



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

SQLape®

Indicateurs SQLape – Rapport 2011

Analyse des données OFS 2010

D^r Yves Eggli, SQLape® s.à.r.l, 8 octobre 2012, Version 1.0



Sommaire

1. Introduction	3
2. Réadmissions potentiellement évitables	3
2.1 Résultats données de l'OFS 2010 / évaluation de l'ANQ 2011.....	3
2.2 Qualité des données et limites d'interprétation.....	5
3. Réopérations potentiellement évitables.....	6
4. Perspectives	6
4.1 Nouvelle définition du cas dès 2012.....	6
4.2 Amélioration des algorithmes de dépistage.....	6



1. Introduction

Les outils SQLape® ont été mis à jour pour tenir compte des codes supplémentaires introduits par l'Office fédéral de la statistique. Les indicateurs de réadmissions et réopérations potentiellement évitables ont été calculés sur la base de la Statistique médicale des hôpitaux de l'année 2010 pour l'ensemble des hôpitaux suisses. Les résultats ont été transmis à l'ANQ pour les [120 hôpitaux participants](#) au printemps 2012 (évaluation de l'ANQ 2011). Ils leur ont été fournis sous la forme d'un tableau¹ comprenant les résultats de tous les hôpitaux participants désignés par des numéros anonymes. Chaque hôpital a reçu de l'ANQ son numéro pour pouvoir s'identifier.

En outre, 70 hôpitaux ont d'eux-mêmes, avec la licence correspondante, demandé les outils SQLape® pour analyser leurs résultats avec plus de détails à partir de leurs propres données.

Un groupe d'utilisateurs a été créé pour analyser les pistes d'amélioration des deux outils, qui pourront être introduites en 2013.

2. Réadmissions potentiellement évitables

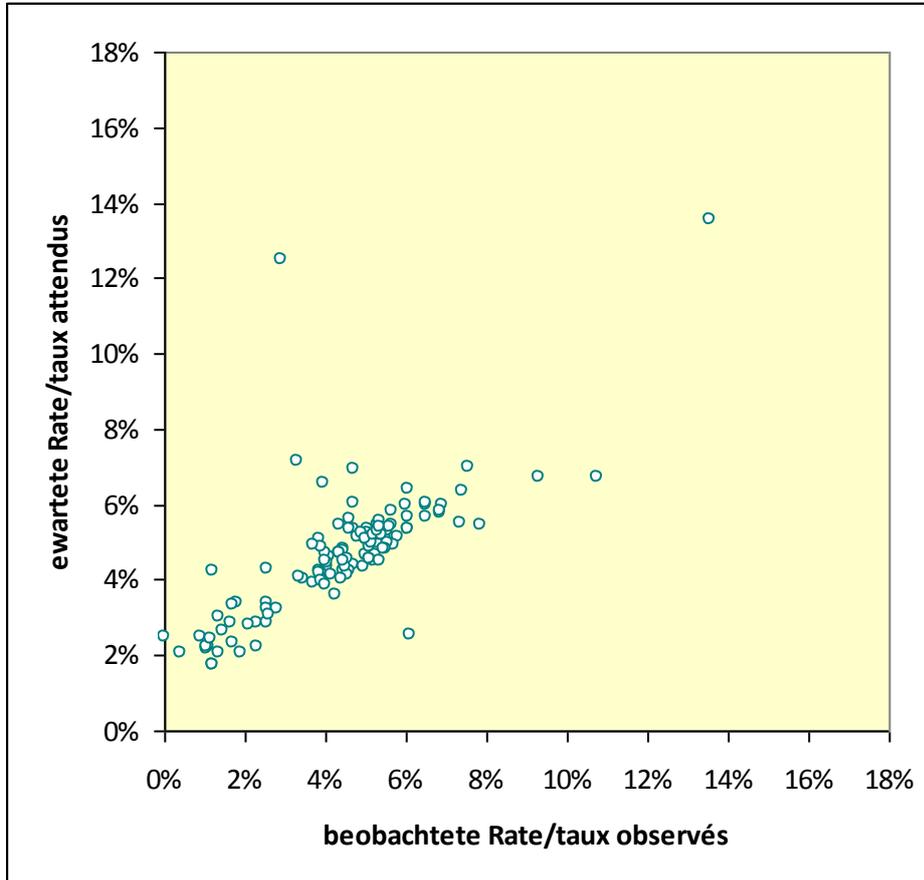
2.1 Résultats données de l'OFS 2010 / évaluation de l'ANQ 2011

