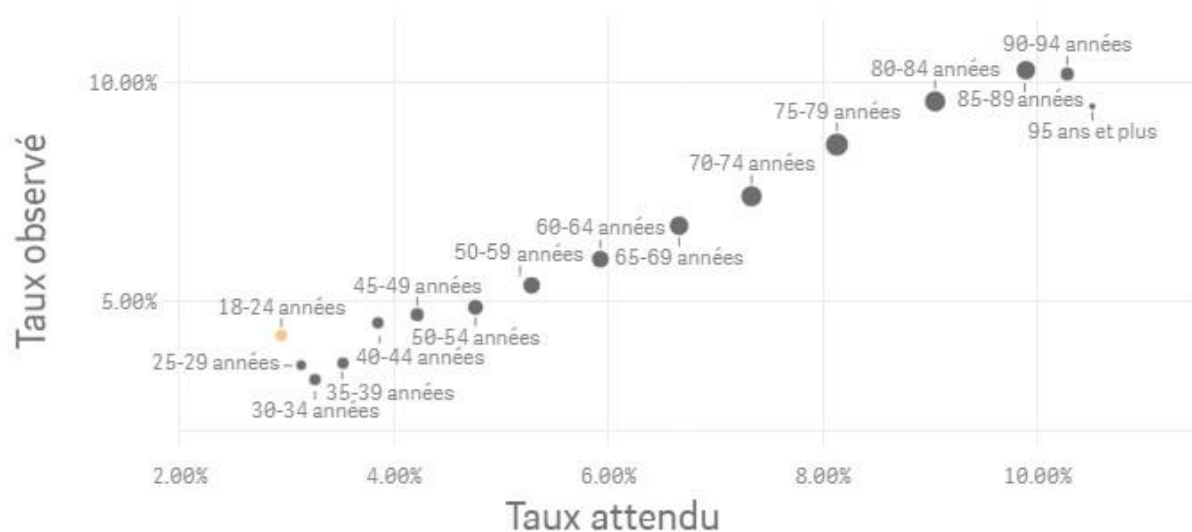


Figure 5 : Comparaison du taux observé et du taux attendu dans les catégories d'âge pour le taux de réadmissions à l'échelle de l'hôpital (données extraites du logiciel « Qlize » et modifiées). Chaque point représente une catégorie d'âge. Les points verts et orange indiquent les catégories d'âge ayant des résultats respectivement inférieurs et supérieurs aux prévisions. Les groupes d'âge dans les résultats sont fidèles aux attentes sont représentés en gris. La taille des points symbolise le nombre de cas dans chaque catégorie d'âge. Les sites hospitaliers comptant un faible nombre de cas pour certaines manifestations ont été exclus de ce calcul.

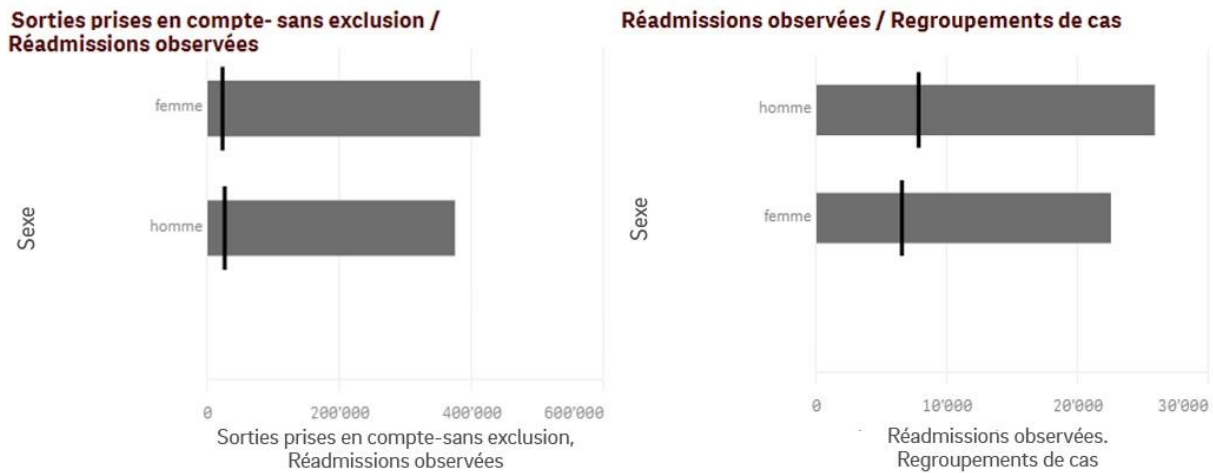


Figure 6 : Comparaison de la part de réadmissions observées parmi les sorties prises en compte (côté gauche) et de la part de regroupements de cas parmi les réadmissions observées (côté droit) chez les hommes et les femmes (données extraites du logiciel « Qlize! » et modifiées). La part est toujours représentée par un trait et la population par une barre. Les sites hospitaliers comptant un faible nombre de cas pour certaines manifestations ont été exclus de ce calcul.

