

**RAPPORT DE LA COMMISSION THEMATIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE
chargée d'examiner l'objet suivant :**

**Postulat Carole Dubois et consorts - Etude sur les raisons des réadmissions hospitalières
potentiellement évitables : mieux vaut prévenir que guérir**

1. PREAMBULE

La commission s'est réunie le 12 avril 2019.

Présent-e-s : Mmes Claire Attinger Doepper, Sonya Butera, Christine Chevalley (en remplacement de Christelle Luisier Bordard), Carole Dubois, Florence Gross, Jessica Jaccoud, Léonore Porchet, Graziella Schaller. MM. Fabien Deillon (en remplacement de Jean-Luc Chollet), Thierry Dubois, Yvan Luccarini (en remplacement de Marc Vuilleumier), Olivier Petermann, Vassilis Venizelos (président), Philippe Vuillemin, Andreas Wüthrich. Excusé-e-s : Mme Christelle Luisier Brodard. MM. Jean-Luc Chollet, Marc Vuilleumier.

Représentant-e-s du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : Mme Stéphanie Monod, Directrice générale, Direction générale de la santé (DGS), Chantal Grandchamp, Directrice finances et affaires juridiques à la DGS, Stéphanie Pin, Directrice santé communautaire à la DGS. MM. Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat.

2. POSITION DE LA POSTULANTE

Le postulat a été déposé suite à la publication d'une étude qui fait apparaître des taux hors normes de réadmissions hospitalières potentiellement évitables, non seulement dans le canton de Vaud mais aussi à Neuchâtel et à Berne.

L'étude recommande deux axes d'amélioration particulièrement en phase avec la politique publique vaudoise de maintien à domicile et de réponse à l'urgence.

Les deux axes d'amélioration proposés par l'étude sont les suivants :

1. **Amélioration des sorties de l'hôpital.** La réduction des durées d'hospitalisation a des effets très positifs comme la diminution des esquinces, des maladies nosocomiales ou une meilleure préservation de l'autonomie des personnes âgées/vulnérables. Toutefois, dans certains cas, quelques jours de plus à l'hôpital permettraient d'éviter une réadmission.
2. **Amélioration des prises en charges ambulatoires :** meilleures interfaces entre les professionnels de la santé (médecins hospitaliers, médecins de famille, CMS, organisations privées d'aide et de soins à domicile...), meilleure information aux familles des patients (proches-aidants), gestion des médicaments permettant une réactivité optimale.

La prise en considération du postulat permettra de dresser un état des lieux de ce qui se fait déjà au niveau des établissements dans le canton, et de dessiner des pistes d'amélioration. La démarche permettra aussi de faire le point sur l'état d'avancement du dossier électronique du patient (contenus, protection des données...).

3. POSITION DU CONSEIL D'ETAT

L'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et cliniques (ANQ) s'appuie sur l'indicateur SQLape pour mesurer les réadmissions potentiellement évitables. Le chef du DSAS relève que cet indicateur présente des limites comme toutes les données hospitalières.

Par exemple, en matière d'infections nosocomiales, le CHUV reçoit une bonne note s'agissant de la qualité de la surveillance et de la réactivité en cas de problème, et une moins bonne note s'agissant de l'incidence d'infections nosocomiales. Evidemment, plus le système de vigilance/réaction est développé dans un établissement, plus le risque d'y détecter des infections nosocomiales et la probabilité de renseigner correctement le système sont élevés.

Les comparaisons entre hôpitaux nécessitent ainsi la plus grande prudence. Il apparaît dès lors plus intéressant de suivre l'évolution d'un indicateur pour le même hôpital.

Au demeurant, la question des réadmissions hospitalières n'interroge pas seulement l'hôpital mais tout le système de prise en charge et notamment le dispositif de soins primaires (nécessaire lutte contre la contraction de l'offre de médecine générale en cabinet). En amont et en aval de l'hôpital doivent être mis en place des dispositifs robustes dont il importe que le système de financement produise les bons incitatifs (par exemple, soutien des patients à la sortie de l'hôpital plutôt qu'installation d'un équipement de radio-oncologie de plus). Dans la même veine, l'argent que l'Etat n'a pas besoin d'allouer à l'hôpital en raison du renforcement de la prise en charge ambulatoire devrait servir au financement du secteur ambulatoire (stratégie suivie par le projet de réponse à l'urgence), avec les éléments de contrôle étatique qui y sont liés.

Le postulat pose donc des questions légitimes qui méritent réponses.