Pour l'évaluation 2011, l'algorithme a été affiné de façon à exclure des réadmissions potentiellement évitables les menaces d'avortement à répétition, les apnées du sommeil et les chimiothérapies non planifiées.

En 2010, le taux observé pour l'ensemble des hospitalisations dans des hôpitaux suisses a été de 5,10 %. Les taux observés variaient entre 0 et 14 % selon les hôpitaux, ce qui correspond aux taux habituels (figure 1). Les taux observés ne peuvent être comparés directement entre hôpitaux, car leurs patients ne présentent pas les mêmes risques de réadmissions même pour des missions comparables. Aussi, ces taux observés doivent être confrontés aux taux attendus, calculés en fonction du profil de risque des patients hospitalisés en tenant compte de leur âge, genre, mode d'admission (urgent ou non), hospitalisation dans les six mois précédents et surtout de leurs caractéristiques médicales. Une patiente ayant accouché présente par exemple un faible risque de réadmission, alors qu'un patient souffrant d'anorexie mentale ou d'une insuffisance rénale chronique aura un risque nettement plus élevé.

¹OFS_TABLE_AR_2010_BIS.pdf

Figure 1. Taux de réadmissions potentiellement évitables (données OFS 2010)



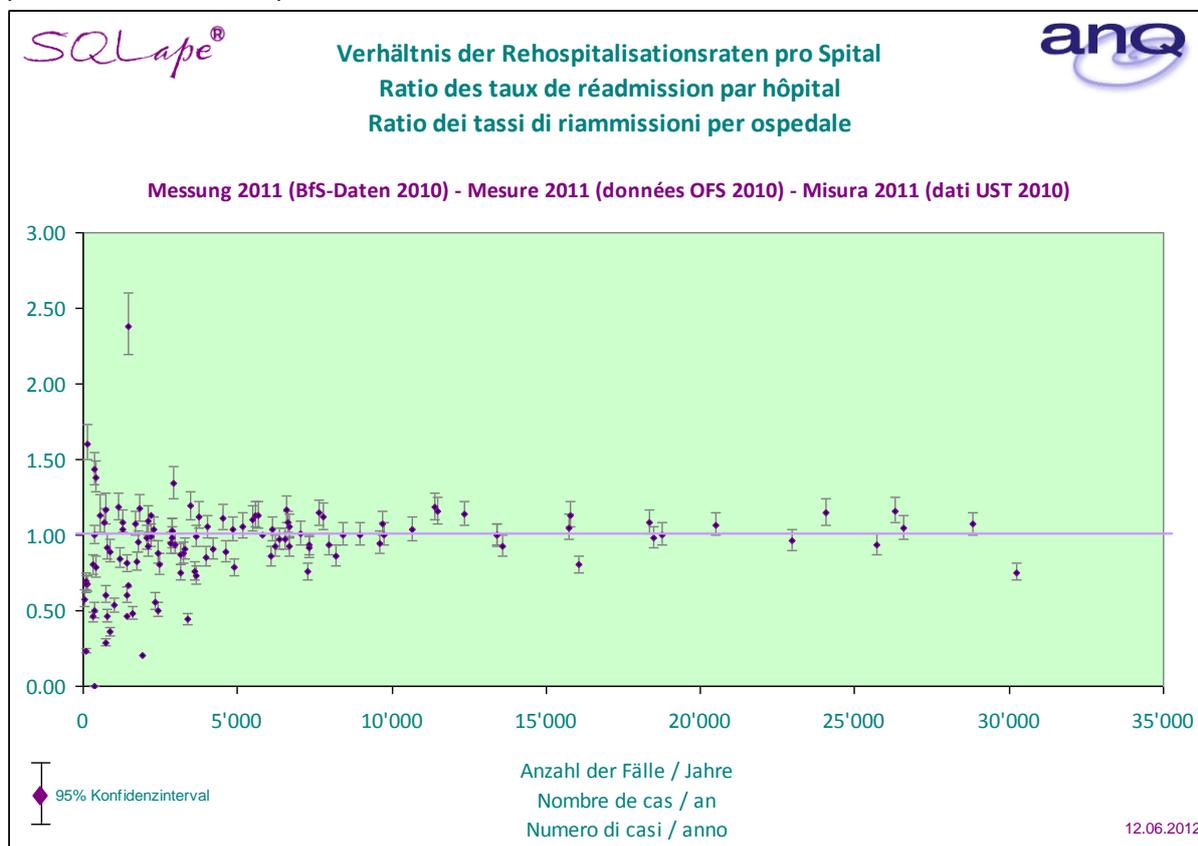
Une nouvelle représentation graphique (« funnel plot »²) a été introduite pour comparer les performances des hôpitaux (figure 2). Chaque hôpital est représenté par un point qui indique en ordonnée le rapport entre les taux observés et attendus (trop élevé si > 1.0). Les valeurs attendues étant entachées d’une incertitude statistique, un intervalle de confiance figure sur le graphique³. Un hôpital a trop de réadmission si le ratio des taux est significativement supérieur à l’unité (> 1.00).