La figure 7 compare les catégories de durée d'hospitalisation des patientes et patients parmi toutes les sorties prises en compte (à gauche) et les sorties suivies de réadmissions (à droite). On remarque que, parmi les sorties suivies de réadmissions, on trouve moins de courts séjours et moins de séjours normaux d'une durée inférieure à la durée moyenne de séjour du DRG concerné. En revanche, les sorties avec réadmissions non planifiées comptent plus de patients à longs séjours et plus de patients à séjours normaux avec une durée de séjour plus longue. La figure 8 montre également que cet état de fait n'est pas entièrement compensé par les caractéristiques des patientes et patients prises en compte dans l'ajustement au risque. Les longs séjours présentent également des valeurs SRR plus élevées et les courts séjours des valeurs SRR plus basses dans la comparaison entre les taux observés et attendus. L'ajustement au risque prend en compte les comorbidités des patientes et patients, mais pas les complications ou les DRG eux-mêmes. En effet, ces deux derniers aspects sont influencés par les décisions de traitement des hôpitaux et ne peuvent donc pas être évalués indépendamment de la qualité du traitement des hôpitaux.

La figure 9 compare les partitions de chaque DRG, c'est-à-dire des DRG opératoires, médicaux et autres. Cela permet de montrer qu'il y a plus de cas pour lesquels les DRG sont classés comme « opératoires » selon le système SwissDRG. Toutefois, les DRG médicaux présentent des taux de réadmission plus élevés. Cette corrélation a déjà été mise en évidence lors de la comparaison des indicateurs au chapitre 3.2. En outre, le côté droit de la figure 9 montre que les DRG opératoires présentent un nombre plus élevé de regroupements de cas (tant en termes relatifs qu'absolus), c'est-à-dire de réadmissions précoces dans les 18 jours.

Le tableau 9 examine plus en détail les principaux groupes de diagnostic principal (Major Diagnostic Categories, MDC) des DRG. Il permet de constater que les cas de la MDC 14 « Grossesse, accouchement et puerpéralité », par exemple, présentent à la fois de faibles taux de réadmission observés et de faibles taux de réadmission standardisés (SRR). De même, les MDC 2 « Maladies et troubles de l'œil » et 23 « Facteurs influant sur l'état de santé » présentent des taux de réadmission faibles par rapport aux autres MDC, tant avant qu'après ajustement au risque. En revanche, les cas de MDC 17 « Tumeurs hématologiques et solides », par exemple, affichent des taux de réadmission élevés avant et après

ajustement au risque. De plus, les cas du MDC 20 « Usage d'alcool et de drogues » montrent des taux observés élevés qui ne peuvent pas être compensés par l'ajustement au risque, et les cas du MDC 21A « Polytraumatismes » montrent des valeurs SRR élevées, en particulier lors de la comparaison des taux observés et attendus.