4. DISCUSSION GENERALE

Les causes

Les causes des réadmissions potentiellement évitables peuvent se classer en trois groupes en lien avec :

1. les complications (complications chirurgicales, effets secondaires d'un médicament utilisé...);
2. la sortie de l'hôpital (diagnostic manqué ou erroné, thérapie inappropriée, sortie prématurée...);
3. les soins ambulatoires post-hospitalisation (premier rendez-vous trop tardif avec le médecin de famille, transmissions d'information trop sommaires ou tardives, traitements ambulatoires ou services à domicile insuffisants ou inadaptés...).

Influence du système tarifaire

Un député se demande quelle est l'influence du système tarifaire sur les cas de réadmissions. Il se demande si les forfaits par cas rémunérant les hôpitaux pour leurs prestations sont parfois définis de manière trop étreiguée, ce qui pousserait les établissements hospitaliers à renvoyer trop tôt les patients chez eux.

Le chef du DSAS rappelle que le monde de la santé présente deux types de système tarifaire :

- la tarification à l'acte (Tarmed) dans le domaine ambulatoire ;
- la tarification par forfaits par cas (SwissDRG) dans le domaine stationnaire.

L'avantage de la tarification forfaitaire est qu'elle n'incite pas à la multiplication des actes et à l'allongement de la durée des séjours hospitaliers. Il reste qu'un forfait par cas correspond par définition à un coût standardisé, alors même que, dans la réalité, les coûts pour un même cas sont distribués (cas concrets moins chers ou plus chers que le coût moyen). Permettre à certains prestataires de se spécialiser dans la prise en charge des cas les moins coûteux (sélection des patients) biaise alors toute véritable concurrence.

Rétablir l'équité imposerait de donner la même mission à tous les hôpitaux (obligation de prise en charge de tous les patients qui se présentent), ce qui impliquerait le maintien de surcapacités importantes en termes d'équipements et de personnels qualifiés. Pour éviter cet écueil, un établissement hospitalier se concentre sur les cas lourds dépassant les forfaits définis, d'où des valeurs de point tarifaire différenciées et l'octroi de subventions pour prestations d'intérêt général (PIG).

Les systèmes tarifaires sont donc de bons esclaves mais de mauvais maîtres. Il importe en effet d'utiliser ces systèmes pour la transparence qu'ils offrent. Il ne s'avère toutefois pas possible d'établir une planification sanitaire sur la seule base de ces systèmes (nécessaires correctifs en lien avec la rationalité humaine et les choix politiques).

Intérêt de dresser un état des lieux sur la question

Les députés relèvent unanimement l'utilité de dresser un état des lieux des démarches déjà engagées par les établissements hospitaliers et les réseaux de soins concernant la problématique des réadmissions. L'intérêt de la réponse au postulat consisterait en un état des lieux en la matière mais aussi en un partage avec le Grand Conseil des actions à mener en priorité et des financements à prévoir en conséquence (renfort de la transition de l'hôpital au domicile, dossier électronique du patient, plan de médication partagé, etc.). En effet, certains aspects de coordination de la prise en charge entre l'hôpital et l'ambulatorio, « zone grise » à risques, ne sont aujourd'hui payés par personne.

La discussion fait ressortir les éléments suivants :

- l'intérêt d'envisager une meilleure rémunération des médecins responsables d'EMS afin d'améliorer la prise en charge des résidents et éviter autant que possible les ré-hospitalisations (consultations hors horaires de bureau, etc.) ;
- la nécessité de tenir compte de l'ensemble des facteurs de risque liés au patient lui-même (âge, pathologies, polymédication, déterminants socio-culturels, etc. = profils de patients réadmis) et d'évaluer la capacité des établissements hospitaliers à prendre en charge plus spécifiquement les personnes à besoins particuliers ;
- l'importance de prendre en considération les ressources propres au patient, à son environnement et à son entourage au moment du retour à domicile. A ce titre, il conviendrait de bien informer les familles des possibilités de soutien à un patient à domicile (organisations privées d'aide et de soins à domicile par exemple) ;
- l'importance à ne pas oublier en la matière les institutions de prise en charge des personnes handicapées ;
- l'intérêt de faire intervenir les accompagnateurs Alzheimer au SPAH (structure de préparation et d'attente à l'hébergement) afin de réduire le niveau d'agitation des personnes suivies.

5. VOTE DE LA COMMISSION

La commission recommande au Grand Conseil de prendre en considération ce postulat à l'unanimité des membres présents, et de le renvoyer au Conseil d'Etat.

Yverdon-les-Bains, le 12 octobre 2019.

*Le président :
(Signé) Vassilis Venizelos*