La taille de l’hôpital est représentée en abscisse (les hôpitaux de grande taille étant figurés sur la droite du graphique). On remarque que les performances des hôpitaux ne dépendent pas de la taille, mais on observe une plus grande variabilité chez les petits hôpitaux. La stabilité des résultats au cours du temps sera analysée ultérieurement, lorsque nous disposerons d’une série temporelle suffisamment longue.

²OFS_Funnelplots_AR_2010_BIS.pdf

³Ratio des taux maximal = taux observé/taux attendu minimal ; ratio des taux minimal = taux observé/taux attendu maximal. L’intervalle de confiance est calculé par une régression de Poisson basée sur l’âge, le genre, le mode d’admission, la présence éventuelle d’une hospitalisation dans les six mois précédents et 27 catégories cliniques basées sur les groupes SQLape®, avec un niveau de signification de 95 %. L’intervalle de confiance décrit la variation aléatoire du taux attendu liée au profil des patients hospitalisés (case mix). C’est donc essentiellement la nature des pathologies traitées qui va déterminer cet intervalle de confiance et pas la taille de l’hôpital étudié. Pour plus de détails : Halfon P, Egli Y, Prêtre-Rohrbach I, Meylan D, Marazzi A, Burnand B. Validation of the potentially avoidable hospital readmission rate as a routine indicator of the quality of hospital care. Medical Care 2006;44(11);972-981.

Figure 2. Ratio des taux de réadmission potentiellement évitables par hôpital (données OFS 2010)



La proportion des hôpitaux ayant des taux observés supérieurs aux valeurs attendues a été de 27 % soit le même ordre de grandeur que l'an dernier (mesure 2010 avec les données OFS 2009). Il est recommandé à ces hôpitaux d'analyser leurs dossiers pour cerner les causes de ces réadmissions et prendre le cas échéant des mesures correctives. Pour ce faire, l'outil SQLape® doit être installé sur leur site pour identifier les séjours des patients hospitalisés concernés.

2.2 Qualité des données et limites d'interprétation

Les données 2010 peuvent être qualifiées de bonnes, car la grande majorité des hôpitaux ont rempli les exigences pour cet indicateur. L'exercice 2010 est basé sur les sorties du 1^{er} décembre 2009 au 30 novembre 2010, le mois de décembre 2010 étant utilisé pour observer d'éventuelles réadmissions dans les 30 jours. 10 hôpitaux ont changé de numéro OFS entre 2009 et 2010 (rachat ou regroupements d'hôpitaux notamment); cela a empêché d'inclure le mois de décembre 2009 mais heureusement sans grande incidence sur les taux mesurés.