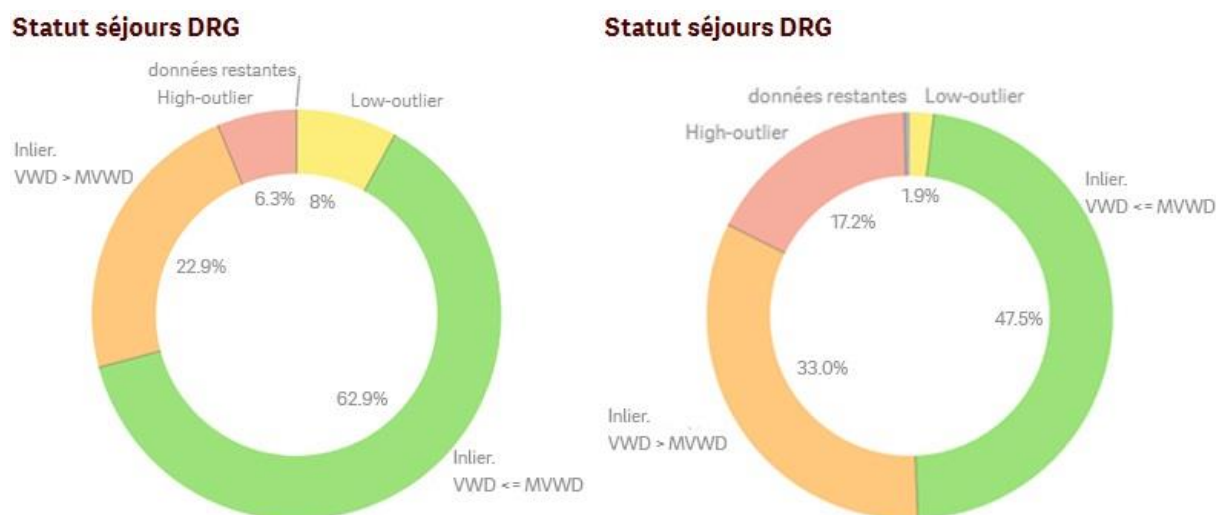


Figure 7 : Fréquences des catégories de durée d'hospitalisation DRG pour toutes les sorties prises en compte (côté gauche) et pour celles avec réadmissions observées (côté droit) (données extraites du logiciel « Qlize! » et modifiées). Les séjours normaux en dessous ou au-dessus de la durée moyenne de séjour de chaque DRG sont représentés en vert ou en orange. Les sites hospitaliers comptant un faible nombre de cas pour certaines manifestations ont été exclus de ce calcul.

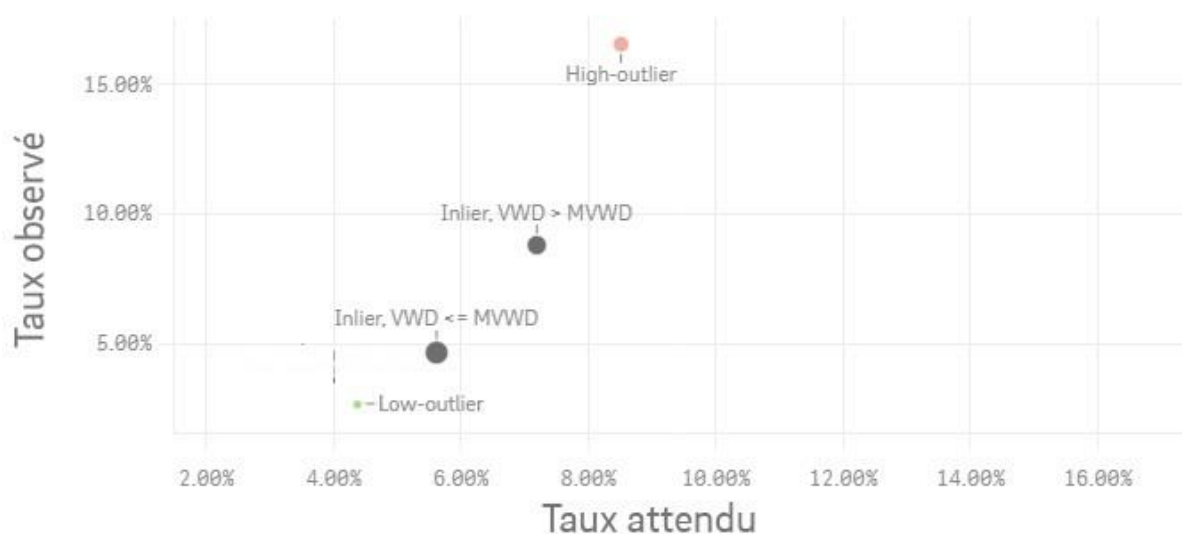


Figure 8 : Comparaison du taux observé et du taux attendu dans les catégories de durée de l'hospitalisation pour le taux de réadmissions à l'échelle de l'hôpital (données extraites du logiciel « Qlize » et modifiées). Chaque point représente une catégorie de durée d'hospitalisation. Les points verts et oranges indiquent les catégories présentant des résultats respectivement inférieurs et supérieurs aux prévisions. Les catégories dont les résultats sont fidèles aux attentes sont représentées en gris. La taille

des points symbolise le nombre de cas dans chaque catégorie. Les sites hospitaliers comptant un faible nombre de cas pour certaines manifestations ont été exclus de ce calcul.

