RAPPORT COMPARATIF NATIONAL

READMISSIONS NON PLANIFIEES – DONNEES DE L'OFS 2023

Auteures et auteurs : Dr méd. Dr sc nat. Michael Havranek

Version : Version 1.0

Date : Juillet 2025

Weltpoststrasse 5 • CH-3015 Berne
+41 31 511 38 40 • info@anq.ch • anq.ch

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 du risque des taux de réadmissions ... 7

2.4 Terminologie employée ... 7

2.5 Base de données ... 8

3 Résultats ... 9

3.1 Composition des sorties prises en compte et des réadmissions ... 9

3.2 Examen détaillé des résultats des différents indicateurs ... 11

3.3 Examen séparé des différents types d'hôpitaux ... 15

3.4 Évolution dans le temps ... 18

3.5 Sélection de conclusions relatives au collectif de patient-e-s ... 20

4 Discussion ... 27

Bibliographie ... 30

Liste des Figures ... 30

Liste des tableaux ... 31

Annexe/Annexes ... 32

Adaptation de la méthodologie d'évaluation ... 32

Impressum ... 33

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[1] 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'ANQ.

Depuis 2022 (année de données 2021 OFS), l'ANQ applique ici 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]. Pour pouvoir utiliser les indicateurs de réadmissions[2] 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 médical suisses (classifications CIM-10-GM et CHOP) et les a adaptés aux conditions du système de santé suisse. Ils ont ensuite été validés [5] 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 (LOGEX) 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 décrirons donc ici que brièvement la méthodologie des réadmissions non planifiées.

2 METHODOLOGIE DES READMISSIONS NON PLANIFIEES

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 :

[1] Dans le cadre de ce rapport, le terme « hôpitaux » est parfois utilisé au sens large et inclut également les cliniques.
[2] Dans la suite de ce document, nous utiliserons les termes d'indicateurs de réadmissions ou de taux de réadmissions.

- Réadmissions non planifiées à l'échelle de l'hôpital dans les 30 jours (comprenant toutes les cohortes)
  - Cohorte Chirurgie/Gynécologie
  - Cohorte Cardiorespiratoire
  - Cohorte Cardiovasculaire
  - Cohorte Neurologique
  - Cohorte Autre
- Réadmissions non planifiées dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde
- 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 CRITERES 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 à l'échelle de l'hôpital. 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 patient ou la patiente a survécu lors de son premier séjour
- Le patient ou la patiente n'a pas fait l'objet d'un transfert directement vers un autre hôpital de soins aigus après son premier séjour[3]
- 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[3]
- 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

[3] Ce critère ne peut être pris en compte que dans les cas où les données fournies ne concernent pas des regroupements de cas (cf. également le Chapitre 2.2 pour la définition des regroupements de cas).

« K211 » et « K212 ») ou une clinique de réadaptation (« K221 »)[4] 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)
- 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)[5], 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 base[6]
- Le patient ou la patiente vit à l'étranger
- Présence d'un diagnostic COVID-19 confirmé par une analyse microbiologique[7].

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 accompagnant ce rapport comparatif. Nous ne nous étendrons donc pas sur ce point.

2.2 IDENTIFICATION DES READMISSIONS NON PLANIFIEES

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 nécessitant une hospitalisation immédiate et non obligatoirement attendus dans le cadre du traitement précédent[8]. Parmi toutes les réadmissions dans les 30 jours suivant une hospitalisation, seules celles non planifiées peuvent être considérées comme des anomalies de qualité[9] et 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 de

[4] Pour ce critère d'exclusion, il existe des exceptions isolées, à savoir des cliniques proposant également une offre de soins aigus et étant donc incluses dans les mesures en soins aigus de l'ANQ.
[5] Cette règle ne s'applique pas aux patientes et patients décédés dans les 30 jours suivant leur sortie. Les premiers séjours correspondants ne sont pas exclus.
[6] 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.
[7] Ce critère d'exclusion, surtout pertinent pendant les années de données 2020 et 2021, est désormais maintenu pour faciliter la comparaison avec les années précédentes.
[8] En revanche, les événements cliniques aigus nécessitant une hospitalisation immédiate, mais attendus, ne sont pas considérés comme des réadmissions non planifiées. Les accouchements en sont un exemple typique.
[9] En outre, nous attirons ici votre attention sur le fait que la présence d'une « anomalie de 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 de 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).

qualité négatives. Dans ce contexte, les réadmissions non planifiées sont toujours considérées comme des anomalies de qualité, et ce indépendamment de leur motif.

La distinction entre réadmissions non planifiées et planifiées se fait au moyen de l'algorithme de la Figure 1 (voir aussi [6]). La logique appliquée ainsi que le système de classification de base sont expliquées plus en détail dans le manuel.

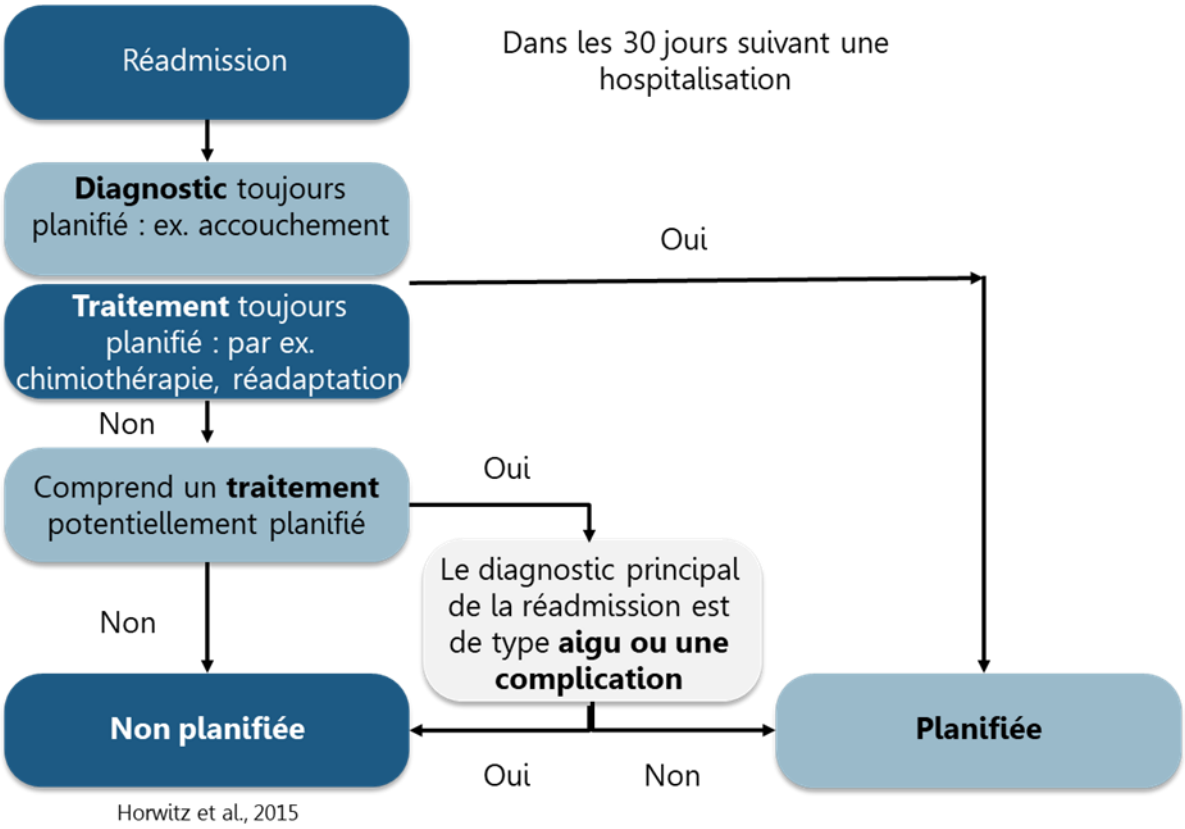

Figure 1 : Algorithme servant à distinguer une réadmission non planifiée d'une réadmissions planifiée (tiré, traduit et modifié de [6], voir à ce sujet les explications dans le manuel).