Par ailleurs, plusieurs établissements mélangent leurs missions de soins aigus, de psychiatrie et de gériatrie/réadaptation. Les hospitalisations rattachées à ces dernières ont été exclues sur la base des centres de prestations (M500, M900, etc.). Seuls 4 hôpitaux ont codé trop souvent à l'aide de diagnostics peu précis et un seul avait visiblement sous-codé les opérations minimalement invasives. Aucun autre problème n'a été détecté dans la qualité des données en 2010.

3. Réopérations potentiellement évitables

Etant donné que la qualité des données n'est pas encore optimale, les résultats de cette mesure ne sont pas publiés. Toutefois, pour que les résultats de la prochaine évaluation puissent l'être, les hôpitaux feront en sorte d'apporter les améliorations qui ont été identifiées et jugées nécessaires.

4. Perspectives

4.1 Nouvelle définition du cas dès 2012

A partir de 2012, une nouvelle définition du cas est introduite en Suisse pour délimiter les séjours hospitaliers. En particulier, les patients réadmis ou transférés dans les 18 jours pour une même catégorie majeure de diagnostic (MDC) sont agrégés en un seul séjour. Les statistiques médicales hospitalières ont été adaptées en conséquence par l'Office fédéral de la statistique, de manière à isoler les cas concernés et à documenter les raisons des réadmissions ou des transferts. Un maximum de 4 réadmissions ou transferts est prévu. Les outils SQLape[®] seront modifiés pour être adaptés à la nouvelle définition du cas et au nouveau format des données de l'Office fédéral de la statistique.

Les nouvelles règles introduites par SwissDRG seront simulées sur les données 2010 pour vérifier que les modifications n'ont pas d'incidence majeure sur l'algorithme de dépistage des réadmissions potentiellement évitables. Par ailleurs, les valeurs attendues seront recalculées pour tenir compte des changements, y compris pour les réopérations⁴.

4.2 Amélioration des algorithmes de dépistage

Les algorithmes dépistent les réadmissions et les réopérations potentiellement évitables, c'est-à-dire qui devraient ne pas survenir dans des conditions idéales. La faute n'incombe cependant pas toujours au seul hôpital, car le problème peut être lié à une récurrence ou à une aggravation des pathologies et surtout aux soins ambulatoires. L'expérience montre par exemple que beaucoup de réadmissions pourraient être évitées par une meilleure coordination entre l'hôpital, les médecins installés et les soins à domicile. Cette manière de faire est intéressante dans une optique de santé publique et de supervision générale du fonctionnement du système de santé. Mais elle est frustrante pour certains hôpitaux qui aimeraient se concentrer sur les problèmes sur lesquels ils peuvent agir et pour lesquels ils sont clairement responsables. A leurs yeux, « qui trop embrasse mal étreint » et l'outil devrait mieux cibler, dans la mesure du possible, les réadmissions qui pourraient clairement être évitées. Cela faciliterait également le travail de revue des dossiers qui peut prendre du temps lorsqu'il s'agit de déterminer les causes des réadmissions. Le problème est similaire pour les réopérations, dont certaines correspondent à une prise de risque calculée ; par exemple, le chirurgien peut opter pour une chirurgie peu invasive en vue de sauver un organe (amputation partielle par exemple) au risque de devoir réintervenir avec une amputation plus large si nécessaire. Ces réopérations sont actuellement considérées comme potentiellement évitables et problématiques si elles sont trop nombreuses.

Pour concilier ces deux visions complémentaires, la solution serait d'offrir aux hôpitaux une liste restreinte des réadmissions et réopérations « clairement évitables » en plus des listes actuelles pour qu'ils puissent simplifier le travail d'analyse. Un délai plus court (par exemple de 18 jours comme proposé par SwissDRG) pourrait également être retenu pour cerner ces réadmissions de la liste restreinte, tout en conservant le délai de 30 jours qui avait été validé par plusieurs études scientifiques. Cette option sera discutée avec le groupe des utilisateurs d'ici la fin de cette année 2012.

⁴Le risque de réopérations au cours du même séjour sera plus élevé après fusion des séjours concernés.