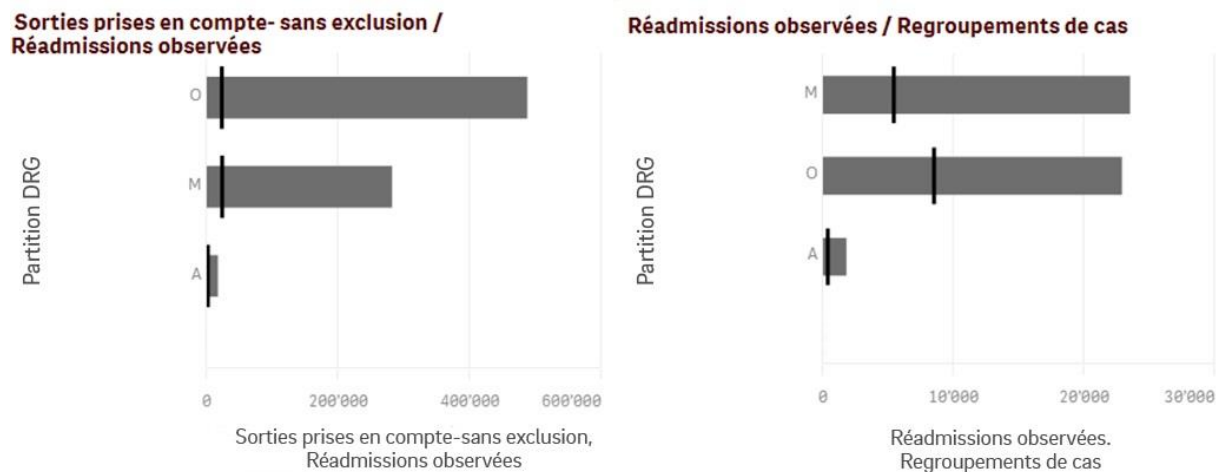


Figure 9 : Comparaison de la part de réadmissions observées parmi les sorties prises en compte (côté gauche) et de la part de regroupements de cas parmi les réadmissions observées (côté droit) pour les DRG opératoires (O), médicaux (M) et autres (A) (données extraites du logiciel « Qlize! » et modifiées). La part est toujours représentée par un trait et la population par une barre. Les sites hospitaliers comptant un faible nombre de cas pour certaines manifestations ont été exclus de ce calcul.

Groupes de diagnostics principaux (MDC)	Sorties prises en compte	Taux observé	Taux attendu	SRR
01 - Maladies et troubles du système nerveux	49'998	6.92 %	6.40 %	1.08
02 - Maladies et troubles de l'œil	9'522	3.77 %	4.60 %	0.82
03 - Maladies et troubles de l'oreille, du nez, de la bouche et de la gorge	24'006	4.66 %	4.13 %	1.13
04 - Maladies et troubles des organes respiratoires	28'891	9.45 %	9.08 %	1.04
05 - Maladies et troubles de l'appareil circulatoire	86'472	9.12 %	8.91 %	1.02
06 - Maladies et troubles des organes digestifs	82'916	6.95 %	6.21 %	1.12
07 - Maladies et troubles du système hépatobiliaire et du pancréas	19'995	9.14 %	8.74 %	1.05
08 - Maladies et troubles de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	199'661	3.89 %	4.14 %	0.94
09 - Maladies et troubles de la peau, du tissu sous-cutané et de la glande mammaire	21'685	4.69 %	4.50 %	1.04
10 - Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	6'834	6.23 %	6.94 %	0.90
11 - Maladies et troubles des organes urinaires	43'265	8.35 %	7.57 %	1.10
12 - Maladies et troubles des organes génitaux masculins	14'082	7.23 %	6.32 %	1.14
13 - Maladies et troubles des organes génitaux féminins	19'359	3.42 %	3.22 %	1.06
14 - Grossesse, accouchement et puerpéralité	36'759	1.68 %	2.96 %	0.57

Groupes de diagnostics principaux (MDC)	Sorties prises en compte	Taux observé	Taux attendu	SRR
16 - Affections du sang, des organes hématopoïétiques et du système immunitaire	1'947	10.27 %	9.34 %	1.10
17 - Tumeurs hématologiques et solides	1'142	13.49 %	11.62 %	1.16
18B - Maladies infectieuses et parasitaires	5'272	11.31 %	11.00 %	1.03
20 - Usage d'alcool et de drogues	3'293	12.69 %	11.17 %	1.14
21A - Polytraumatisme	942	7.54 %	5.82 %	1.29
21B - Blessures, empoisonnements et effets toxiques	7'232	6.90 %	6.42 %	1.08
23 - Facteurs influant sur l'état de santé	742	2.70 %	5.85 %	0.46
Pré-MDC	13'994	11.55 %	10.97 %	1.05

Tableau 9 : Sorties prises en compte, taux (de réadmission) observés et attendus et taux standardisés de réadmission (SRR) dans les différents groupes de diagnostics principaux (MDC, voir également l'explication dans le texte principal). Les MDC et sites hospitaliers présentant un faible nombre de cas ont été exclus de ce calcul. En outre, les noms des MDC ont été partiellement abrégés pour des raisons de place.

Pour terminer, nous allons examiner les centres de coûts principaux, les classes de prestation et les conditions d'entrée lors du premier séjour. La figure 10 compare les taux observés et attendus pour les différents centres de coûts principaux. Pour la plupart des centres de coûts principaux, il n'y a pas de différences marquées entre les réadmissions observées et attendues. Seul le centre de coûts principal « M300 » (« Gynécologie et obstétrique ») présente des taux de réadmission observés inférieurs aux taux attendus, à l'instar de ce qu'il avait été conclu pour des groupes de diagnostics principaux. À l'autre extrémité du continuum, les centres de coûts principaux « M050 » (« Soins intensifs ») et « M990 » (« Autres domaines d'activité ») présentent des valeurs SRR élevées.