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 hôpitaux, raison pour laquelle ils sont particulièrement mis en évidence dans le présent rapport.

2.3 AJUSTEMENT DU RISQUE DES TAUX DE READMISSIONS

La correction prenant en compte les risques ou l'ajustement des risques 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 *casemix* 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 des risques des indicateurs de réadmission en fonction des différences dans le case mix des hôpitaux, l'âge, 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 accompagnant 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 des risques, des différences dans l'offre de traitements médicaux des hôpitaux. En effet, différents hôpitaux se distinguent 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 celles et ceux souffrant d'un infarctus aigu du myocarde). L'ajustement des risques 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 son annexe accompagnant ce rapport comparatif.

2.4 TERMINOLOGIE EMPLOYEE

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 estimées sur la base du collectif de patient-e-s 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 et 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 patient-e-s. Les SRR et divers thèmes connexes sont décrits plus en détail dans le manuel.
- 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 ne satisfaisant pas ces exigences minimales en matière de nombre de cas, aucune comparaison statistique n'est présentée.

2.5 BASE DE DONNEES

La statistique médicale des hôpitaux (Stat. méd.)[10] 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 Patient de tous les cas entre hôpitaux et années. Ainsi, les réadmissions externes (avec 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 est prise en compte la période du 1er 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, les 30 jours complets de période de suivi permettant de vérifier les réadmissions non planifiées ne sont pas disponibles.

Pour transmettre aux hôpitaux les résultats des analyses spécifiques à chaque hôpital ou clinique, on utilise le logiciel basé sur le web « Qlize! », développé par le Dr Havranek et la société informatique LOGEX 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

[10] 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.

l'ANQ et est mise sans frais 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 RESULTATS

Dans ce chapitre, nous présentons les résultats nationaux découlant de l'analyse des réadmissions non planifiées d'après les données de l'OFS pour 2023. 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 patient-e-s sélectionnés.

3.1 COMPOSITION DES SORTIES PRISES EN COMPTE ET DES READMISSIONS

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 1er décembre 2022 et le 30 novembre 2023, les données Stat. méd. comptaient 1'479'025 cas dans tous les hôpitaux suisses. Après application des critères d'exclusion énumérés dans le Tableau 1 (cf. également le Chapitre 2.1 et le manuel qui complète le présent rapport), il restait 852'485 sorties prises en compte, qui ont été examinées en vue d'une réadmission ultérieure.

SORTIES PRISES EN COMPTE/MOTIFS D'EXCLUSION	NOMBRE[11]
Tous les cas du 1er décembre 2022 au 30 novembre 2023	1'479'025[12]
• Nouveau-nés, enfants et adolescent-e-s de moins de 18 ans	170'199
• Cas des psychiatries et des cliniques de réadaptation	179'678
• Cas dont le diagnostic ou le traitement n'est inclus dans aucun des indicateurs	126'367
Autres motifs d'exclusion	
• Transferts directs vers d'autres hôpitaux de soins aigus	42'418
• Cas qui sont déjà des réadmissions antérieures	35'949
• Patient-e-s[13] vivant à l'étranger	27'891
• Patient-e-s avec diagnostic COVID	21'989
• Patient-e-s décédé-e-s	15'828
• Sorties contre l'avis du médecin traitant	6'204
• Cas sans ID Patient correctement attribué	17
Sorties prises en compte	**852'485**

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, 79'266 réadmissions (9.3 %) ont été enregistrées sur les 852'485 sorties prises en compte. Sur ce total, 19'819 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. Après prise en compte des autres motifs d'exclusion figurant dans le Tableau 2, il restait finalement 51'528 réadmissions non planifiées (6.0 %), comptabilisées comme anomalies.

[11] Certains cas présentaient plusieurs motifs d'exclusion concomitants. Ces cas ont été ajoutés au premier motif d'exclusion dans le tableau.
[12] Les cas regroupés (avec sorties intermédiaires) sont comptés comme un seul cas.
[13] Afin d'améliorer la lisibilité, on utilise parfois dans la suite du présent rapport le terme générique de « patient-e-s » dans l'énumération des critères d'exclusion, au lieu de « patientes et patients ».

READMISSIONS/MOTIFS D'EXCLUSION	NOMBRE[14]
Nombre total de réadmissions	79'266
• Réadmissions planifiées	19'819
• Réadmissions avec diagnostic de COVID	2'127
Autres motifs d'exclusion	
• Retransferts	3'353
• Transferts internes	1'067
• Transferts dans les 24 heures	1'372
Réadmissions non planifiées	**51'528**

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

3.2 EXAMEN DETAILLE DES RESULTATS DES DIFFERENTS INDICATEURS

Le Tableau 3 présente les tailles des échantillons et les taux de réadmissions ventilés selon les différentes cohortes de patient-e-s et les indicateurs spécifiques au diagnostic ou à l'intervention[15]. Selon le taux de réadmissions à l'échelle de l'hôpital[16], la cohorte Chirurgie/Gynécologie est le deuxième échantillon le plus important avec 508'002 sorties prises en compte, suivie par la cohorte Divers avec 211'169 sorties prises en compte. Les cohortes Cardiorespiratoire, Cardiovasculaire et Neurologique contiennent des échantillons légèrement plus petits, avec environ 35'000 à 53'000 cas chacune. Pour les indicateurs spécifiques aux diagnostics et aux interventions, la taille des échantillons varie de seulement 2'359 sorties prises en compte pour un pontage aorto-coronarien isolé à 35'771 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 patient-e-s étudiées. De manière générale, on constate que les cohortes de patient-e-s 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/ Gynécologie présente le taux de réadmissions le plus faible[17] de toutes les cohortes, avec 4.3 %, 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 spécifiques au diagnostic et à l'intervention, avec seulement 2.8 %. Le taux de réadmissions non planifiées le plus élevé parmi les cohortes

[14] 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 certain-e-s patient-e-s ont connu plusieurs réadmissions successives. Dans ce cas, les réadmissions directement consécutives ne sont comptées qu'une seule fois.

[15] 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).

[16] Les cas pris en compte de réadmissions à l'échelle de l'hôpital indiqués ci-dessous peuvent être inférieurs aux valeurs du Tableau 1 si certains hôpitaux ont dû être exclus des évaluations en raison de problèmes de qualité des données.

[17] 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.

est celui de la cohorte Cardio-respiratoire, avec 11.7 %. 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 (14.4 %) et de BPCO (13.6 %). Cependant, les autres groupes de patient-e-s 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 patient-e-s vulnérables ont été étudiés séparément.

La colonne « Nombre minimum de cas atteint » indique le nombre de sites hospitaliers atteignant 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, 173 des 181 sites hospitaliers initiaux ont par exemple un nombre de cas minimum suffisant pour permettre des comparaisons statistiques. 44 de ces 173 sites se situent au-dessous de la valeur comparative (25.4 %) et 26 de ces 173 sites au-dessus de la valeur comparative (15.0 %). 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 du collectif de patient-e-s des établissements, voir également le Chapitre 2.4), et ce sous forme anonymisée pour les 173 sites hospitaliers.

INDICATEURS	SORTIES PRISES EN COMPTE	TAUX DE READMISSION	NOMBRE MINIMUM DE CAS ATTEINT	AU-DESSOUS DE LA VALEUR COMPARATIVE	AU-DESSUS DE LA VALEUR COMPARATIVE
Échelle de l'hôpital					
• Toutes cohortes confondues	830'983	6.1 %	173	44	26
Par cohorte dans la					
• Cohorte Chirurgie/Gynécologie	508'002	4.3 %	150	31	24
• Cohorte Cardiorespiratoire	53'131	11.7 %	107	5	8
• Cohorte Cardiovasculaire	35'038	8.9 %	74	2	2
• Cohorte Neurologique	42'824	7.6 %	70	2	4
• Cohorte Autre	211'169	9.0 %	133	10	14
Spécifique à un diagnostic après					
• Infarctus aigu du myocarde	10'784	8.4 %	25	1	1
• BPCO	8'199	13.6 %	39	2	3
• Insuffisance cardiaque	16'608	14.4 %	78	5	2
• Pneumonie	22'614	10.5 %	72	2	4
• AVC ischémique	10'310	7.0 %	24	3	2
Spécifique à une intervention après					
• Pontage aorto-coronarien isolé	2'359	7.4 %	7	0	1
• EPT de hanche ou de genou en électif	35'771	2.8 %	30	3	1

Tableau 3 : Sorties prises en compte, taux de réadmissions, nombre de sites hospitaliers satisfaisant 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). Les sites hospitaliers situés dans la fourchette normale ne sont pas explicitement indiqués dans le tableau, mais résultent de l'ensemble des hôpitaux satisfaisant au nombre minimal de cas, déduction faite de ceux situés au-dessous ou au-dessus de la valeur nationale de référence. Les cas pris en compte de réadmissions à l'échelle de l'hôpital indiqués peuvent être inférieurs aux valeurs du Tableau 1 si certains hôpitaux ont dû être exclus des évaluations en raison de problèmes de qualité des données.

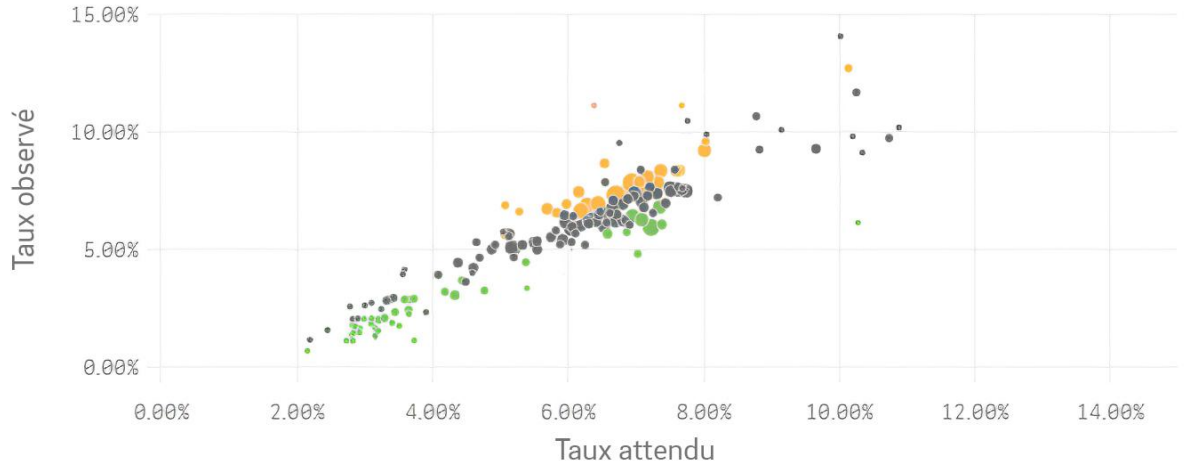

Figure 2 : Comparaison du taux observé et du taux attendu de tous les sites hospitaliers pour le taux de réadmissions à l'échelle de l'hôpital (données extraites du logiciel « Qlize! » et modifiées). Chaque point représente le résultat d'un site hospitalier. Sont représentés en vert ou en orange/rouge les sites hospitaliers dont le taux est inférieur ou supérieur/nettement 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). Une valeur incohérente avec un nombre de cas très faible a été supprimée de cette représentation.

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 ainsi que le nombre moyen de jours avant la réadmission. À l'échelle de l'hôpital, 18.7 % 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, 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 patient-e-s 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 patient-e-s sont réhospitalisés dans un autre hôpital que celui du premier séjour pour 43.1 % et 32.0 % 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 28.3 % 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 Chirurgie/Gynécologie et Cardiovasculaires, ainsi que chez les patient-e-s atteint-e-s de BPCO, ayant subi un infarctus aigu du myocarde ou un AVC ischémique et avec une EPT de la hanche ou du genou en électif. En revanche, les autres cohortes 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.

On retrouve des résultats similaires si l'on considère le nombre moyen de jours avant la réadmission. À l'échelle de l'hôpital, le délai moyen entre la sortie lors du premier séjour et l'entrée lors de la réadmission est d'environ 12 jours. Les patientes et patients de la cohorte Chirurgie/Gynécologie et celles et ceux ayant subi un AVC ischémique et après un pontage aorto-coronarien isolé réintègrent l'hôpital un peu plus tôt, alors que les patientes et patients ayant subi un infarctus aigu du myocarde et une insuffisance cardiaque réintègrent l'hôpital un peu plus tard.

INDICATEURS	TAUX SANS READMISSION EXTERNE	PART DES READMISSIONS EXTERNES	PART REGROUPEMENT DE CAS	MOYENNE DES JOURS JUSQU'A READMISSION
Échelle de l'hôpital				
• Toutes cohortes confondues	5.0 %	18.7 %	28.3 %	12.0
Par cohorte dans la				
• Cohorte Chirurgie/Gynécologie	3.5 %	19.7 %	30.9 %	11.5
• Cohorte Cardiorespiratoire	10.0 %	14.5 %	27.5 %	13.0
• Cohorte Cardiovasculaire	7.0 %	22.2 %	34.1 %	12.3
• Cohorte Neurologique	6.0 %	22.3 %	26.2 %	11.8
• Cohorte Autre	7.5 %	17.4 %	23.7 %	12.4
Spécifique à un diagnostic après				
• Infarctus aigu du myocarde	6.7 %	22.8 %	32.8 %	11.9
• BPCO	11.5 %	14.7 %	30.7 %	13.3
• Insuffisance cardiaque	12.4 %	14.8 %	29.5 %	13.3
• Pneumonie	9.3 %	12.9 %	22.4 %	12.7
• AVC ischémique	5.8 %	20.9 %	33.7 %	11.3
Spécifique à une intervention après				
• Pontage aorto-coronarien isolé	4.5 %	43.1 %	17.8 %	11.6
• EPT de hanche ou de genou en électif	1.9 %	32.0 %	30.9 %	12.7

Tableau 4 : Taux de réadmission sans réadmissions externes, part des réadmissions externes (Rehosp) et part des regroupements de cas sur l'ensemble des réadmissions non planifiées ainsi que le nombre moyen de jours avant la réadmission pour les différents indicateurs (voir également l'explication dans le texte principal).

3.3 EXAMEN SEPARE DES DIFFERENTS TYPES D'HOPITAUX

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 [7]. 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 des risques ou après correction pour les différents collectifs de patient-e-s des hôpitaux. Toutefois, ces différences sont minimes, en particulier entre les types d'hôpitaux généraux. Seuls les plus petits prestataires de soins de base présentent un SRR plus élevé (1.13) que les autres prestataires de soins de base. 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 des risques, 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 SRR de 0.64 et 0.81 respectivement). Les écarts subsistant après ajustement des risques peuvent être dus soit à des écarts de qualité réels, soit par exemple à des offres de traitement différentes entre les hôpitaux, non expliquées par les caractéristiques des patient-e-s prises en compte dans l'ajustement des risques. 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 patient-e-s 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 patientes et patients considéré. Par exemple, les réadmissions non planifiées après une EPT de la hanche ou du genou présentent des 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 patient-e-s afin d'identifier ponctuellement des anomalies.

CATEGORIE OFS	NOMBRE	SORTIES PRISES EN COMPTE	TAUX OBSERVE	TAUX ATTENDU	SRR
Hôpitaux de soins généraux					
• K111 niveau de prestation 1	5	127’702	7.2 %	7.0 %	1.03
• K112 niveau de prestation 2	72	458’070	6.6 %	6.5 %	1.01
• K121 niveau de prestation 3	22	85’370	6.0 %	5.9 %	1.03
• K122 niveau de prestation 4	21	59’443	4.7 %	4.9 %	0.96
• K123 niveau de prestation 5	13	9’586	6.8 %	6.0 %	1.13
Cliniques spécialisées					
• K231 cliniques spécialisées ; chirurgie	35	72’471	2.0 %	3.1 %	0.64
• K235 cliniques spécialisées ; divers	9	4’589	3.4 %	4.2 %	0.81

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 présentant un nombre de cas aigus faible ont été exclus de ce calcul[18].

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 SRR. Les hôpitaux universitaires, les hôpitaux centraux et les grands hôpitaux de soins de base ont une part plus faible de réadmissions externes (entre 14.0 et 18.7 %) par rapport aux petits hôpitaux de soins de base (avec des parts de 27.9 à 36.1 %) et surtout par rapport aux cliniques spécialisées (avec une part de réadmissions externes de plus de 61.9 ou 68.8 %).

Le Tableau 7, comparant 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. 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 des regroupements de cas et le nombre moyen de jours avant la réadmission, les types d’hôpitaux se distinguent moins fortement (voir à nouveau le Tableau 6). La plupart des types d’hôpitaux affichent ici des valeurs oscillant étroitement autour des valeurs moyennes de 28.3 % et 12.0 du Tableau 4. Seules les cliniques spécialisées de type « Divers » et, en cas de regroupement de cas, les plus petits établissements de soins de base affichent des valeurs inférieures à celles des autres types d’hôpitaux.

[18] Cette procédure a été nécessaire pour satisfaire les 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 accompagnant ce rapport).

CATEGORIE OFS	PART DES READMISSIONS EXTERNES	PART REGROUPEMENT DE CAS	MOYENNE DES JOURS JUSQU'A READMISSION
Hôpitaux de soins généraux			
• K111 niveau de prestation 1	18.2 %	26.9 %	12.0
• K112 niveau de prestation 2	14.0 %	29.2 %	12.1
• K121 niveau de prestation 3	18.7 %	28.3 %	11.8
• K122 niveau de prestation 4	27.9 %	30.3 %	11.7
• K123 niveau de prestation 5	36.1 %	22.9 %	12.6
Cliniques spécialisées			
• K231 cliniques spécialisées ; chirurgie	61.9 %	25.2 %	12.0
• K235 cliniques spécialisées ; divers	68.8 %	19.7 %	10.5

Tableau 6 : Part des réadmissions externes (Rehosp) et part des regroupements de cas sur l'ensemble des réadmissions non planifiées ainsi que le nombre moyen de jours avant la réadmission pour 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	0.4 %	13.9 %	2.6 %	0.8 %	0.1 %	0.3 %	0.0 %	18.2 %
	K112	10.8 %	24.1 %	5.9 %	4.9 %	1.4 %	1.1 %	0.1 %	48.4 %
	K121	2.5 %	5.9 %	0.9 %	0.7 %	0.2 %	0.3 %	0.0 %	10.4 %
	K122	1.7 %	5.8 %	1.1 %	0.6 %	0.1 %	0.1 %	0.0 %	9.5 %
	K123	0.2 %	2.1 %	0.1 %	0.1 %	0.1 %	0.0 %	0.0 %	2.6 %
	K231	1.6 %	6.6 %	0.9 %	0.3 %	0.1 %	0.1 %	0.0 %	9.7 %
	K235	0.2 %	0.9 %	0.1 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	1.2 %
	Total	17.4 %	59.3 %	11.6 %	7.5 %	2.0 %	1.9 %	0.2 %	100.0 %

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

3.4 ÉVOLUTION DANS LE TEMPS

Le Tableau 8 compare les résultats des réadmissions non planifiées pour les années de données 2021, 2022 et 2023. Il apparaît que les taux moyens de réadmissions de tous les hôpitaux n'ont connu qu'une évolution minime au fil des ans ou sont restés identiques pour tous les indicateurs. Dans la cohorte cardiorespiratoire et chez les patient-e-s ayant subi un infarctus aigu du myocarde, les taux semblent avoir légèrement diminué au cours des trois années. Toutefois, il faudra attendre les années suivantes pour savoir s'il s'agit réellement d'une tendance

légèrement baissière. Les deux colonnes à l'extrême droite indiquent le pourcentage d'hôpitaux ayant atteint le nombre minimum de cas au cours des deux dernières années (p. ex. pour le taux de réadmission à l'échelle de l'hôpital : 167 sur un total de 181 sites, voir également le Chapitre 3.2) et qui ont également obtenu le même résultat au cours des deux dernières années ou qui se sont distingués 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 12.2 %) ont été hors norme de manière répétée.

INDICATEURS	TAUX 2023	TAUX 2022	TAUX 2021		NOMBRE MINIMAL DE CAS ATTEINT	RESULTATS IDENTIQUES	HORS NORME DE MANIERE REPETEE
Échelle de l'hôpital							
• Toutes cohortes confondues	6.1 %	6.0 %	6.1 %		167	73.1 %	9.0 %
Par cohorte dans la							
• Cohorte Chirurgie/Gynécologie	4.3 %	4.4 %	4.5 %		148	73.6 %	12.2 %
• Cohorte Cardiorespiratoire	11.7 %	11.8 %	12.2 %		102	83.3 %	0.0 %
• Cohorte Cardiovasculaire	8.9 %	8.9 %	9.1 %		72	86.1 %	0.0 %
• Cohorte Neurologique	7.6 %	7.1 %	7.2 %		64	82.8 %	1.6 %
• Cohorte Autre	9.0 %	8.7 %	8.9 %		127	75.6 %	1.6 %
Spécifique à un diagnostic après							
• Infarctus aigu du myocarde	8.4 %	10.1 %	10.7 %		25	68.0 %	0.0 %
• BPCO	13.6 %	13.7 %	13.5 %		30	86.7 %	0.0 %
• Insuffisance cardiaque	14.4 %	14.2 %	14.5 %		74	85.1 %	0.0 %
• Pneumonie	10.5 %	10.4 %	11.9 %		57	87.7 %	0.0 %
• AVC ischémique	7.0 %	6.8 %	6.9 %		21	71.4 %	4.8 %
Spécifique à une intervention après							
• Pontage aorto-coronarien isolé	7.4 %	6.1 %	6.2 %		4	75.0 %	0.0 %

INDICATEURS	TAUX 2023	TAUX 2022	TAUX 2021		NOMBRE MINIMAL DE CAS ATTEINT	RESULTATS IDENTIQUES	HORS NORME DE MANIERE REPETEE
• EPT de hanche ou de genou en électif	2.8 %	2.7 %	3.1 %		24	87.5 %	0.0 %

Tableau 8 : Taux de réadmissions pour les années 2021, 2022 et 2023, nombre de sites hospitaliers ayant atteint le nombre minimal de cas pour les deux dernières années et pourcentage d'hôpitaux présentant un résultat identique pour les deux dernières 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 SELECTION DE CONCLUSIONS RELATIVES AU COLLECTIF DE PATIENT-E-S

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. Notons que toutes les données présentées se rapportent toujours au premier séjour des patientes et patients.

La Figure 3 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 3.4 et 4.8 %, et dans les trois catégories d'âge les plus élevées, entre 9.2 et 10.4 %, 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 4 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 des risques. 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.

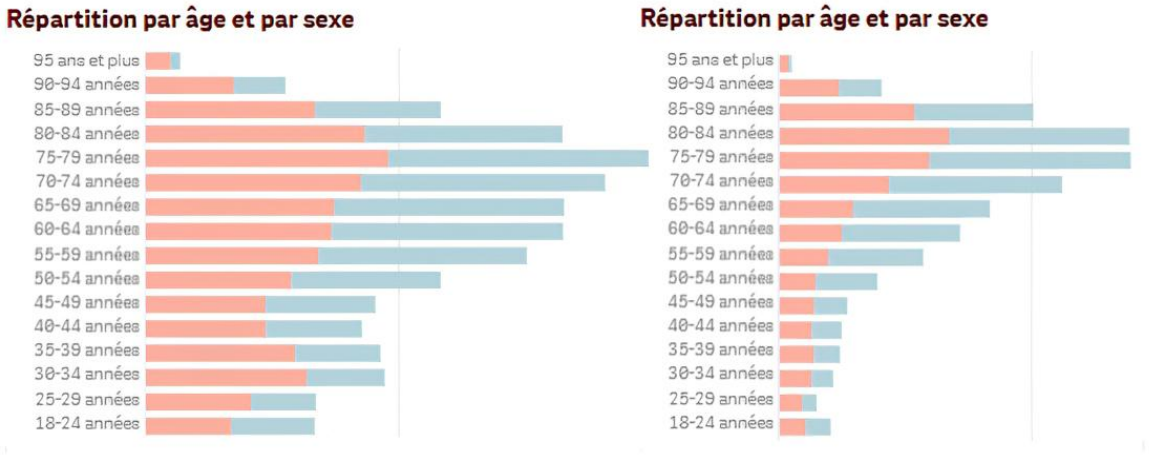

Figure 3 : Fréquences des sorties prises en compte (côté gauche) et de celles avec réadmissions observées (côté droit) dans les catégories d'âge et de sexe de la cohorte à l'échelle de l'hôpital (données extraites du logiciel « Qlize! » et modifiées). Les hommes sont représentés en bleu et les femmes en rose. Les sites hospitaliers comptant un faible nombre de cas pour certaines manifestations ont été exclus de ce calcul.

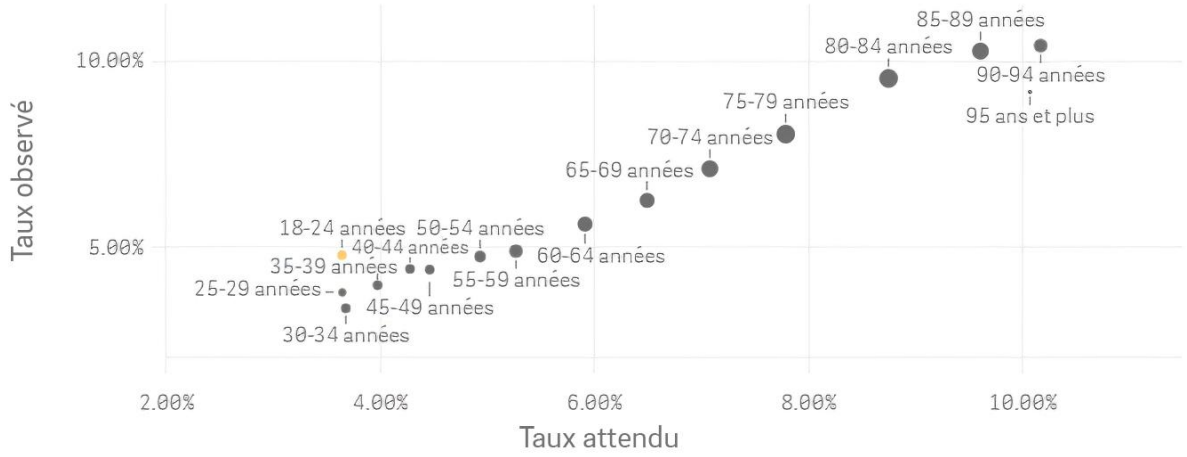

Figure 4 : Comparaison du taux observé et du taux attendu dans les catégories d'âge pour le taux de réadmissions à l'échelle de l'hôpital (données extraites du logiciel « Qlize! » et modifiées). Chaque point représente une catégorie d'âge. Les points verts et orange indiquent les catégories d'âge ayant des résultats respectivement inférieurs et supérieurs aux prévisions. Les groupes d'âge dons 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.

La Figure 5 présente les différences entre les sexes. Dans la partie gauche de la Figure 5, 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 5, 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.

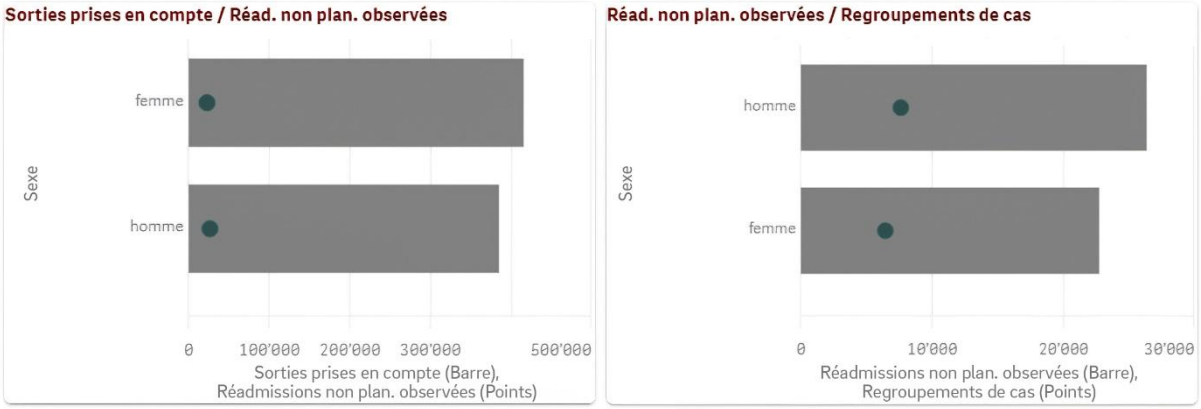

Figure 5 : Comparaison de la part de réadmissions observées parmi les sorties prises en compte (côté gauche) et de la part de regroupements de cas parmi les réadmissions observées (côté droit) chez les hommes et les femmes (données extraites du logiciel « Qlize! » et modifiées). La part est toujours représentée par un point 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 6 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 patient-e-s à longs séjours et plus de patient-e-s à séjours normaux avec une durée de séjour plus longue.

La Figure 7 montre également que cet état de fait n'est pas entièrement compensé par les caractéristiques des patient-e-s prises en compte dans l'ajustement au risque. Les longs séjours présentent également des SRR plus élevés et les courts séjours des SRR plus bas dans la comparaison entre les taux observés et attendus. L'ajustement des risques 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.

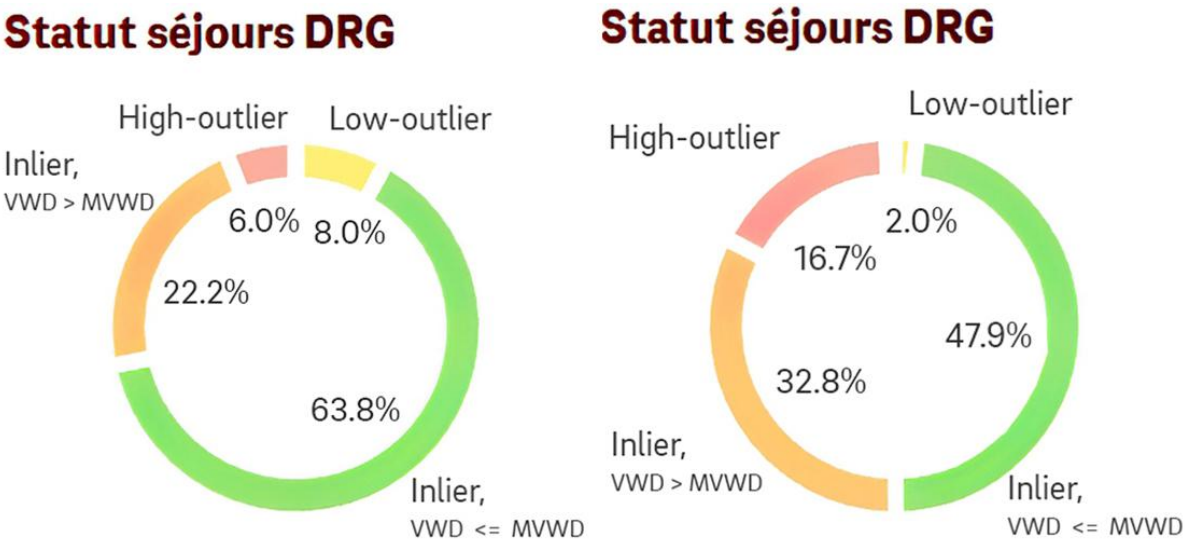

Figure 6 : Fréquences des catégories de durée d'hospitalisation DRG pour toutes les sorties prises en compte (côté gauche) et pour celles avec réadmissions observées (côté droit) (données extraites du logiciel « Qlize! » et modifiées). Les séjours normaux en dessous ou au-dessus de la durée moyenne de 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.

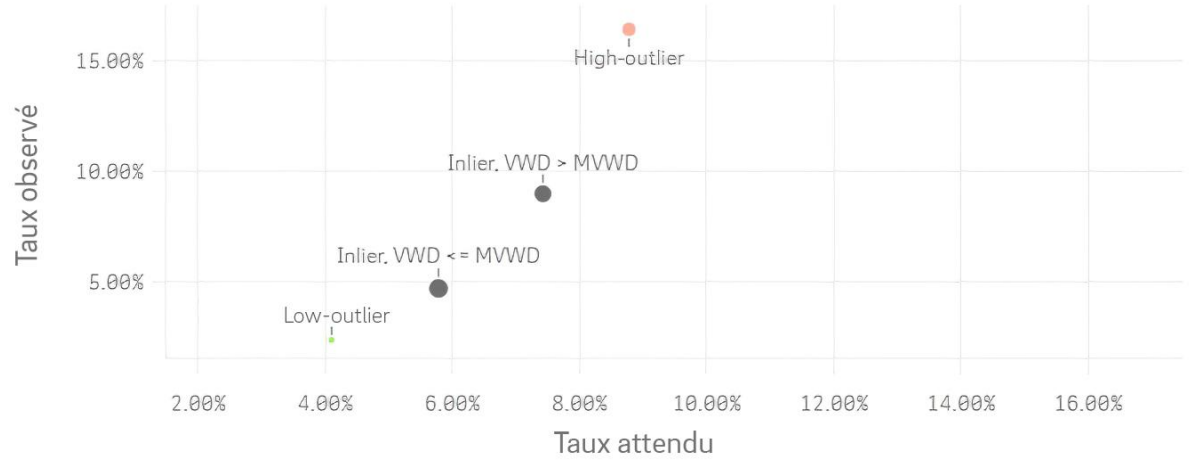

Figure 7 : Comparaison du taux observé et du taux attendu dans les catégories de durée de l'hospitalisation pour le taux de réadmissions à l'échelle de l'hôpital (données extraites du logiciel « Qlize » et modifiées). Chaque point représente une catégorie de durée d'hospitalisation. Les points verts 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.

La Figure 8 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 8 montre que les DRG médicaux (tant en termes relatifs qu'absolus) présentent un nombre plus élevé de réadmissions alors que les regroupements de cas, c'est-à-dire les réadmissions précoces dans les 18 jours, sont plus fréquents dans les DRG chirurgicaux.

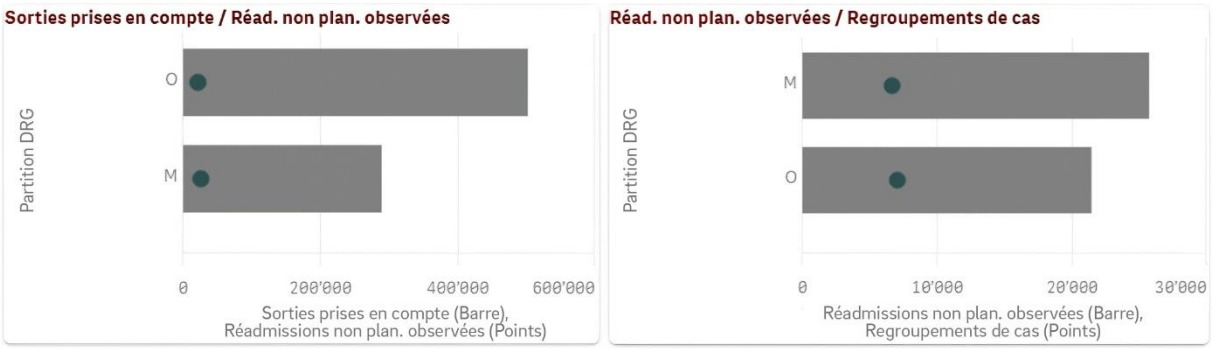

Figure 8 : Comparaison de la part de réadmissions observées parmi les sorties prises en compte (côté gauche) et de la part de regroupements de cas parmi les réadmissions observées (côté droit) pour les DRG opératoires (O), médicaux (M) et autres (A) (données extraites du logiciel « Qlize! » et modifiées). La part est toujours représentée par un point et la population par une barre. Les sites hospitaliers comptant un faible nombre de cas pour certaines manifestations ont été exclus de ce calcul.

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 9 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.

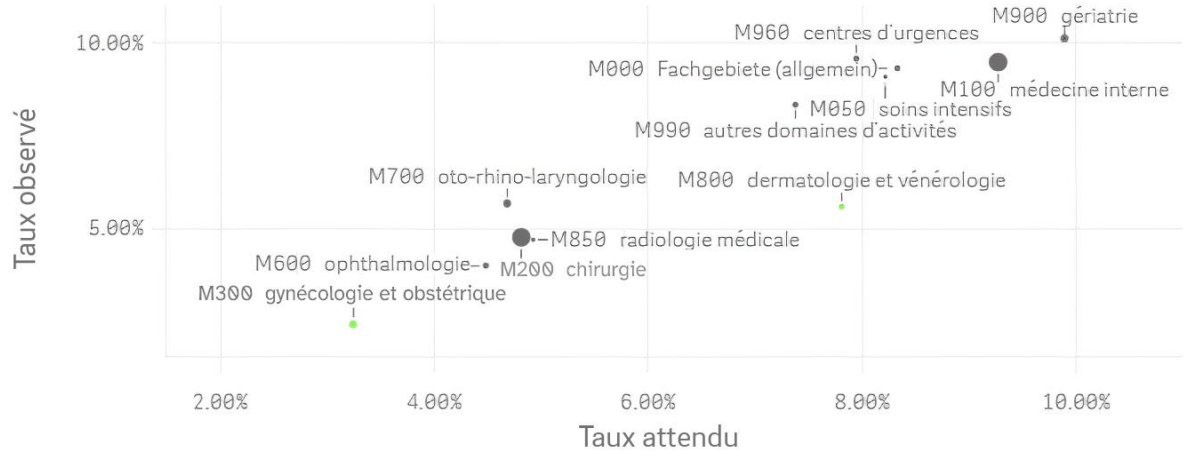

Figure 9 : Comparaison du taux observé et du taux attendu dans les centres de coûts principaux pour le taux de réadmissions à l'échelle de l'hôpital (données extraites du logiciel « Qlize » et modifiées). Chaque point représente un centre de coûts principal. Le vert ou l'orange représente les centres 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.

Le Tableau 9 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 décroissants du général au semi-privé et au privé. Ces différences sont quelque peu compensées par la prise en compte de l'état de santé des patientes et patients dans l'ajustement des risques[19]. Il subsiste néanmoins de légères différences entre les classes de prestation, avec une tendance légèrement à la baisse dans le SRR, des assurés généraux aux assurés privés. Ce phénomène n'avait pas été observé les années précédentes. Les années à venir montreront si cette tendance se maintient ou s'il s'agit simplement d'un résultat aléatoire ponctuel.

CLASSE DES PRESTATIONS	SORTIES PRISES EN COMPTE	TAUX OBSERVE	TAUX ATTENDU	SRR
Généralités	615'763	6.3 %	6.2 %	1.01
Semi-privé	115'758	5.9 %	6.0 %	0.98
Privé	65'493	5.3 %	5.6 %	0.95

Tabelle 9 : 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

[19] Remarque : ce ne sont pas les classes de prestation à proprement parler qui sont prises en compte dans l'ajustement des risques ; cependant, la prise en compte des comorbidités des patientes et patients dans l'ajustement des risques vient compenser indirectement les différences entre les classes de prestation.

également l'explication dans le texte principal). Les sites hospitaliers comptant un faible nombre de cas pour certaines manifestations ont été exclus de ce calcul.

La Figure 10 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 regroupements de cas après les admissions d'urgence n'est pas plus élevée en termes relatifs, et est même légèrement inférieure.

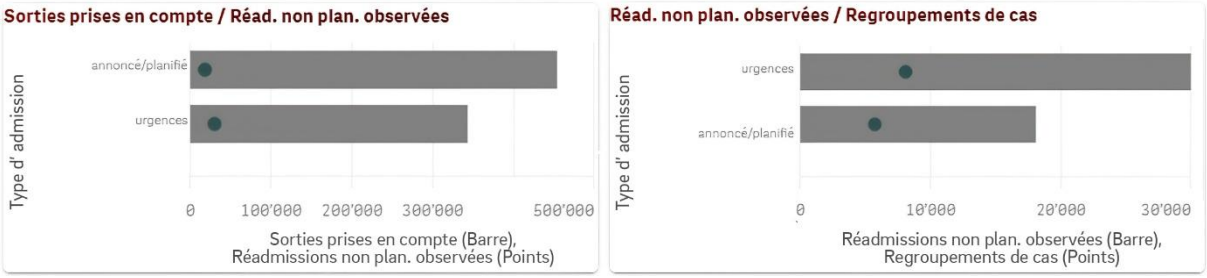

Figure 10 : Comparaison de la part de réadmissions observées parmi les sorties prises en compte (côté gauche) et de la part de regroupements de cas parmi les réadmissions observées (côté droit) en fonction du type d'admission lors du premier séjour (données extraites du logiciel « Qlize! » et modifiées). La part est toujours représentée par un point et la population par une barre. Les sites hospitaliers comptant un faible nombre de cas pour certaines manifestations ont été exclus de ce calcul.

Enfin, le Tableau 10 illustre les taux de réadmissions selon le lieu de séjour avant le premier séjour[20]. 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 un SRR de presque 1,0. Les premières admissions depuis le domicile avec des soins à domicile, depuis les hôpitaux, les maisons de santé, les maisons de soins, les établissements médico-sociaux (EMS) et autre institutions, présentent certes des taux observés élevés, mais ils sont corrigés après prise en compte de l'état de santé des patient-e-s à l'aide de l'ajustement des risques pour obtenir des SRR autour de 1.0 voire inférieurs à 1.0 (Seul un SRR légèrement plus élevé est appliqué lors des premières admissions à domicile avec des soins dispensés par les soins à domicile). En revanche, les premières admissions en provenance d'autres hôpitaux de soins aigus ou de

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

maisons de naissance présentent des taux de réadmission observés élevés qui, même après prise en compte des caractéristiques des patient-e-s par l'ajustement des risques, présentent encore des SRR nettement élevés.

LIEU DE SEJOUR AVANT L'ADMISSION	SORTIES PRISES EN COMPTE	TAUX OBSERVE	TAUX ATTENDU	SRR
À domicile	747'268	5.7 %	5.8 %	0.98
À domicile avec des soins dispensés par les soins à domicile	4'454	14.0 %	12.2 %	1.15
Maison de santé, maisons de soins	8'148	9.8 %	10.7 %	0.92
Établissement médico-social (EMS), autre Institutions	4'712	11.5 %	11.6 %	0.99
Autre hôpital de soins aigus ou maison de naissance	18'731	9.6 %	7.2 %	1.34
Autres	4'334	7.9 %	7.9 %	1.00
Inconnu	7'990	6.5 %	7.9 %	0.82

Tableau 10 : 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 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 collectifs de patient-e-s.

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 patient-e-s 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 patient-e-s 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 patient-e-s vulnérables permet aux hôpitaux de procéder à une analyse et de prendre des mesures ciblées chez les patientes et patient-e-s concernés.

Par ailleurs, un ajustement complet des risques 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 taux de réadmission anormaux. Les établissements présentant des taux 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 taux de réadmission entre les différents types d'hôpitaux a démontré, au Chapitre 3.3, qu'après ajustement des risques, il ne reste que peu de différences entre les différents types d'hôpitaux généraux. Toutefois, même après ajustement des risques, 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, pouvant être dues à des différences dans la palette de prestations offertes par le groupe hétérogène des cliniques spécialisées, démontrent l'importance d'une évaluation allant 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 patient-e-s homogènes pour lesquelles on évite ainsi l'influence éventuelle de différences dans la palette des prestations.

L'examen des résultats sur les années de données 2021 à 2023 a montré d'une part que les taux moyens de réadmissions de tous les hôpitaux pour les différents indicateurs restent égaux 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 dû être que légèrement adaptée depuis les précédents rapports comparatifs des années de données 2021 et 2022.

Les résultats présentés dans le Chapitre 3.5 mettent en évidence certaines conclusions concernant le collectif de patient-e-s 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 des risques 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, entraînant 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, entraînant des conséquences, 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 accompagnant le présent rapport).

En résumé, les résultats de ce rapport national offrent aux professionnels et aux tiers intéressés un aperçu 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 patient-e-s vulnérables.

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): S66-75.

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 Havranek MM, Dahlem Y, Bilger S, et al. Validity of different algorithmic methods to identify hospital readmissions from routinely coded medical data. J Hosp Med. 2024; 19(12): 1147-1154.

6 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.

7 Office fédéral de la statistique. Typologie des hôpitaux. Statistique des établissements hospitaliers de santé. Version 5.2. Neuchâtel, novembre 2006.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Algorithme servant à distinguer une réadmission non planifiée d'une réadmissions planifiée (tiré, traduit et modifié de [6], voir à ce sujet les explications dans le manuel). 6

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/rouge les sites hospitaliers dont le taux est inférieur ou supérieur/nettement 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). Une valeur incohérente avec un nombre de cas très faible a été supprimée de cette représentation. 14

Figure 3 : 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. 21

Figure 4 : 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 dons 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. 21

Figure 5 : 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 point et la population par une barre. Les sites hospitaliers comptant un faible nombre de cas pour certaines manifestations ont été exclus de ce calcul. 22
Figure 6 : 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. 23
Figure 7 : 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. 23
Figure 8 : 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 point et la population par une barre. Les sites hospitaliers comptant un faible nombre de cas pour certaines manifestations ont été exclus de ce calcul. 24
Figure 9 : 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. 25
Figure 10 : 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 point et la population par une barre. Les sites hospitaliers comptant un faible nombre de cas pour certaines manifestations ont été exclus de ce calcul. 26

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Sorties prises en compte et motifs d'exclusion (voir aussi l'explication dans le texte principal). 10
Tableau 2 : Réadmissions et motifs d'exclusion (voir également l'explication dans le texte principal). 11
Tableau 3 : Sorties prises en compte, taux de réadmissions, nombre de sites hospitaliers satisfaisant 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). Les sites hospitaliers situés dans la fourchette normale ne sont pas explicitement indiqués dans le tableau, mais résultent de l'ensemble des hôpitaux satisfaisant au nombre minimal de cas, déduction faite de ceux situés au-dessous ou au-dessus de la valeur nationale de référence. Les cas pris en compte de réadmissions à l'échelle de l'hôpital indiqués peuvent être inférieurs aux valeurs du Tableau 1 si certains hôpitaux ont dû être exclus des évaluations en raison de problèmes de qualité des données. 13
Tableau 4 : Taux de réadmission sans réadmissions externes, part des réadmissions externes (Rehosp) et part des regroupements de cas sur l'ensemble des réadmissions non planifiées ainsi que le nombre moyen de jours avant la réadmission pour les différents indicateurs (voir également l'explication dans le texte principal). 15
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 présentant un nombre de cas aigus faible ont été exclus de ce calcul. 17
Tableau 6 : Part des réadmissions externes (Rehosp) et part des regroupements de cas sur l'ensemble des réadmissions non planifiées ainsi que le nombre moyen de jours avant la réadmission pour 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. 18
Tableau 7 : Heatmap des flux de patient-e-s en pourcentage de toutes les réadmissions externes selon les différents types d'hôpitaux. Les tons verts illustrent les flux de patient-e-s les plus fréquents entre le lieu de destination et le lieu d'origine. 18
Tableau 8 : Taux de réadmissions pour les années 2021, 2022 et 2023, nombre de sites hospitaliers ayant atteint le nombre minimal de cas pour les deux dernières années et pourcentage d'hôpitaux présentant un résultat identique pour les deux dernières 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). 20
Tabelle 9 : 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 comptant un faible nombre de cas pour certaines manifestations ont été exclus de ce calcul. 25

Tableau 10 : 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. 27

ANNEXE/ANNEXES

ADAPTATION DE LA METHODOLOGIE D'EVALUATION

Depuis la période d'évaluation précédente de l'année de données 2022, les ajustements suivants ont été apportés à l'identification et à l'analyse des réadmissions non planifiées :

1. Les codes CIM-10 et CHOP utilisés pour déterminer les critères d'inclusion et d'exclusion des indicateurs et pour distinguer les réadmissions non planifiées des réadmissions planifiées ont été adaptés à la mise à jour annuelle du système de codage.
2. La distinction entre réadmissions non planifiées et planifiées a été précisée, en particulier pour les patient-e-s victimes d'un infarctus aigu du myocarde.
3. Les modèles d'ajustement des risques ont été recalculés sur la base des nouvelles données disponibles.

IMPRESSUM

Titre et sous-titre	Rapport comparatif national Réadmissions non planifiées OFS 2023
Année	2025
Auteurs	Dr méd. 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 méd. Thomas Beck, Responsable qualité clinique, Insel Gruppe AG • Prof Dr méd. Ilona Funke, Head Clinical Governance & Performance Hirslanden AG, Zürich • Andrea Heiermeier, Direction Management de la qualité et des processus, Hôpital Muri • Stefan Lippitsch, Directeur Controlling médical, Hochgebirgsklinik Davos AG • Dr méd. univ. Rebekka Rose, Responsable qualité et gestion du risque, Kantonsspital St. Gallen • Alan Valnegri, EIQUAL – Responsabile servizio organizzazione, processi e informazioni, EOC Lugano
Adresse de correspondance	Daniela Zahnd Cheffe de projet, domaine soins aigus ANQ Bureau Weltpoststrasse 5 CH-3015 Berne Tél. : 031 511 38 48 daniela.zahnd@anq.ch anq.ch
Mandataire	ANQ
Copyright	Dr Havranek et ANQ