Le tableau 10 fournit des informations sur les classes de prestation qui, dans la plupart des cas, reflètent également le statut d'assuré (général, semi-privé ou privé) des patientes et patients. Si l'on considère uniquement les taux observés pour les cas couverts par une assurance générale, semi-privée et privée, on constate des taux de réadmission légèrement décroissants du général au semi-privé et au privé. Ces différences sont toutefois compensées par la prise en compte de l'état de santé des patientes et patients dans l'ajustement au risque, de sorte que les valeurs SRR se situent autour de 1.0 dans les trois classes de prestation¹⁶.

La figure 11 compare la part de réadmissions parmi les sorties prises en compte (à gauche) et la part de regroupements de cas parmi les réadmissions observées (à droite) selon le type d'admission lors du premier séjour. On y compare plus particulièrement les urgences aux premiers séjours planifiés ou annoncés, les urgences lors du premier séjour entraînant davantage de réadmissions ultérieures. En termes absolus, les urgences lors du premier séjour entraînent également plus de regroupements de cas lors de la réadmission (donc des réadmissions plus précoces). Cependant, en raison du taux généralement plus élevé de réadmissions lors des premiers séjours avec traitement d'urgence, la part de

¹⁶ Il faut remarquer que ce ne sont pas les classes de prestation à proprement parler qui sont prises en compte dans l'ajustement au risque ; cependant, la prise en compte des comorbidités des patientes et patients dans l'ajustement au risque vient compenser indirectement les différences entre les classes de prestation.

regroupements de cas après les admissions d'urgence n'est pas plus élevée en termes relatifs, et est même légèrement inférieure.

Enfin, le tableau 11 illustre les taux de réadmissions selon le lieu de séjour avant le premier séjour¹⁷. On remarque des taux de réadmission observés particulièrement bas notamment après une première admission depuis le domicile (à la demande d'un médecin). Toutefois, ces cas présentent également un taux attendu plus faible, ce qui donne une valeur SRR de presque 1.0. D'autre part, les premières admissions depuis le domicile avec les soins à domicile présentent des taux observés plus élevés ainsi que des valeurs SRR élevées de 1.18. Les admissions en provenance de maisons de santé ou de maisons de soins présentent également des taux observés légèrement plus élevés, mais ceux-ci reviennent à des valeurs SRR inférieures à 1.0 dès lors que l'on tient compte de l'état de santé des patientes et patients à l'aide de l'ajustement au risque. En revanche, les admissions en provenance de cliniques psychiatriques et d'autres hôpitaux de soins aigus présentent des taux de réadmission observés élevés qui, même après prise en compte des caractéristiques des patients par l'ajustement au risque, présentent encore des valeurs SRR élevées. Cependant, pour les admissions en provenance des cliniques psychiatriques et de réadaptation, ce fait doit être interprété avec prudence car il s'agit dans les deux cas d'un nombre limité de patientes et de patients.

Taux observé / Taux attendu

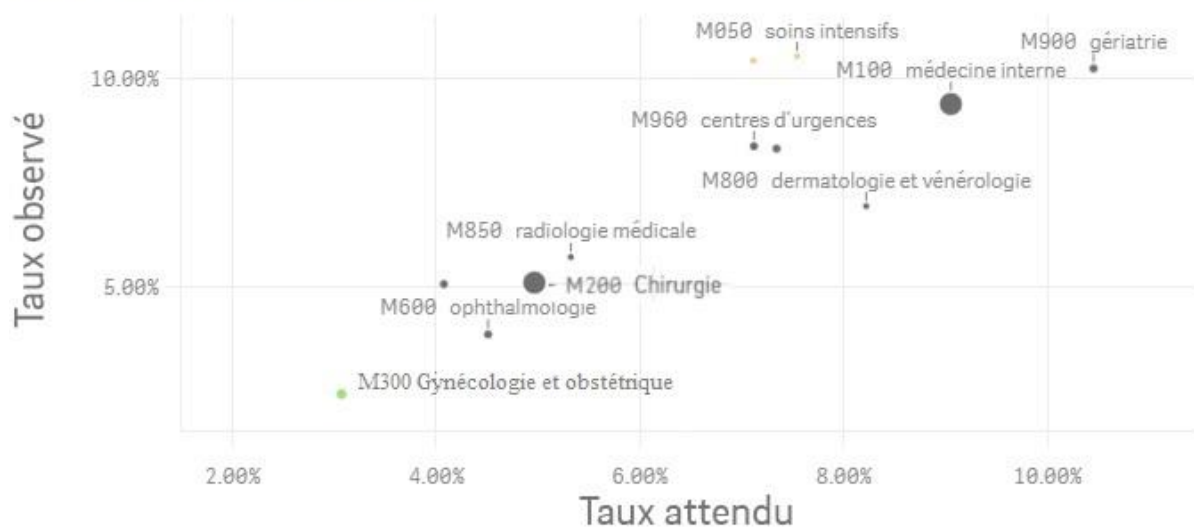


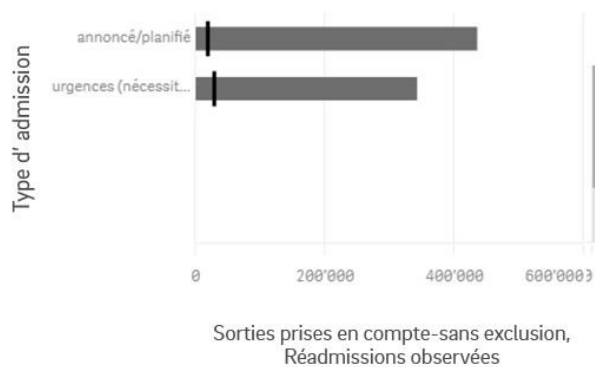
Figure 10 : Comparaison du taux observé et du taux attendu dans les centres de coûts principaux pour le taux de réadmissions à l'échelle de l'hôpital (données extraites du logiciel « Qlize » et modifiées). Chaque point représente un centre de coûts principal. Le vert ou l'orange représente les centres de coûts principaux dont le taux est inférieur ou supérieur à celui attendu. Les centres de coûts principaux dont les résultats sont fidèles aux attentes sont représentés en gris. La taille des points symbolise le nombre de cas dans chaque centre de coûts principal. Les sites hospitaliers comptant un faible nombre de cas pour certaines manifestations ont été exclus de ce calcul.

¹⁷ Les résultats correspondants doivent cependant être interprétés avec prudence car l'encodage des lieux de séjour avant l'admission diffère selon les hôpitaux.

Classe des prestations	Sorties prises en compte	Taux observé	Taux attendu	SRR
Général	599'026	6.30 %	6.09 %	1.03
Semi-privé	113'521	5.99 %	6.07 %	0.99
Privé	64'513	5.56 %	5.74 %	0.97

Tableau 10 : Sorties prises en compte, taux (de réadmission) observés et attendus, et taux standardisés de réadmission (SRR) dans les différentes classes de prestations (comme indicateur du statut d'assuré : général, semi-privé et privé, voir également l'explication dans le texte principal). Les sites hospitaliers ayant un faible nombre de cas pour certaines manifestations ont été exclus de ce calcul.

Sorties prises en compte- sans exclusion / Réadmissions observées



Réadmissions observées / Regroupements de cas

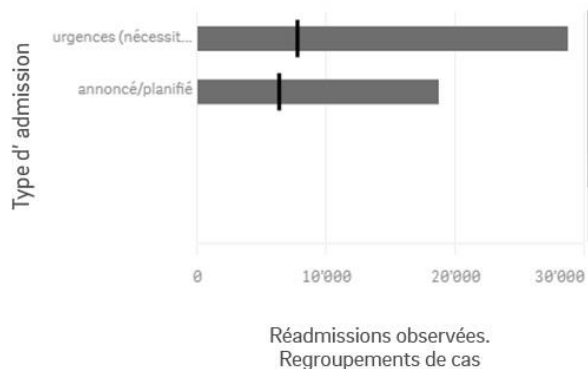


Figure 11 : Comparaison de la part de réadmissions observées parmi les sorties prises en compte (côté gauche) et de la part de regroupements de cas parmi les réadmissions observées (côté droit) en fonction du type d'admission lors du premier séjour (données extraites du logiciel « Qlize! » et modifiées). La part est toujours représentée par un trait et la population par une barre. Les sites hospitaliers comptant un faible nombre de cas pour certaines manifestations ont été exclus de ce calcul.

Lieu de séjour avant l'admission	Sorties prises en compte	Taux observé	Taux attendu	SRR
À domicile	732'250	5.80 %	5.76 %	1.01
À domicile avec des soins dispensés par les soins à domicile	4'916	13.51 %	11.44 %	1.18
Maison de santé, maison de soins	7'395	9.37 %	10.62 %	0.88
Établissement médico-social (EMS), autre Institutions	5'013	11.63 %	10.86 %	1.07
Clinique psychiatrique, autre établissement	762	15.49 %	9.82 %	1.58
Autre hôpital de soins aigus ou maison de naissance	18'381	9.90 %	7.68 %	1.29
autres	3'007	8.21 %	7.39 %	1.11
Clinique de réadaptation, autre établissement	625	14.56 %	13.84 %	1.05
Inconnu	2'411	6.80 %	7.68 %	0.89

Tableau 12 : Sorties prises en compte, taux (de réadmission) observés et attendus, et taux standardisés de réadmission (SRR) selon les lieux de séjour avant l'admission lors du premier séjour (voir aussi l'explication dans le texte principal). Les lieux de séjour et les sites hospitaliers présentant un faible nombre de cas pour certaines manifestations ont été exclus de ce calcul.

4. Discussion

Le présent rapport comparatif national offre un aperçu plus approfondi de l'analyse des réadmissions non planifiées et permet aux hôpitaux de classer et d'interpréter leurs résultats individuels par rapport à ceux d'autres établissements. À cette fin plusieurs outils sont utilisés : description de la composition des sorties prises en compte et des réadmissions non planifiées, comparaison des résultats entre les indicateurs et les types d'hôpitaux, et présentation d'une sélection de conclusions sur la différenciation des populations de patients.

La liste détaillée de la composition des sorties prises en compte et des réadmissions non planifiées exposée au chapitre 3.1 permet de mieux comprendre les critères d'inclusion et d'exclusion des indicateurs et de les comparer en termes de pertinence numérique. La comparaison des taux de réadmission entre les différentes cohortes et les différents indicateurs au chapitre 3.2 montre quant à elle quels groupes de patients présentent un risque de réadmission plus ou moins élevé. Par exemple, il est apparu que les cas médicaux présentent en moyenne un risque plus élevé que les cas chirurgicaux, et que les échantillons spécifiques au diagnostic et à l'intervention, considérés séparément, sont généralement des populations de patients présentant un risque plus élevé. Pour les indicateurs spécifiques aux diagnostics (comme la BPCO ou l'insuffisance cardiaque), ce risque accru se traduit par des taux de réadmissions plus élevés. Dans les échantillons spécifiques aux interventions, cela se traduit plutôt par une part plus élevée au niveau des réadmissions externes. Un examen séparé de ces groupes de patients vulnérables permet aux hôpitaux de procéder à une analyse et de prendre des mesures ciblées chez les patientes et patients concernés-e-s.

Par ailleurs, un ajustement complet au risque et surtout l'exclusion systématique des hôpitaux ayant un nombre de cas trop faible pour les comparaisons statistiques ont révélé qu'il ne restait qu'un nombre limité d'hôpitaux présentant des résultats de qualité anormaux. Les établissements présentant

des résultats anormaux pour l'un des indicateurs peuvent en outre estimer, à l'aide des informations du chapitre 3.2, combien d'autres établissements ont également un profil anormal.

La comparaison des résultats de qualité entre les différents types d'hôpitaux a démontré, au chapitre 3.3, qu'après ajustement au risque, il ne reste que peu de différences entre les différents types d'hôpitaux généraux. Toutefois, même après ajustement au risque, certains écarts subsistent entre les hôpitaux généraux et les cliniques spécialisées si l'on considère uniquement les réadmissions à l'échelle de l'hôpital. Ces différences résiduelles, qui peuvent être dues à des différences dans la palette de prestations offertes par le groupe hétérogène des cliniques spécialisées, démontrent l'importance d'une évaluation qui va au-delà d'une observation agrégée à l'échelle de l'hôpital. En subdivisant le taux de réadmission à l'échelle de l'hôpital entre les cinq cohortes et les sept échantillons spécifiques aux diagnostics et aux interventions, il est possible de comparer des populations de patients homogènes pour lesquelles on évite ainsi l'influence éventuelle de différences dans la palette des prestations.

L'examen des résultats sur les années 2020 à 2021 a montré d'une part que les taux moyens de réadmissions de tous les hôpitaux pour les différents indicateurs sont presque identiques pour les deux années, et d'autre part, que les résultats statistiques des différents hôpitaux restent souvent constants d'une année sur l'autre. Les hôpitaux hors norme de manière répétée ne représentent toutefois qu'une petite partie des hôpitaux, car seule une partie limitée d'entre eux étaient déjà hors norme les années précédentes. Dans l'ensemble, ces résultats démontrent la robustesse des résultats de la mesure et donc de la méthode de mesure au fil des ans. Cela s'explique notamment par le fait que la méthodologie n'a été que légèrement adaptée depuis le récent rapport comparatif de l'année 2020. Si la méthodologie évolue dans les années à venir, les résultats pourraient également changer davantage par rapport aux années précédentes.

Les résultats présentés dans le chapitre 3.5 mettent en évidence certaines conclusions concernant la population de patients des hôpitaux et tentent de fournir au lecteur une distinction critique entre les taux de réadmissions observés (non ajustés au risque) et standardisés (ajustés au risque). Par exemple, il est intéressant de noter que les taux de réadmissions avant et après l'ajustement au risque augmentent pour les longs séjours, mais diminuent pour les courts séjours. Cette constatation suggère qu'il n'existe pas en Suisse (du moins au niveau systémique) de problème général de sorties précoces (dites « sanglantes ») entraînant des taux de réadmissions plus élevés. Au contraire, les longs séjours semblent présenter un potentiel d'amélioration plus important pour réduire les taux de réadmissions. Cela pourrait être dû à des facteurs liés au patient lui-même, qui entraînent à la fois une augmentation de la durée d'hospitalisation et une augmentation des réadmissions. Cela pourrait être également dû à des décisions de traitement prises par l'hôpital lors du premier séjour, qui entraînent des conséquences (comme des complications), lesquelles entraînent également une augmentation de la durée d'hospitalisation et des réadmissions.

Il est donc évident que la distinction entre les causes des réadmissions doit être faite au cas par cas, en fonction de la situation de chaque patiente et de chaque patient et de ses antécédents médicaux. À partir des résultats de ce rapport ainsi que des résultats d'analyse individuels des hôpitaux et cliniques disponibles dans Qlize!, il est possible de stratifier les risques afin d'identifier les patientes et patients présentant un risque accru de réadmission, ou de détecter les cas où des réadmissions ont été observées malgré une faible probabilité de réadmission. Néanmoins, l'étape finale pour élucider les raisons réelles de la réadmission et les améliorations potentielles à partir de l'étude des dossiers des cas individuels reste à la charge des hôpitaux (voir également les recommandations du chapitre 6 du manuel qui complète le présent rapport).

En résumé, les résultats de ce rapport national offrent aux professionnels et aux tiers intéressés un aperçu plus détaillé de l'analyse des réadmissions non planifiées. Mais ce qui est probablement encore plus important, c'est que les résultats nationaux offrent aux hôpitaux et aux cliniques la possibilité de se situer tout en étant guidés dans l'exploitation de leurs propres résultats. À partir des résultats compilés, chaque site peut ainsi procéder à une analyse plus approfondie de ses résultats spécifiques afin de définir des priorités et stratifier les groupes de patients vulnérables.

5. Bibliographie

1. Horwitz LI, Partovian C, Lin Z, et al. Development and use of an administrative claims measure for profiling hospital-wide performance on 30-day unplanned readmission. *Ann Intern Med.* 2014; 161(10 Suppl): p66-75.
2. Krumholz HM, Lin Z, Drye EE, et al. An administrative claims measure suitable for profiling hospital performance based on 30-day all-cause readmission rates among patients with acute myocardial infarction. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2011; 4(2): 243-252.
3. Keenan PS, Normand S-LT, Lin Z, et al. An administrative claims measure suitable for profiling hospital performance on the basis of 30-day all-cause readmission rates among patients with heart failure. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2008; 1(1): 29-37.
4. Lindenauer PK, Normand SL, Drye EE, et al. Development, validation, and results of a measure of 30-day readmission following hospitalization for pneumonia. *J Hosp Med.* 2011; 6(3): 142-50.
5. Horwitz LI, Grady JN, Cohen DB, et al. Development and validation of an algorithm to identify planned readmissions from claims data. *J Hosp Med.* 2015; 10(10): 670-677.
6. Bundesamt für Statistik. Krankenhaustypologie. Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens. Version 5.2. Neuchâtel, November 2006.

6. Mentions légales

Titre	Rapport comparatif national « Réadmissions non planifiées » (version concise), données OFS 2021
Année de rédaction	Juillet 2023
Auteur	Dr med Dr sc nat Michael Havranek, avec la participation de la direction de l'ANQ et du groupe qualité Réadmissions
Membres du groupe qualité Réadmissions	Dr med Fabio Agri (FA), Chef de clinique CHV/DIM, CHUV Dr med Thomas Beck (TB), Responsable qualité clinique, INSELSPITAL, Hôpital universitaire Berne Stefan Lippitsch (SL), Directeur Controlling médical, Hochgebirgsklinik Davos AG Alan Valnegri (AV), EOQUAL – Responsabile servizio organizzazione, processi e informazioni, EOC Lugano Dr med Heidi Graf (HG), Collaboratrice Codage central, Hôpital Thurgau AG, Frauenfeld Andrea Heiermeier (AH), Direction Management de la qualité et des processus, Hôpital Muri
Mandataire	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ)
représentée par	Daniela Zahnd Collaboratrice scientifique Bureau de l'ANQ Weltpoststrasse 5 CH - 3015 Bern 031 511 38 48 daniela.zahnd@anq.ch www.anq.ch
Copyright	Le Dr Havranek et l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ)