

RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT AU GRAND CONSEIL

sur le postulat Carole Dubois - Etude sur les raisons des réadmissions hospitalières potentiellement évitables : mieux vaut prévenir que guérir (19_POS_104)

et

sur le postulat Catherine Labouchère - Mesures de la qualité et des coûts hospitaliers et extra-hospitaliers : une étude utile pour anticiper (19_POS_160)

Rappel du postulat Carole Dubois 19_POS_104

Le 22 janvier 2019, Mme la députée Carole Dubois a déposé le postulat suivant :

« Une récente étude de l'ANQ (association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques) datée de septembre 2018, basée sur les données de l'Office fédéral de la santé (MedStat 2016) et réalisée à l'aide de l'indicateur SQLape, fait apparaître dans 47 hôpitaux et sites hospitaliers du pays des taux de ré-hospitalisations hors normes. Ce qui interroge, c'est le phénomène, leur augmentation et celui de leur ratio des taux qui passe de 0,95 en 2015 à 1,05 en 2016.

Dans le canton de Vaud le CHUV et d'autres hôpitaux et cliniques sont concernés.

Ces questions sont directement liées à la mesure des indicateurs de qualité.

Certes, l'indicateur de la hausse sur une année n'est peut-être pas un signe qu'elle va suivre cette tendance, mais elle est suffisamment significative pour être considérée comme une alerte. Elle constitue donc une raison à mener rapidement une étude sur ce qui se passe dans les hôpitaux du canton pour établir ensuite des correctifs avant qu'il ne soit trop tard et que la courbe ascendante des ré-hospitalisations ne devienne pérenne.

Cette étude devrait porter notamment sur les éléments suivants :

- *Analyse du contexte général des ré-hospitalisations dans le canton dans les hôpitaux publics, privés d'intérêts public et cliniques avec lits listés LAMal.*
- *Gestion et qualité des interfaces entre l'hôpital et les instances qui prennent en charge le patient à sa sortie (communication, information, suivi, délai de transmission).*
- *Pourcentage de médecins généralistes/médecins de famille habilités à répondre à la demande.*
- *Analyse de la corrélation ou non entre les taux de réadmissions et de ré-opérations.*
- *Domaines et unités où les taux de ré-hospitalisations sont potentiellement évitables en fonction des groupes de diagnostics.*
- *Prévention des mauvaises interactions médicamenteuses.*
- *Coordination entre les hôpitaux, médecins, pharmaciens, soins à domicile et soignants de pratique avancée. »*

Rappel du postulat Catherine Labouchère 19_POS_160

Le 17 septembre 2019, Mme la députée Catherine Labouchère a déposé le postulat suivant :

« Le système de santé nous met face à de nombreux défis. Cela va continuer, car la population augmente tout comme l'espérance de vie. Les offres et les coûts liés aux différentes structures et prestations de santé varient d'une région à l'autre, d'un canton à l'autre et en fonction du milieu urbain ou rural. Les critères de mesure de qualité ne sont pas uniformes non plus.

Tous ces paramètres ont des conséquences financières à tous les niveaux pour tous les partenaires des prestations de santé qu'ils en bénéficient, qu'ils les fournissent ou qu'ils les financent.

Les modes de vie évoluent aussi, les citoyens souhaitent en général rester le plus longtemps possible chez eux. L'ambulatoire prend de plus en plus d'importance par rapport au stationnaire.

Une réflexion et une évaluation de la qualité et des coûts du système de santé sont indispensables dès maintenant si l'on veut maintenir un système de santé performant et accessible à tous à l'avenir.

C'est pourquoi le postulat demande que les points suivants soient étudiés :

- La position du canton en comparaison des autres cantons en ce qui concerne les offres de soins dans les domaines hospitaliers et extra-hospitaliers (en relation avec la démographie, les coûts globaux, les ressources financières par habitant, la qualité).*
- La distinction que le canton fait entre soins et accompagnement et selon quels critères.*
- La moyenne d'augmentation des coûts liés à la santé ces 10 dernières années et les prévisions d'évolution dans les 5 prochaines années.*
- La surveillance de la qualité et des coûts mis en place par le canton et selon quels critères.*
- Les prévisions d'évolution du suivi de la qualité ces 5 prochaines années, voire à plus long terme (10 ans).*
- La description des outils de pilotage instaurés par le canton pour garantir une utilisation optimale des ressources garantes de la qualité des soins.*
- Les enseignements tirés des comparaisons intercantionales pour améliorer les pratiques dans les deux domaines de la qualité et des coûts.*
- Des propositions de mesures découlant de ces enseignements. »*

Rappel des délibérations législatives

Le 10 mars 2020 le Grand Conseil a renvoyé le postulat Carole Dubois et consorts au Conseil d'Etat.

Les recommandations de la Commission thématique de la santé publique (CTSAP) du Grand Conseil proposent au Conseil d'Etat de se concentrer sur les axes d'améliorations suivants :

- Amélioration des sorties de l'hôpital ;
- Amélioration des prises en charge ambulatoires ;
- Déploiement du dossier électronique du patient (contenus, protection des données...).

Le 9 juin 2020 le Grand Conseil a renvoyé le postulat Catherine Labouchère et consorts au Conseil d'Etat. Dans les délibérations, la CTSAP demande au Conseil d'Etat de dresser un état des lieux des difficultés du système de santé actuel et d'exposer les mesures envisagées, en particulier la stratégie prévue par la DGS relative à la qualité.

Rapport du Conseil d'Etat

1. INTRODUCTION

Le Conseil d'Etat partage les préoccupations des postulantes quant à la nécessité de s'assurer que les moyens sanitaires déployés pour prendre en charge les personnes soignées dans le canton soient d'excellente qualité, ceci d'autant plus que le vieillissement de la population modifie les besoins, notamment en matière de coordination. Par ailleurs, l'augmentation continue des coûts des prestations de soins engendre des tensions sur le système dont les effets potentiellement pervers doivent pouvoir être anticipés et prévenus au maximum.

En cohérence avec les mesures nécessaires identifiées dans le Rapport sur la politique de santé publique du canton de Vaud 2018-2022, le Conseil d'Etat travaille ainsi sur les processus organisationnels, cliniques et logistiques qui permettent de renforcer les soins sur le lieu de vie du patient ou de la patiente et de fluidifier les trajectoires de soins, en particulier pour les personnes souffrant de pathologies chroniques. Le fort lien entre les mesures prises, pertinentes dans le cadre des questions soulevées dans les postulats de Mmes Labouchère et Dubois, a poussé le Conseil d'Etat à fournir une réponse conjointe à ces deux postulats. De plus, comme cela sera étayé plus loin, l'interprétation des taux de réadmissions¹ potentiellement évitables nécessite une analyse allant au-delà de la lecture d'un simple indicateur. Ainsi, la première partie se concentrera sur des éléments de réponses au postulat Dubois et la deuxième partie de cette réponse, sur des éléments autour du postulat Labouchère. En accord avec Mme Labouchère et la position de la CTSAP, la réponse s'oriente vers un état des lieux des difficultés auxquelles le système de santé du canton fait face dans son ensemble et sur les axes stratégiques visant à adresser ces difficultés, plutôt que vers la réponse aux questions spécifiquement posées. Bien qu'importante, la question des coûts et notamment des mesures prises pour freiner ces derniers n'est pas abordée dans le présent rapport. Il n'empêche que les mesures prises tendent aussi à sortir d'une certaine logique biomédicale, qui est très performante et nécessaire dans le domaine de la médecine de pointe, mais aussi coûteuse, pour permettre l'émergence de nouveaux modèles de soins communautaires répondant mieux aux besoins actuels.

¹ Dans le cadre de la présente réponse à ces deux postulats, les termes ré-hospitalisations et réadmissions sont utilisés indifféremment et ils signifient la même chose, voir définition au chapitre 2.

A. PREMIERE PARTIE : REPONSE AU POSTULAT CAROLE DUBOIS

2. LES READMISSIONS POTENTIELLEMENT EVITABLES

2.1 Définition et mise en perspective

Une réadmission est considérée comme potentiellement évitable si elle répond à trois critères cumulés :

- elle n'était pas prévisible au moment de la sortie de l'hospitalisation précédente
- elle est causée par une affection déjà connue au moment de cette sortie ou par une complication
- elle survient dans les 30 jours qui suivent la sortie de l'hospitalisation précédente

Ainsi, les réadmissions potentiellement évitables représentent des événements inattendus et indésirables. Cela signifie qu'elles ne peuvent pas toujours être évitées. En effet, il arrive qu'une pathologie ait progressé, qu'un retour à domicile ait paru faisable mais se soit révélé plus compliqué que prévu, ou que des complications peu fréquentes surviennent. Pour cette raison, les réadmissions problématiques sont dites « potentiellement évitables ». Il s'agit donc de déterminer les cas où cette réadmission aurait pu être évitée avec d'autres mesures internes à l'hôpital (gestion des erreurs médicales, prolongement de la durée de séjour), lorsque le patient quitte l'hôpital pour rentrer à domicile ou en hébergement long séjour tels que les EMS (qualité de la transmission d'information, réactivité des soins ambulatoires) ou lors de la prise en charge au niveau ambulatoire (cohérence entre prestations offertes et besoins de prise en charge).

Dans la pratique, pour estimer si un taux de réadmissions est potentiellement évitable, un taux observé de réadmissions est comparé à un taux attendu, selon le profil de risque des patient-e-s. Si le taux observé dépasse le taux attendu, on considère que le surplus aurait probablement pu être évité.

Le risque de réadmission est très variable selon les pathologies, les types d'opérations chirurgicales (nature, technique utilisée), l'âge du patient ou de la patiente, et ses antécédents, notamment des séjours hospitaliers récents. Certains hôpitaux ont plus de patient-e-s complexes et âgé-e-s que d'autres et donc un taux attendu très élevé (près de 12%). D'autres hôpitaux ont un taux attendu très bas (proche de 1%) parce qu'ils hospitalisent essentiellement des patient-e-s jeunes ou des femmes qui accouchent.

L'indicateur « taux de réadmissions potentiellement évitables » est un des indicateurs ANQ² relevé sur l'ensemble de la Suisse. Il est calculé sur la base des données de la Statistique médicale des hôpitaux. Les réadmissions qui surviennent dans un autre hôpital sont incluses dans l'analyse, grâce à un code de liaison anonyme qui permet de reconstituer les trajectoires de soins. Il est important de relever que l'indicateur s'applique uniquement aux séjours de soins somatiques. Les résultats ne couvrent donc pas l'entier des réadmissions qui peuvent survenir après une hospitalisation. En particulier, les sorties d'un séjour de réadaptation, qui représentent environ 14% des séjours éligibles, sont exclus de l'analyse. Au niveau du système sanitaire vaudois, ceci ne met toutefois pas en cause les conclusions qui peuvent être tirées des analyses.

Les lignes qui suivent s'intéressent aux réadmissions potentiellement évitables. La question plus globale des hospitalisations potentiellement évitables n'est en revanche pas traitée.

2.2 Analyses des réadmissions potentiellement évitables et constats posés par un expert

Afin d'obtenir une analyse complète et étayée des réadmissions hospitalières dans le canton, la Direction générale de la santé (DGS) a mandaté un expert indépendant, pour étudier le développement des réadmissions pendant les années 2015-2019, leurs causes, et pour proposer des pistes d'amélioration concrètes. Le rapport technique « Evolution récente du taux de réadmissions potentiellement évitables dans le canton de Vaud, Expertise en lien avec le postulat déposé par Carole Dubois et consorts » de Yves Eggli, Expert indépendant, figure en annexe 1 de la réponse à ce postulat.

² L'ANQ (Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques) est une association à but non lucratif dont les cantons, les assureurs et les fournisseurs de prestations sont membres. Elle a pour but de coordonner et de réaliser des mesures visant à développer la qualité des soins dans les hôpitaux et cliniques à l'échelle nationale. Pour les soins somatiques, elle réalise, par exemple, des mesures dans le domaine de la satisfaction des patients, des infections du site chirurgical, des chutes et escarres et des réadmissions. Les résultats publiés doivent permettre aux hôpitaux d'améliorer la qualité de leurs prestations.

Les principaux constats du rapport sont les suivants :

- L'analyse s'inscrit dans un contexte de vieillissement de la population, de tension sur les lits (hôpitaux engorgés) et d'exigences en matière d'efficacité économique imposées par la LAMal.
- Le taux observé de réadmissions potentiellement évitables a augmenté sensiblement entre 2015 et 2017 pour se stabiliser ensuite à un taux plus élevé qu'en 2015. Les causes de réadmissions ces deux dernières décennies ont probablement évolué. Auparavant, la principale explication aux réadmissions potentiellement évitables était liée à des problèmes de transmission des informations entre l'hôpital et les instances de prise en charge en aval. Il semble qu'aujourd'hui, les hôpitaux rencontrent une plus grande difficulté à trouver l'équilibre entre des durées de séjour les plus courtes possibles et les risques de réadmissions en cas de sorties prématurées. Ces cinq dernières années, la durée de séjour a pu être réduite sans augmentation des taux de réadmissions dans deux circonstances particulières :
 - o Le développement d'une chirurgie moins invasive
 - o Lorsque la durée moyenne de séjour était trop élevée par rapport à la durée attendue compte tenu du profil des patients.

Dans les autres cas, la baisse des durées de séjour était associée à une hausse des taux de réadmissions, en particulier pour les personnes de plus de 80 ans. Il paraît dès lors important d'éviter de mettre une trop forte pression sur les durées de séjour de ces patients.

- L'analyse des réadmissions par pathologie ne permet pas de démontrer que des mesures de santé publique ciblées sur les pathologies permettraient d'influencer les taux de réadmissions ou d'améliorer la prise en charge.
- Les causes de réadmissions liées à des problèmes de qualité, comme une mauvaise préparation des sorties, des diagnostics manqués, des thérapies inefficaces, des services à domicile déficients, des ré-opérations ou des complications chirurgicales ou médicamenteuses existent, mais elles ne représentent qu'une petite part des réadmissions.
- A part quelques pistes d'amélioration ponctuelles et spécifiques à certains hôpitaux, l'analyse indique que la problématique actuelle est principalement celle des durées de séjour.
- Les surcoûts financiers occasionnés par les réadmissions en augmentation ne pèsent pas lourds par rapport aux économies obtenues en réduisant les durées de séjour.

En conclusion, l'analyse indique que les taux de réadmissions étaient en voie de stabilisation en 2019 dans le canton de Vaud, à un niveau proche de la moyenne suisse. L'analyse fine des causes de réadmissions n'a pas montré de détérioration explicite de la qualité des soins entre 2015 et 2019. Cependant, les réadmissions potentiellement évitables restent des événements indésirables avec un coût humain et sont un phénomène important pour étudier le fonctionnement du système de santé. Il est donc nécessaire de continuer à les surveiller, en combinaison avec d'autres indicateurs, comme la durée de séjour.

3. COMPLEMENTS EN LIEN AVEC LES QUESTIONS SPECIFIQUES DU POSTULAT

Globalement, l'analyse étayée effectuée par l'expert indépendant montre qu'il n'y a actuellement plus d'augmentation au niveau des différentes dimensions spécifiques, en lien avec les réadmissions, abordées par le postulat. Certaines de ces dimensions, ainsi que les principales actions d'amélioration déjà déployées, sont brièvement reprises ci-dessous par le Conseil d'Etat.

3.1 Gestion et qualité des interfaces entre l'hôpital et les instances qui prennent en charge le patient ou la patiente à sa sortie (communication, information, suivi, délai de transmission)

Le vieillissement de la population ainsi que l'augmentation des maladies chroniques ont déjà amené l'ensemble des acteurs à adapter leur fonctionnement. Le CHUV développe de nombreux projets visant à sécuriser une prise en charge adéquate des patient-e-s après leur sortie tels que la gestion pro-active des séjours permettant de préparer la sortie du patient ou de la patiente tout au long de son hospitalisation ou encore le suivi connecté des patient-e-s 24h/24 et 7j/7 (CHUV@home) grâce à un centre de Télé-suivi infirmier, interne au CHUV, pour anticiper et prévenir certaines complications postopératoires pouvant survenir à domicile. Un projet pilote a, avec succès, montré l'efficacité d'un tableau blanc³ en chambre du patient ou de la patiente sur lequel le projet thérapeutique et les conditions pour une sortie de l'hôpital sont transparents et visibles pour les patient-e-s et les proche-aidants.

La DGS soutient le déploiement d'outils favorables à la continuité des soins tels que le dossier électronique du patient (DEP). Ainsi, le DEP a pu être lancé au niveau romand par l'association intercantonale CARA en mai 2021 et un moyen d'identification électronique spécifique au canton de Vaud mis à disposition au mois d'août 2021. Les efforts d'adaptation des logiciels primaires des partenaires sanitaires ou des éditeurs de logiciels continuent, l'affiliation et la préparation des partenaires, ainsi que le développement de modules supplémentaires au DEP comme un plan de médication partagé, un plan de soins partagé et la sécurisation des transferts de données entre professionnels également. Le DMST (document médico-social de transmission), qui existe depuis une dizaine d'années dans le canton de Vaud, a été actualisé en conséquence pour améliorer la communication entre les EMS, les soins à domicile et les hôpitaux en amont d'une hospitalisation et à la sortie.

Les 4 Bureaux régionaux d'information et d'orientation (ci-après BRIO) des réseaux de santé, et plus particulièrement les infirmières et infirmiers de liaison, effectuent un travail important d'information et d'orientation dans les hôpitaux en fonction des besoins des patient-e-s (retour à la maison avec des soins à domicile, placement en EMS court ou long séjour, lien vers l'offre médico-sociale, etc.), ainsi que de soutien et de conseil aux patient-e-s et à leurs proches. Du fait de leur connaissance du réseau médico-social cantonal et régional, les BRIO contribuent ainsi à l'orientation du patient ou de la patiente au bon endroit au bon moment en fonction de ses besoins.

Enfin, depuis 2019, des équipes mobiles infirmières répondent, 24h/24, 7jours/7 dans les deux heures sur le lieu de vie aux situations d'urgence. Présentes dans les quatre régions sanitaires, ces équipes s'inscrivent dans le cadre du projet d'optimisation du processus de la Réponse à l'urgence. Elles sont en relation étroite avec le dispositif de garde médicale de premier recours, et sont engagées par la Centrale téléphonique des Médecins de Garde (CTMG), sur demande notamment des médecins de garde, des médecins traitants, des CMS, des EMS ou encore de certains services d'urgence hospitaliers. Elles prennent en charge des situations urgentes de peu de gravité qui ne nécessitent pas de filières pré-hospitalières (ambulances) ou de plateau technique hospitalier. Elles collaborent étroitement avec l'ensemble du réseau socio-sanitaire pour favoriser le maintien sur le lieu de vie.

3.2 Densité et répartition des médecins généralistes sur le territoire cantonal

L'hypothèse d'une influence de la densité des médecins généralistes sur les taux de réadmission repose sur la crainte de ne pas avoir un système de santé ambulatoire suffisamment étoffé pour appuyer le retour à domicile. On pourrait par exemple supposer que les patient-e-s ne puissent avoir un rendez-vous dans un délai raisonnable si l'offre médicale est insuffisante. Les premiers constats d'une étude en cours sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) suggèrent cependant que les densités et la répartition des médecins ont moins d'influence sur le risque d'une hospitalisation (ou d'une réhospitalisation) évitable que la compréhension de la gravité des situations qui peuvent mener à l'hôpital.

³ Voir [2.2 Espace de médiation entre patients, proches & professionnels :: Rapport activité 2020 \(chuv.ch\)](#) : afin de répondre à un manque d'information souvent formulé par les patientes et patients comme par leurs proches, le Service de médecine interne adulte du CHUV a installé des tableaux blancs au pied d'une partie de ses lits comme outil d'information et de participation. Chacun et chacune peut y lire les noms des personnes soignantes, les rendez-vous médicaux etc., mais aussi y inscrire ses questions. Il s'agit d'un support de communication consultable de façon instantanée.

Dans ce cas, les mesures visant à améliorer les connaissances des patient-e-s sur leurs pathologies et pour qu'ils sachent comment mieux utiliser le système de santé pourraient être renforcées. La médecine de premier recours a un rôle important à jouer dans ce domaine.

Ainsi, différentes démarches sont en cours pour adapter les compétences des professionnel-le-s de santé plus globalement aux nouveaux besoins des patient-e-s et de la population. Peuvent être cités :

L'adaptation de la formation médicale :

- Le projet Réorganisation de la formation post-graduée en médecine en Suisse romande (Réformer⁴) vise à coordonner la formation médicale postgraduée en Suisse romande, optimiser les parcours postgradués des médecins en formation, et mieux répartir les ressources entre les hôpitaux, les cabinets médicaux et les régions de Suisse romande. Il instaure des filières de formation et des mentors pour les médecins. Une instance intercantonale de régulation pourra orienter les médecins en formation dans les disciplines en fonction des besoins.

La mise en place de nouveaux modèles de soins et de fonctions notamment infirmières :

- Le projet MOCCA vise à améliorer la coordination et la continuité des soins en intégrant un-e infirmier-ère dans les cabinets de médecine de famille. En effet, le suivi infirmier permet d'accompagner le patient âgé ou atteint de maladies chroniques de très près dans un lieu unique. La qualité de vie de cette population peut ainsi être améliorée et le déclin fonctionnel retardé. Des outils adaptés tels que le DEP ou encore le plan de soins partagés contribueront au bon fonctionnement de cette organisation innovante dans la mesure où ils faciliteront l'accès aux informations importantes pour la prise en charge des patientes et des patients et permettront leur transmission rapide aux intervenant-e-s concerné-e-s.
- De nouveaux rôles au niveau des soins infirmiers sont également développés afin d'adapter le système de soins aux enjeux actuels en termes de démographie, financement et qualité des prestations. Mentionnons le Master en sciences infirmières délivré depuis 2009 par l'UNIL permettant d'exercer le rôle d'infirmier-ère clinicien-ne spécialisé-e. Ces professionnel-le-s ont pour mission de veiller à améliorer la qualité et la sécurité des soins en introduisant les nouveaux savoirs auprès des équipes de soins infirmiers, et en apportant ou supervisant des soins directs aux patient-e-s et aux familles dans des situations complexes. Quant au cursus de maîtrise universitaire ès Sciences en pratique infirmière spécialisée proposé depuis 2018 par l'UNIL, il permet aux infirmières et infirmiers détenant ce master d'assumer, dans leur champ de compétences et de manière autonome, certaines responsabilités médicales telles que définies par l'article 124b de la LSP. Cinq infirmier-ère-s praticien-nes spécialisés-es exercent actuellement au CHUV. Il s'agit de la volée pilote de ce nouveau cursus. Une seconde volée a terminé sa formation en été 2021. L'Etat prévoit d'apporter un soutien financier à environ 6 infirmier-ère-s en formation IPS par année (3 pour les cabinets et pôles de santé et 3 pour les autres institutions sanitaires, par exemple la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV) ou l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD)). Cet objectif sera réévalué en fonction des besoins et capacités du terrain.
- La création d'un poste d'infirmière cantonale, première en Suisse, permet également de valoriser et soutenir une profession appelée à jouer un rôle déterminant dans le développement du système de santé et son adaptation à l'évolution démographique.
- Le tandem assistant-e en soins communautaires (ASSC) et infirmier-ères se généralise dans les différentes institutions sanitaires. Dans ce modèle de collaboration, l'ASSC dispose d'une formation préparant à une activité autonome dans le champ des activités de la vie quotidienne. Dans le cadre des soins infirmiers, il ou elle travaille sous la direction et la supervision de l'infirmière ou de l'infirmier dont le rôle est d'évaluer le degré de délégation optimal en termes de qualité et de sécurité des soins.

⁴ Voir [REFORMER | Réformer – Réorganisation de la formation post-graduée en médecine en Suisse romande \(re-former.ch\)](https://re-former.ch)

3.3 Prévention des mauvaises interactions médicamenteuses

Le vieillissement de la population entraîne un plus grand nombre de patient-e-s souffrant de maladies multiples avec une multiplication du nombre de médicaments prescrits. Certains auteurs considèrent qu'il s'agit d'une tendance inquiétante à prescrire trop de médicaments⁵. Les pharmacies alertent régulièrement les médecins traitants lorsqu'elles constatent des prescriptions de médicaments susceptibles de provoquer des interactions néfastes et dangereuses. Au niveau international, il existe plusieurs démarches visant à repérer les prescriptions inappropriées de médicaments (PIM)⁶. Les principales PIM concernent les somnifères et les anxiolytiques, mais aussi les anti-inflammatoires non stéroïdiens. Des aménagements paraissent nécessaires pour mieux tenir compte des recommandations de pratique en Suisse.

Conscient de cette problématique, le canton de Vaud soutient plusieurs initiatives visant la sécurité de la médication lors des transitions et la coordination des soins. Ces initiatives ont pour but d'optimiser la gestion de la médication aux interfaces d'une hospitalisation et de renforcer le réseau de soins primaires pour les patient-e-s polymédiqué-e-s. La DGS soutient les initiatives en cours et travaille avec l'association CARA⁷, fournisseur du DEP, pour mettre en place un plan de médication partagé (PMP) ainsi qu'un plan de soins partagés (PSP). Ces démarches devraient également impliquer une communication empathique et compréhensive avec le patient ou la patiente, avec du temps dédié durant la consultation. Par exemple, grâce à l'OFAC⁸, une vingtaine de pharmacies dans le canton de Vaud⁹ sont formées à la collaboration interprofessionnelle pour accompagner les patient-e-s diabétiques de type 2.

Le problème de la polymédication est donc un sujet d'actualité, mais il ne semble pas qu'il soit particulièrement en cause pour les réadmissions, puisque ce facteur n'est invoqué que dans moins de 5% des cas.

3.4 Coordination des acteurs dans la prise en charge des patient-e-s y compris les proches aidant-e-s

En sus des mesures décrites au point 3.1, plusieurs mesures et actions de santé publique ont été entreprises dans un but d'améliorer la coordination des acteur-trice-s, notamment :

- L'automatisation de l'envoi de documents de transmissions d'information à la sortie de l'hôpital.
- La création d'équipes mobiles du Centre médico-social (CMS) dédiées au retour à domicile. Ces équipes ont pour mission d'assurer la prise en charge des patient-e-s dans les deux heures dès la fin de leur séjour en hôpital ou en CTR, de préparer ensuite (en 24 à 72 heures) la reprise de la situation par le CMS et d'éviter des hospitalisations non justifiées. Elles contribuent à une meilleure gestion des flux de patients en aval et en amont des hôpitaux et facilitent les relations entre professionnel-le-s. Ainsi, en 2019 le dispositif a recensé 13'273 sorties d'hôpitaux et 2'278 de CTR. 9'050 patient-e-s ont ainsi été pris-e en charge, dont 63% par les CMS et 37% par ces équipes.
- Le renforcement de la coordination, les évaluations réalisées et le partage d'informations uniformisées (plan de médication, diagnostics, matériel à utiliser, souhaits du patient etc.) dans le document médico-social de transmission (DMST) avec les infirmières et infirmiers de liaison. Ces éléments concourent à la qualité et la continuité de la prise en charge des équipes dédiées, avec une dotation moyenne de 52,4 ETP d'infirmiers-ères de liaison sur tout le territoire cantonal en 2019.
- La mise en place dans la Couronne lausannoise, par l'Association pour la promotion de la santé et le maintien à domicile (APROMAD), et en collaboration avec le CHUV, d'une équipe dédiée à la réadaptation gériatrique (patients de plus de 65 ans) personnalisée à domicile. Ce programme READOM permet deux axes de prise en charge : une filière hospitalière dès la sortie de l'hôpital (pour 85% des patient-e-s concerné-e-s) et une filière communautaire (15% des patient-e-s concerné-e-s) pour une population à risque de déclin fonctionnel à domicile. Une équipe interdisciplinaire (ergothérapeutes, infirmier-ères, physiothérapeutes et auxiliaires) spécialisée dotée de 13.7 EPT prend en charge la réadaptation à domicile des patient-e-s admis-e dans le programme pendant trois semaines en moyenne. L'activité de ce programme est en constante augmentation. En 2020, 358 client-e-s ont été pris-es en charge. L'AVASAD souhaite généraliser la réadaptation à domicile sur l'ensemble des régions du canton. Il s'agit d'un enjeu de développement important pour le dispositif sanitaire vaudois ces prochaines années.

⁵ Neuner-Jehle S. La polypharmacie : une nouvelle épidémie. Rev Med Suisse 2016 ;12 :942-947

⁶ Par exemple les critères de Beers, l'outil PRISCUS, la liste Laroche, la méthode NORGE.

⁷ Voir [Avec CARA, restez connecté à votre santé](#)

⁸ La coopérative professionnelle des pharmacies suisses

⁹ Voir [SISPha | CRÉATEUR DE SOLUTIONS POUR EXPLOITER LE PLEIN POTENTIEL DES MÉDICAMENTS](#)

De manière générale, les collaborations entre les différentes associations et fondations d'aide et de soins à domicile et leurs partenaires hospitaliers sont bonnes, même si une meilleure anticipation des besoins reste souhaitable. Ce besoin s'est manifesté davantage pendant la période de COVID-19 (coordination des réseaux en diminution pour les sorties psychiatriques, disponibilité insuffisante de l'infirmière ou l'infirmier de liaison ou du médecin, manque d'information dans les documents transmis).

Les proches aidant.e.s jouent également un rôle indispensable auprès des personnes ayant besoin d'aide en raison d'un accident, d'un handicap ou d'une maladie grave ou dégénérative. Les prestations du dispositif cantonal de soutien aux proches aidant.e-s répondent à des besoins transversaux comme l'information et l'orientation (Espace Proches-Hotline), l'évaluation et l'urgence (CMS), l'aide psychologique (CHUV, Réseaux Santé Vaud), l'entraide (différentes associations), etc.

4. CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE

Sur la base de l'étude réalisée par l'expert indépendant, le Conseil d'Etat constate que les taux de réadmissions récents ne semblent pas montrer d'augmentation nécessitant des actions supplémentaires à celles actuellement déployées. Le Conseil d'Etat entend cependant rester attentif à la compression de la durée de séjour dans les hôpitaux. Une partie de l'analyse conduite dans le cadre de l'étude sera ainsi reproduite régulièrement.

Le Conseil d'Etat relève aussi l'importance de la création d'un tissu régional notamment lorsqu'il s'agit d'assurer la sécurité de la prise en charge au moment de la sortie d'hôpital. En effet, l'étude montre que certaines pathologies ou l'âge du-de la patient-e peuvent être corrélés avec un risque accru d'hospitalisations ou d'événements indésirables évitables. Ces éléments confortent le Conseil d'Etat dans la poursuite de ses actions et mesures actuellement menées pour améliorer les zones de transition et la continuité des soins dans le système de santé. Il entend plus globalement continuer à travailler sur les incitatifs relatifs au système et sur les conditions-cadres permettant d'améliorer de manière continue la qualité de la prise en charge des patient-e-s du canton en intégrant les recommandations formulées au niveau international et les dernières avancées dans le domaine de la qualité. Ces éléments sont repris ci-après en réponse au postulat de Mme Labouchère.

B. DEUXIEME PARTIE POSTULAT CATHERINE LABOUCHERE

Au-delà des défis en lien avec la continuité des soins et un bon interfaçage entre l'ensemble des prestataires de soins déjà abordés précédemment, le postulat de Mme Labouchère aborde la question plus générale d'un système sanitaire de qualité répondant aux besoins de la personne. L'OBSAN a récemment analysé et publié une enquête comparative du Commonwealth Fund¹⁰ dans laquelle un échantillon représentatif de 2'597 Suisses, dont 217 Vaudois-es, de 65 ans et plus et résidant à domicile, a participé. Le niveau de satisfaction avec la qualité des soins en général est rapporté comme très élevé. La grande majorité des participants (97.3%) ont un médecin de famille et leur accès aux soins est très bon pendant les heures d'ouverture régulières. Cependant, certaines dimensions peuvent être améliorées, notamment la coordination des soins.

Par ailleurs, le Conseil d'Etat, dans son plan de législature, vise à préparer le système de soin au vieillissement de la population tout en contenant l'évolution des coûts (axe 1.8 du programme de législature 2017-2022¹¹). Il a œuvré et œuvre toujours à élaborer une stratégie d'accompagnement du vieillissement de la population et à simplifier l'organisation régionale des soins en améliorant la coordination entre les acteurs et l'adéquation des prestations aux besoins des patient-e-s et de la population. Il a ainsi déjà agi au niveau institutionnel (par ex. en travaillant sur le partenariat interprofessionnel), aux niveaux interinstitutionnels (par ex. mise en place des Réseaux de soins, projet Réponse à l'urgence), et au niveau système (par ex. par la mise en place d'outils favorables à la coordination et de nouveaux modèles infirmiers). Au niveau individuel des patient.e.s, des mesures telles que la gestion des plaintes ou les espaces de médiation patients, proches et professionnels¹² permettent le dialogue entre professionnels et patients. Les principales mesures prises au niveau institutionnel, interinstitutionnel et du système ont déjà été présentées dans la première partie du présent rapport, axée sur la réponse au postulat Dubois. Dans cette deuxième partie consacrée à la réponse au postulat de Mme Labouchère, le Conseil d'Etat se focalise donc sur le renforcement de la qualité des soins exigé par la révision de la LAMal entrée en vigueur en avril 2021, sur les lignes directrices cantonales, avec un état des lieux dans ce domaine, et sur la suite d'actions prévues, notamment le renforcement du partenariat entre patient-e-s et personnel de santé.

5. CONTEXTE NATIONAL

En Suisse, les activités et mesures des différents partenaires impliqués pour assurer la qualité et la sécurité des soins sont jusqu'à présent insuffisamment coordonnées. De plus, le rapport national sur la qualité et la sécurité des soins en Suisse¹³ critique le manque d'informations fiables et propose de promouvoir davantage une véritable culture de l'amélioration de la qualité prenant en compte les perspectives des citoyen-ne-s, dans leur rôle d'assuré-e-s, de patient-e-s, ou de proches. L'Organisation suisse des patients insiste également sur ce point¹⁴.

Conscient de ces faiblesses, le Parlement fédéral a adopté une révision partielle de la LAMal en juin 2019 afin de renforcer la qualité et l'économicité des soins. Avec l'entrée en vigueur au 1^{er} avril 2021 de cette modification, le Conseil fédéral est chargé de fixer tous les quatre ans les objectifs en matière de garantie et d'encouragement de la qualité des prestations (développement de la qualité) (art. 58 LAMal). De ce fait, parce qu'il est également chargé du contrôle de la réalisation des objectifs, le Conseil fédéral assure la conduite du développement de la qualité. Une commission fédérale extra-parlementaire indépendante pour la qualité¹⁵, financée à un tiers par les cantons, a été instaurée. La stratégie nationale ainsi que les objectifs quadriennaux, après consultation auprès des acteurs sanitaires, publiés en mars 2022 et mis en œuvre dès 2022. Pour concrétiser ces objectifs, l'OFSP a fixé des champs d'action de deux ordres :

- 1) Les champs d'action orientés système (culture, gouvernance, etc.) et
- 2) Les champs d'action orientés prestations (système centré sur le patient, sécurité des patients etc.).

¹⁰ [Erfahrungen der Wohnbevölkerung ab 65 Jahren mit dem Gesundheitssystem – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich | OBSAN \(admin.ch\)](#)

¹¹ [Programme de législature 2017-2022 - VD.CH](#)

¹² Par exemple : [Espace de médiation - CHUV](#)

¹³ « Améliorer la qualité et la sécurité des soins en Suisse », Charles Vincent et Anthony Staines 25 juin 2019 (voir sous [Développement de la qualité en Suisse \(admin.ch\)](#))

¹⁴ Voir notamment [SPO-Studie "Quality through patients' eyes" - SPO Patientenorganisation](#)

¹⁵ <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/organisation/ausserparlamentarische-kommissionen/commission-federale-qualite-cfq.html>

Cette révision exige également à l'art. 58a LAMal que soient conclues à l'avenir des conventions pour développer la qualité (conventions qualité) entre les fédérations des fournisseurs de prestations et des assureurs valables pour l'ensemble du territoire suisse. La Fédération H+ des hôpitaux de Suisse, Curafutura et SantéSuisse se sont par exemple entendus sur un concept de développement de la qualité¹⁶ détaillant les principaux éléments grâce auxquels les hôpitaux et les cliniques développent la qualité de manière contraignante, par le biais de méthodes scientifiques ayant fait leur preuve. Les résultats obtenus seront publiés.

Par ailleurs, d'autres révisions législatives fédérales impactent également la qualité des soins :

- Critères d'admission pour les fournisseurs de prestations ambulatoires¹⁷ : les exigences en matière de qualité sont renforcées (obligation pour les médecins indépendants d'avoir travaillé pendant trois ans dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade et dans le domaine de la spécialité demandé ; obligation de s'affilier au dossier électronique du patient et de disposer des connaissances linguistiques nécessaires).
- Critères qualité à respecter pour la planification hospitalière¹⁸ : actualisation des critères (par exemple, culture de la sécurité, voir article 58d OAMal) afin de garantir l'accès à des prestations de même qualité partout en Suisse.

Ces développements récents témoignent de l'importance croissante que prennent les enjeux de la qualité des soins.

6. TENDANCES INTERNATIONALES DANS LE DOMAINE QUALITE

La définition de la qualité des soins la plus largement employée depuis une vingtaine d'années vient de l'ancien Institute of Medicine, aujourd'hui National Academy of Medicine des Etats Unis. La qualité y est définie comme « la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en se basant sur les connaissances professionnelles du moment ». Elle a aussi été utilisée dans la stratégie qualité fédérale publiée en mars 2022¹⁹ ainsi que dans le Rapport sur la politique de santé publique du canton de Vaud²⁰. Ce dernier ajoute une notion de relations humaines et définit la qualité comme « une démarche qui doit permettre à chaque patient de bénéficier de la combinaison d'actes diagnostiques, thérapeutiques et soignants qui lui assureront le meilleur résultat en matière de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

De nombreux travaux s'intéressant aux politiques de santé ont conduit à faire évoluer cette définition. Ainsi, l'amélioration continue du système fait de plus en plus partie intégrante de la qualité des soins. Il s'agit donc pour les politiques publiques de créer les conditions-cadres favorisant l'émergence de cycles d'amélioration et le questionnement régulier des modèles de prise en charge à tous les niveaux (processus de soins, trajectoires des patient-e-s dans le système, modèles de soins, etc.).

La littérature récente différencie trois générations de mesures/interventions d'amélioration de la qualité des soins dans un système de santé²¹.

- La première génération [Qualité 1.0] ancre des éléments qualité dans les normes professionnelles (certification, accréditation, inspection, standards).
- La deuxième [Qualité 2.0] s'intéresse à l'amélioration continue du système (amélioration industrielle, processus, fiabilité) et
- La troisième [Qualité 3.0] intègre la logique de service à la personne (au contraire de la logique de production d'une prestation), la co-production avec le bénéficiaire et la création de valeurs communes entre patient-e-s, professionnel-le-s et institutions de santé. La [Qualité 3.0] permet la meilleure prise en compte des besoins de la population, mais nécessite une certaine maturation des systèmes allant au-delà de la logique entrepreneuriale strictement limitée à sa propre institution.

¹⁶ <https://www.hplus.ch/fr/qualite/convention-de-qualite-lamal>

¹⁷ <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/admission-des-fournisseurs-de-prestations.html>

¹⁸ <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/aenderung-der-kvv-weiterentwicklung-der-planungskriterien-sowie-ergaenzung-der-grundsätze-zur-tarifiermittlung.html>

¹⁹ [Stratégie pour le développement de la qualité dans l'assurance-maladie \(Stratégie qualité\) \(admin.ch\)](#)

²⁰ Voir Direction générale de la santé (DGS) - VD.CH

²¹ Lachman P, Batalden P, Vanhaecht K. A multidimensional quality model: an opportunity for patients, their kin, healthcare providers and professionals to coproduce health.F1000Research 2021 ; 9 :1140

Il est important de noter que ces trois générations de mesures doivent coexister. Le Conseil d'Etat entend travailler notamment sur des mesures de Qualité de génération 2.0 et 3.0 car elles ont un plus grand potentiel de développement et d'impact, alors que la première génération de mesures est déjà relativement bien déployée dans le système sanitaire vaudois.

Par ailleurs, pour relever le défi de concilier les intérêts divergents des différent-e-s acteur-trice-s dans le domaine de la santé, le concept « triple aim »²² a été développé. L'idée de base de ce concept est de formuler des objectifs qui réunissent la perspective de la santé publique (santé de la population), celle d'une médecine individuelle (qualité de l'expérience de soins au niveau individuel) et celle de la durabilité (maîtrise des coûts).

Finalement, en 2019, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié un guide d'élaboration d'une politique et d'une stratégie nationales relatives à la qualité (PSNQ)²³ comprenant 8 axes de travail (schéma en Annexe 2) pour permettre aux autorités de s'appuyer sur une approche structurée. Certains de ces axes sont déjà concrétisés dans le canton de Vaud (par exemple les priorités sanitaires nationales, la définition locale de la qualité et l'identification des parties prenantes). Le DSAS travaille actuellement sur d'autres éléments tels que la gouvernance et la structure organisationnelle.

7. ETAT DES LIEUX DU SYSTEME DE SANTE ET REPONSES AUX QUESTIONS DU POSTULAT DE CATHERINE LABOUCHERE

Le Rapport sur la politique de santé publique du canton de Vaud 2018-2022 relève la nécessité de développer une stratégie pour la qualité, la sécurité et l'économicité du système de santé. Il s'agit donc de développer une vision et une stratégie visant à soutenir une culture de l'amélioration de la qualité basée sur une compréhension partagée par tous les acteurs de la santé, y compris les patient-e-s et leurs proches. Afin d'entamer cette démarche, la DGS a mandaté le Collaboratoire en 2019 pour mener l'enquête « Voix de la santé : enquête polyphonique sur l'amélioration de la qualité du système de soins vaudois »²⁴ auprès de patient-e-s, de leurs proches et de professionnel-le-s afin de recueillir des témoignages selon une méthode qualitative. Cette étude est innovante dans la mesure où elle permet une description qualitative du système de santé du Canton, de ses forces et de ses faiblesses, des ressources et des obstacles pour améliorer la qualité des soins et mieux satisfaire les attentes des patients-e-s. Les participant-e-s à l'étude ont été identifié-e-s selon une méthode qualitative transparente et documentée, avec une analyse de littérature et l'identification itérative de catégories de participants. Cette démarche a abouti au choix de 35 participant-e-s selon leur ancrage dans le système de santé (patient-e-s, proches, professionnel-le-s du terrain, indépendant-e-s/exerçant en institution, femmes/hommes, ville/campagne) et non via les canaux habituels de l'Etat (faitières, directions des institutions). Ainsi, de septembre 2019 à février 2020, plus de 40 heures d'enregistrements ont été réalisées. Par la diversité de leurs rôles et de leurs savoirs expérimentiels, les acteurs et actrices du système de santé interviewés ont amené une vision « utilisateur » ancrée sur le terrain. Ils ont soulevé un certain nombre de freins et d'obstacles à la qualité des soins ou de manquements du système, et proposent aussi des pistes d'amélioration.

²² Voir [Bulletin des médecins suisses - L'ASSM s'engage en faveur d'un système de santé durable \(bullmed.ch\)](https://www.bulletinmed.ch/)

²³ Voir [Guide d'élaboration d'une politique et d'une stratégie nationales relatives à la qualité : approche pratique de formulation d'une politique et d'une stratégie pour l'amélioration de la qualité des soins \(who.int\)](https://www.who.int/publications-detail/developing-national-quality-strategies)

²⁴ [Les voix de la santé : Enquête polyphonique sur l'amélioration de la qualité du système de soins vaudois - UNIL Collaboratoire](#)

De manière générale, l'enquête pose les constats suivants :

Au niveau système :

- Le système de soins est fragmenté et opaque. Les actions et intérêts des différent-e-s acteur-trice-s ne sont pas toujours alignés. Les trajectoires de soins se retrouvent ainsi trop souvent fragmentées avec une sensation d'un système parfois peu efficace.
- La séparation des soins de santé et des soins sociaux ne fait pas sens pour le bénéficiaire. Il s'agit donc de bien articuler ces deux éléments.
- Les patient-e-s attendent des services fiables, homogènes et intégrés.
- L'amélioration de la qualité des soins est considérée comme une responsabilité individuelle [ou institutionnelle] et non collective alors que l'expérience patient-e dépend de la cohérence des soins de tous les partenaires.
- Bien que des indicateurs de qualité existent, ils ne sont pas suffisamment ancrés dans une stratégie d'amélioration et il reste difficile de développer une vue générale du système à partir de ces indicateurs.
- Le dossier électronique du patient ouvre de nouvelles opportunités d'interconnexion, de transparence, de partages d'informations et de changements.

Au niveau institutionnel :

- Les approches utilisées par les institutions pour améliorer la qualité sont hétérogènes dans le système. Elles sont principalement orientées sur l'inspection, l'accréditation et le financement [Qualité 1.0] dans les soins de premiers recours et l'ambulatoire. Dans le domaine hospitalier, on assiste actuellement à l'émergence d'une culture qualité appliquant des méthodes d'amélioration de la qualité industrielle [Qualité 2.0].
- Les connaissances et les capacités pour améliorer la qualité sont en général peu développées et inégalement réparties entre secteurs et institutions.
- Il n'y a pas ou peu de mutualisation des investissements dans l'amélioration de la qualité sur le canton.

Au niveau individuel (implication citoyenne) :

- Le rôle citoyen dans l'amélioration de la qualité est relativement faible. C'est souvent le fournisseur de prestations qui pose les éléments de mesure de la qualité alors que ce devrait être le bénéficiaire qui devrait poser les critères qui lui sont importants.
- Il manque de capacités et de connaissances dans le système pour renforcer le rôle de l'utilisateur-trice ; les démarches participatives et en coproduction sont peu répandues dans notre système.

L'enquête souligne le fort lien entre les conditions sociales, la qualité de vie et la santé. Ainsi, si vieillir en restant actif participe au maintien en santé et améliore la qualité de vie des personnes âgées, cela implique qu'un système sanitaire de qualité inclut aussi l'aménagement de conditions et de contextes de vie où les personnes âgées peuvent se sentir respectées, engagées et reconnues. Dans un rapport de 2020²⁵, Promotion Santé Suisse explique également pourquoi et comment les ressources sociales (intégration sociale, réseaux sociaux & soutien social) apportent une contribution importante à la santé psychique et à une qualité de vie élevée.

D'autres projets intégrant la participation citoyenne sont menés par le ColLaboratoire, et également par d'autres organismes comme la Fédération romande des consommateurs²⁶ ou la Fondation Leenards²⁷. De tels projets de type [Qualité 3.0] commencent donc à émerger de plus en plus.

²⁵ Promotion Santé Suisse. Ressources sociales : La promotion des ressources sociales, une contribution importante à la santé psychique et à une qualité de vie élevée.

²⁶ [J'ai mon mot à dire en matière de santé – Fédération romande des consommateurs \(frc.ch\)](https://www.frc.ch/)

²⁷ [Initiative Santé intégrative & Société \(santeintegra.ch\)](https://www.santeintegra.ch/)

7.1 Description des mesures historiques ou en cours de mise en œuvre dans le canton de Vaud visant à renforcer la qualité et sécurité des soins

Des mesures visant à garantir la qualité ont été instaurées progressivement depuis plus d'une vingtaine d'années, principalement dans le domaine hospitalier. **Au niveau de l'Etat**, on relève notamment les activités suivantes, détaillées par génération de mesures, pilotées pour la plupart par la DGS :

Mesures [Qualité 1.0]

- Vérification du respect du cadre légal fédéral et cantonal (critères qualité pour figurer sur la liste hospitalière LAMal ou pour obtenir une autorisation de pratiquer selon la LSP)
- Inspections par le contrôle interdisciplinaire des visites en établissements sanitaires et sociaux (CIVISS)²⁸ pour renforcer la dignité et la sécurité des usagers ainsi que le respect de leurs droits
- Mise en place de la plateforme d'information sanitaire [INFOSAN - Accueil \(vd.ch\)](#)
- Représentation dans différentes instances stratégiques et de coordination au niveau intercantonal et fédéral pour participer activement au développement de la qualité des soins en Suisse

Mesures [Qualité 2.0]

- Définition d'objectifs d'amélioration continue dans les contrats de prestations avec les hôpitaux, l'AVASAD et les services d'ambulances
- Soutien au Programme « Sécurité des patients et qualité des soins » de la FHV²⁹
- Analyse des résultats des indicateurs ANQ et suivi des mesures d'amélioration déployées par les hôpitaux vaudois
- Soutien au développement de méthodologies et d'indicateurs sur la trajectoire des patients avec Statistique Vaud (StatVD) et sur l'équité (permettant de mettre en évidence d'éventuels problèmes d'équité dans l'accès et la qualité des soins)
- Accompagnement de projets visant à améliorer la réponse à l'urgence médicale (projets « Réponse à l'Urgence » et « Renforcement de la garde » notamment)
- Accompagnement de projets visant à améliorer la cohérence de la prise en charge des personnes avec des problèmes de santé complexes (par exemple interventions des Réseaux de santé Vaud pour les situations complexes)
- Soutien à des initiatives visant à imaginer, tester et mettre en place de nouveaux modèles de soins (le projet MOCCA par exemple)
- Coordination du déploiement du DEP
- Promotion des ressources sociales pour améliorer ou maintenir l'état de santé des personnes³⁰.

Mesures [Qualité 3.0]

- Traitement des plaintes des usagers dans les institutions sanitaires
- Soutien au développement de méthodologies permettant de favoriser le dialogue citoyen comme celle utilisée dans le cadre de l'étude Voix de la santé, citée précédemment
- Développement de modules complémentaires au DEP, tels que le PMP³¹ et le PSP³² dans une optique de santé publique
- Elaboration participative de la future politique des vieillesses et des vieillissements du canton de Vaud prenant en compte les besoins, les attentes et les représentations des personnes âgées (Projet Vieillir 2030 ayant pour but d'assurer que les seniors du canton bénéficient de conditions favorables leur permettant de vivre et vieillir au sein d'une société bienveillante respectant et soutenant au mieux les désirs et les potentialités de chacune et chacun).

²⁸ [Contrôle interdisciplinaire des visites en établissements sanitaires et sociaux \(CIVISS\) - VD.CH](#)

²⁹ https://www.fhv.ch/jcms/fhv_5526/programme

³⁰ Concrètement, cela passe par le soutien aux familles et aux proches aidants, l'amélioration de l'intégration sociale et de la participation des personnes (à tous les âges), la lutte contre la solitude et l'isolement, l'appui à l'engagement bénévole, l'accès à des prestations d'accompagnement, etc. La DGCS finance et reconnaît toutes sortes d'actions, de mesures, de prestations dans ces secteurs en coordination avec les acteurs concernés et la DGS.

³¹ [Plan de médication partagée PMP - VD.CH](#)

³² [Plan de soins partagé \(cara.ch\)](#)

Par ailleurs, la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) finance et reconnaît toutes sortes d'actions ayant cet objectif par exemple à travers les subventions aux organismes œuvrant en milieu ouvert. Celles-ci concernent les domaines suivants : intégration sociale des personnes âgées ou en situation de handicap à domicile, prestations de soutien aux proches aidants et à la famille, de relève à domicile et groupes d'entraide, conseil social aux personnes handicapées ou âgées, promotion du bénévolat, gestion de budget, logement, famille, maintien du lien social, subsidiarité RI et défense des droits, informations et orientations, écoute et conseil, violence, handicap³³. Certaines de ces subventions, comme celles concernant la promotion des logements protégés ou le programme cantonal de soutien aux proches aidant-e-s, comprennent des prestations qui sont mises en œuvre en coordination avec les acteur-trices concerné-e-s et la DGS.

Les hôpitaux de la FHV sont acquis à l'importance de la qualité et la sécurité des soins. Certains ont déjà un cadre institutionnel avec une gouvernance établie, des référentiels reconnus et une politique transversale d'amélioration continue mise en œuvre avec des objectifs bien définis et des mesures d'amélioration ajustées en fonction de l'évolution des besoins. D'autres doivent encore mieux structurer leur dispositif. Ils adhèrent tous au programme « sécurité des patients et qualité des soins de la Fédération des hôpitaux vaudois ». Ce programme soutient la mise en œuvre des projets communs (système de gestion des incidents, sécurité de la médication, prévention des escarres, campagne « qu'est-ce qui est important pour vous » etc.) et vise à partager les expériences des hôpitaux et bénéficier de formation et d'expertise pour diffuser la culture qualité des soins aux seins des institutions. **Le CHUV** s'est doté d'une gouvernance qualité structurée lui permettant de déployer de nombreux projets que l'hôpital développe dans le but d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patientes et patients³⁴.

En ce qui concerne **l'AVASAD**, les CMS se réfèrent aux normes ISO et au manuel qualité de l'association faîtière de l'Aide et soins à domicile³⁵ et ses 19 indicateurs (état cognitif, communication, isolement social, dépendance dans les activités de la vie quotidienne etc.). Par ailleurs, l'AVASAD dispose d'un système de gestion des plaintes et des situations critiques et veille à l'application des conditions cadre, au suivi des inspections CIVESS, à la qualité des données clients et échange régulièrement avec d'autres responsables qualité des associations/fondations. Pour les **OSAD** privées, le nouveau règlement du 16 juin 2021³⁶ exige également que ces organisations, dans un délai de deux ans, mettent en place une démarche qualité et appliquent au minimum le manuel qualité précité.

Au niveau de **l'ambulatorio**, ce sont actuellement principalement les recommandations de bonnes pratiques émises par les sociétés médicales qui prévalent, ainsi qu'un certain nombre de critères à remplir pour obtenir une autorisation d'exploiter ou de pratiquer. Unisanté, en tant qu'établissement médical ambulatorio, constitue un pôle reconnu de formation médicale, de médecine préventive et de recherche, actif également dans le domaine de la qualité. En dehors de l'ambulatorio hospitalier (par ex. au CHUV), les systèmes de déclaration des incidents sont rares. Quelques cabinets ont introduit des normes ISO et participent à des cercles de qualité. Ce domaine, très disséminé, manque cependant d'une gouvernance commune.

³³ Les décisions concernant l'octroi de ces subventions relèvent de la compétence du Conseil de politique sociale, un organe stratégique paritaire Etat-communes régi par la Loi sur le financement et l'organisation de la politique sociale (LOF).

³⁴ Voir [Rapport qualité 2020: CHUV](#)

³⁵ [Aide et soins à domicile Suisse - Home \(aide-soins-domicile.ch\)](#)

³⁶ Règlement sur les organisations d'aide et de soins à domicile (ROSAD) du 16 juin 2021

7.2 Perspectives et nouvelles démarches envisagées

De manière générale, les mesures prises dans le domaine de la qualité sont très développées dans la génération [Qualité 1.0], partiellement dans la génération [Qualité 2.0] et dans ses débuts pour la génération [Qualité 3.0]. Les récentes modifications de la LAMal, avec la volonté affirmée de développer la qualité de manière active, grâce notamment à une organisation et des ressources dédiées³⁷, à la stratégie du Conseil fédéral avec ses objectifs quadriennaux ainsi qu'aux conventions qualité des fournisseurs de prestations, vont progressivement permettre le développement de nouvelles activités de développement de la qualité innovantes intégrant également les patient-e-s et leurs proches. Le canton de Vaud s'appuiera sur ces actions nationales. Il juge toutefois nécessaire de continuer rapidement ses efforts visant à poser les conditions-cadres favorisant des mesures de génération [Qualité 2.0] et [Qualité 3.0]. Par ailleurs, un récent rapport de l'OBSAN³⁸ rappelle que la médecine ambulatoire est également soumise à une pression au changement. Il indique notamment que les patient-e-s attachent de l'importance au fait d'être impliqué-e-s dans le choix du traitement.

Sur la base des travaux menés jusqu'à ce jour et en vue de l'élaboration d'une feuille de route cantonale pour l'amélioration de la qualité des soins, quatre axes de travail ont été identifiés :

- Soutenir les institutions de soins dans l'amélioration de la qualité
- Renforcer le rôle des citoyens/patients dans l'amélioration de la qualité des soins de santé (autonomisation, transparence pour faciliter l'implication et l'apport des citoyens)
- Promouvoir la qualité des soins au niveau du système
- Renforcer les conditions-cadres - financières, légales, stratégiques, système d'information (monitorage), gouvernance institutionnelle - favorables à l'amélioration continue de la qualité dans le système de santé.

Des pistes d'actions concrètes dans ces 4 axes de travail ont d'ores-et-déjà été identifiées et devront être précisées dans le cadre de la prochaine législature. Ainsi, le Conseil d'Etat entend notamment :

- Poursuivre le dialogue entamé avec les hôpitaux et la formalisation d'engagement qualité dans les contrats de prestations. Il entend répliquer cette démarche avec d'autres partenaires.
- Continuer à développer des partenariats dans le but de poursuivre le développement d'indicateurs qualité notamment des indicateurs de suivi de parcours patients, de mesures d'accès aux soins ou d'équité.
- Poursuivre le suivi des indicateurs qualité existant tout en y intégrant une analyse d'expert plus poussée de manière périodique.
- Soutenir les associations de patients et les démarches citoyennes permettant de réduire l'asymétrie entre le pouvoir d'agir des autorités politiques, médicales ou scientifiques et celui des citoyens.
- Inciter les partenaires à inclure l'expérience patient dans la mise en œuvre de démarche qualité interne aux organisations (par exemple PREMS et PROMS³⁹).
- Poursuivre le soutien à des projets de coordination des soins, au développement d'outils favorisant l'échange d'informations (DEP, PMP, RAI) et aux développements de nouveaux modèles de prise en charge.
- Travailler avec les hautes écoles pour mettre en place un enseignement ciblé sur les outils dans le domaine de la qualité et les techniques d'accompagnement aux changements.
- Poursuivre les actions de promotion des ressources sociales en vue de l'amélioration – ou au moins du maintien – de l'état de santé des personnes.
- Travailler sur les huit éléments essentiels à l'élaboration d'une politique Qualité selon les recommandations de l'OMS.

³⁷ La Commission fédérale pour qualité (CFQ) est une commission d'experts extra-parlementaire indépendante. Elle soutient le Conseil fédéral dans le développement de la qualité des prestations médicales dans le cadre de la LAMal. Elle octroie des subventions et des aides financières pour le soutien de projets nationaux ou régionaux de développement de la qualité (voir <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/organisation/ausserparlamentarische-kommissionen/commission-federale-qualite-cfq.html>). La contribution du canton de Vaud à l'accomplissement des tâches de cette Commission est d'environ 420KF par année.

³⁸ Zukünftige ambulante Grundversorgung-Einstellungen und Präferenzen der Bevölkerung sept 2021 (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-07/rapport_panorama_proms_premis_2021.pdf)

³⁹ Il s'agit de deux indicateurs permettant de recueillir l'opinion des patients pour mesurer la qualité des soins : les PROMS (Patient reported outcome measures) évaluent les résultats des soins et les PREMS (Patient reported experience measures) s'intéressent à la manière dont le patient vit l'expérience de soins (voir par exemple https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-07/rapport_panorama_proms_premis_2021.pdf)

- Suivre activement les développements au niveau fédéral afin de coordonner les actions cantonales en valorisant les synergies et évitant les doublons.
- Soutenir une politique du vieillissement prenant en compte, les besoins, les attentes et les représentations des seniors.

8. CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE

En cohérence avec un contexte national et international très dynamique dans le domaine de la qualité des soins, le canton de Vaud s'engage aussi activement à faire évoluer le système socio-sanitaire en fonction des attentes et des besoins des patient-es, des professionnel-les et en collaboration avec les partenaires institutionnels. Il entend ancrer l'ensemble des projets menés par le DSAS dans une stratégie globale permettant de maintenir le niveau de qualité de notre système socio-sanitaire tout en l'adaptant aux enjeux sociétaux et démographiques du futur. Le Conseil d'Etat entend notamment impliquer davantage les citoyens-patient-e-s dans une démarche participative pour la co-construction de soins efficaces, efficients et à visage humain.

C. TROISIEME PARTIE : CONCLUSION GLOBALE

En conclusion, le Conseil d'Etat constate que le canton de Vaud est doté d'un bon système sanitaire, mais il reste fragmenté et la transparence peut être améliorée. Le rôle des utilisateurs et utilisatrices peut également être renforcé. Cependant, de nombreuses actions pérennes dans le domaine sanitaire et social existent déjà (réglementation, contractualisations, subventions, surveillance) et de nouvelles initiatives plus innovantes, notamment au niveau du domaine ambulatoire, sont en cours. Les recommandations du projet « Les Voix de la santé » ont incité le Conseil d'Etat à travailler à la rédaction d'une feuille de route permettant de définir des actions prioritaires, d'ici fin 2022, dans la continuité des objectifs fixés dans le Rapport sur la politique de santé publique du canton de Vaud 2018-2022 et intégrant les axes stratégiques de la prochaine législature. Les éléments présentés ci-dessus en feront partie intégrante. Les mesures en cours décrites précédemment seront également poursuivies. Le Conseil d'Etat entend par ailleurs rester attentif à l'évolution des durées de séjour.

Enfin, ce même objectif global de respect de la personne et de co-construction avec les seniors se trouvent au cœur du projet Vieillir 2030, qui déterminera la future politique des vieillesse et des vieillissements du canton de Vaud.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 4 mai 2022.

La présidente :

Le chancelier :

N. Gorrite

A. Buffat

Annexe 1 :

Rapport de M. Y. Eggli (version du 2 juin 2021)

Annexe 2 :

Description des huit éléments essentiels à l'élaboration d'une Politique et d'une Stratégie Nationales relatives à la Qualité PSNQ

Evolution récente du taux de réadmissions potentiellement évitables dans le canton de Vaud

Expertise en lien avec le postulat déposé par Carole Dubois et consorts

Yves Eggli, MD, MA, PhD
Expert indépendant

RESUME

Le taux de réadmissions potentiellement évitables a augmenté sensiblement dans le canton de Vaud entre 2015 et 2016, entraînant le dépôt d'un postulat sur les raisons de cette augmentation.

Pour y répondre, la Direction générale de la santé (DGS) du canton de Vaud dispose à la fois de revue de dossiers effectuées dans les hôpitaux ayant des taux trop élevés et d'une analyse basée sur la Statistique médicale des hôpitaux du canton.

Cette analyse s'inscrit dans un contexte de vieillissement de la population, de tension sur les lits (hôpitaux engorgés) et de pressions budgétaires pour limiter l'augmentation des coûts hospitaliers. Elle montre que l'on assiste probablement à un déplacement des causes de réadmission ces deux dernières décennies, avec une réduction des problèmes liés à la transmission des informations entre l'hôpital et les instances de prise en charge en aval et l'émergence d'une plus grande difficulté à trouver l'équilibre entre la limitation des durées de séjour et les risques de réadmission.

Les causes de réadmission liées à des problèmes de qualité, comme une mauvaise préparation des sorties, des diagnostics manqués, des thérapies inefficaces, des services à domicile déficients, des ré-opérations ou des complications chirurgicales ou médicamenteuses existent mais elles ne représentent qu'une petite part des réadmissions. Des améliorations ont été apportées à l'outil de mesure, qui peut être considéré comme détectant bien les réadmissions non prévues et indésirables. Il existe une part incompressible de réadmissions potentiellement évitables et il s'agit de comprendre d'où proviennent celles qui sont excès.

A part quelques pistes d'améliorations ponctuelles et spécifiques à certains hôpitaux, l'analyse indique que la problématique actuelle est principalement liée à celle des durées de séjour. Ces cinq dernières années, la durée de séjour a pu être réduite sans augmentation des taux de réadmissions dans deux circonstances particulières :

- le développement d'une chirurgie moins invasive ;
- lorsque la durée moyenne de séjour était trop élevée par rapport à la durée attendue compte tenu du profil des patients.

Dans les autres cas, la baisse des durées de séjour était associée à une hausse des taux de réadmission, particulièrement pour les personnes de plus de 80 ans. Il paraît dès lors sage d'éviter de mettre une trop forte pression sur les durées de séjour de ces patients.

Les surcoûts occasionnés par les réadmissions en augmentation ne pèsent pas lourds par rapport aux économies obtenues en réduisant les durées de séjour. Les taux de réadmission étaient en voie de stabilisation en 2019 dans le canton de Vaud, à un niveau proche de la moyenne suisse. L'analyse fine des causes de réadmission n'a pas montré de détérioration explicite de la qualité des soins entre 2015 et 2019, mais les réadmissions potentiellement évitables restent des événements indésirables. Il paraît donc important de continuer à surveiller le taux de réadmissions potentiellement évitables, en combinaison avec d'autres indicateurs.

Le rapport apporte des réponses à plusieurs des questions posées par le postulat et quelques recommandations pour la DGS.

Table des matières

1. Introduction

1.1	Contexte.....	7
1.2	Buts et objectifs du mandat.....	8
1.3	Définition de l'indicateur	8
1.4	Atouts et limites de l'indicateur, précautions d'interprétation.....	11

2. Données et méthode

2.1	Statistique médicale des hôpitaux	14
2.2	Rapports d'évaluation des contrats de prestations	14
2.3	Approximation des causes de réadmissions.....	16
2.4	Analyses exploratoires.....	18

3. Résultats et discussion

3.1	Evaluation des contrats de prestations	19
3.2	Taux de réadmissions observés et attendus	
3.2.1	Analyse globale.....	22
3.2.2	Analyse par pathologie	24
3.2.3	Analyse par type d'hôpital	28
3.3	Raisons supposées des réadmissions	
3.3.1	Analyse globale.....	32
3.3.2	Analyse par pathologie	32
3.3.3	Analyse par type d'hôpital	34
3.4	Equilibre entre les baisses de durée de séjour et taux de réadmission	
3.4.1	Stratégies de baisse des durées de séjour	35
3.4.2	Gravité des réadmissions	43
3.4.3	Economicité de la pression sur les durées de séjour.....	44

4. Interprétation des résultats en regard du postulat Dubois

46

5. Recommandations pour la DGS.....

48

6. Annexes - autres problématiques abordées dans le postulat Dubois

6.1	Postulat Dubois et consorts	49
6.2	Autres questions posées par le postulat Dubois et consorts	50
6.3	Description des missions hospitalières.....	53

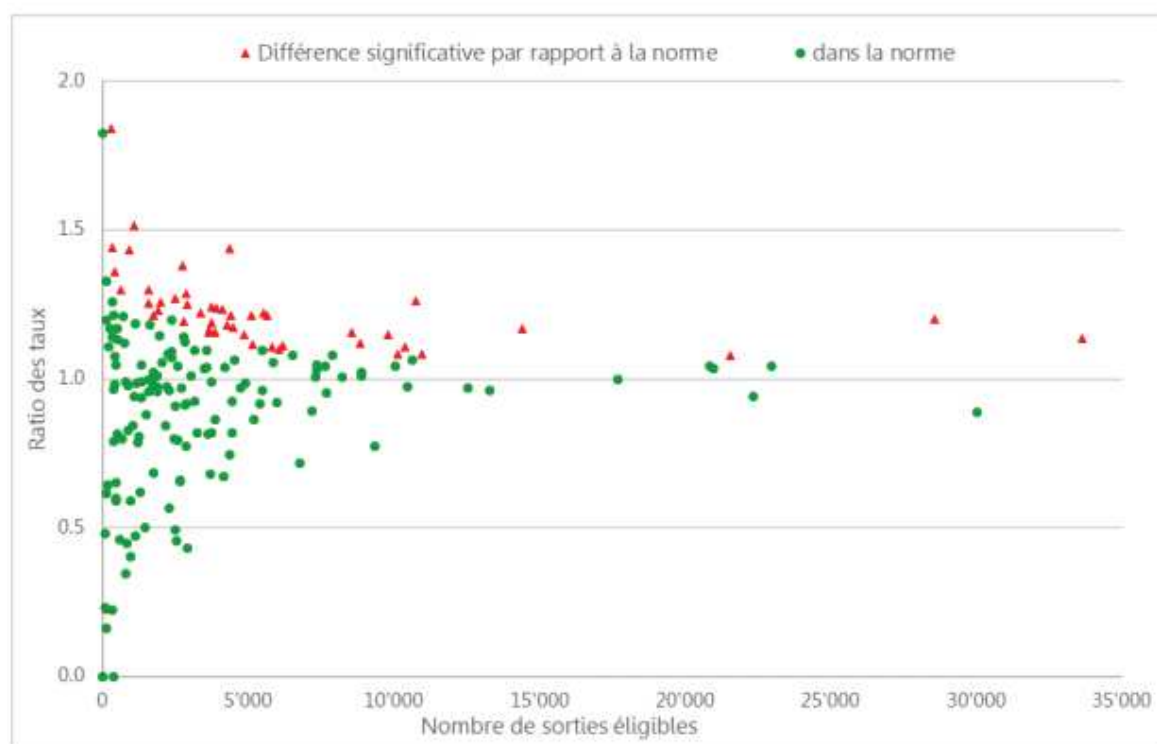
1. INTRODUCTION

1.1 Contexte

L'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) a publié en septembre 2018 les taux de réadmissions potentiellement évitables pour l'année 2016.

Dans la figure 1, les hôpitaux ayant un taux observé dépassant le taux attendu ont un ratio des taux supérieur à l'unité (1.0). Des calculs statistiques sont nécessaires pour vérifier que le dépassement éventuel n'est pas lié aux fluctuations du hasard. En 2016, 47 sites hospitaliers ont présenté des valeurs au-dessus de la norme statistique. Ils sont indiqués en rouge dans la figure ; on note qu'il s'agit autant de petits que de grands hôpitaux.

Figure 1. Taux de réadmissions potentiellement évitables (2016)



En janvier 2019, Carole Dubois et consorts déposent un postulat au Grand Conseil vaudois, en s'inquiétant de la péjoration des résultats obtenus par les hôpitaux et cliniques du canton entre 2015 et 2016 (annexe 6.1). Il est demandé qu'une étude soit effectuée pour analyser ce qui s'est passé et prendre des mesures correctives.

Les pistes d'amélioration esquissées dans le postulat sont la gestion et la qualité des interfaces entre l'hôpital et les instances qui prennent en charge le patient en aval (communication, information, suivi, délai de transmission), la densité des médecins généralistes, ainsi que le lien éventuel avec les taux de ré-opérations, certains groupes de diagnostics, les interactions médicamenteuses et la coordination entre les professionnels (hôpitaux, médecins, pharmaciens, soins à domicile et soignants de pratique avancée).

Le Conseil d'Etat a déclaré que le postulat pose des questions légitimes et la Commission thématique de la santé publique chargée d'examiner le postulat recommande le 12 avril 2019 au Grand Conseil de le prendre en considération et de le renvoyer au Conseil d'Etat.

1.2 Buts et objectifs du mandat

Le but du mandat est de répondre aux interrogations du postulat Dubois avec autant d'objectivité que possible, en analysant l'évolution de la situation pendant les cinq dernières années pour lesquelles des données sont disponibles, soit de 2015 à 2019. Quelques éléments de réponse sont également fournis en annexe pour les thèmes qui ne peuvent être objectivés facilement.

Les objectifs sont les suivants :

- analyser l'évolution des taux de réadmission observés et attendus selon le type d'hôpital (universitaire, régional, cliniques) et les groupes de pathologies ;
- déterminer approximativement les motifs de réadmissions ;
- tenter de cerner les partenaires concernés (selon les pathologies, les motifs de réadmission et les délais de réadmission) ;
- caractériser la gravité des réadmission (risques pour les patients, surcoûts) pour analyser l'équilibre à trouver en les durées de séjour et les risques de réadmission ;
- établir des recommandations.

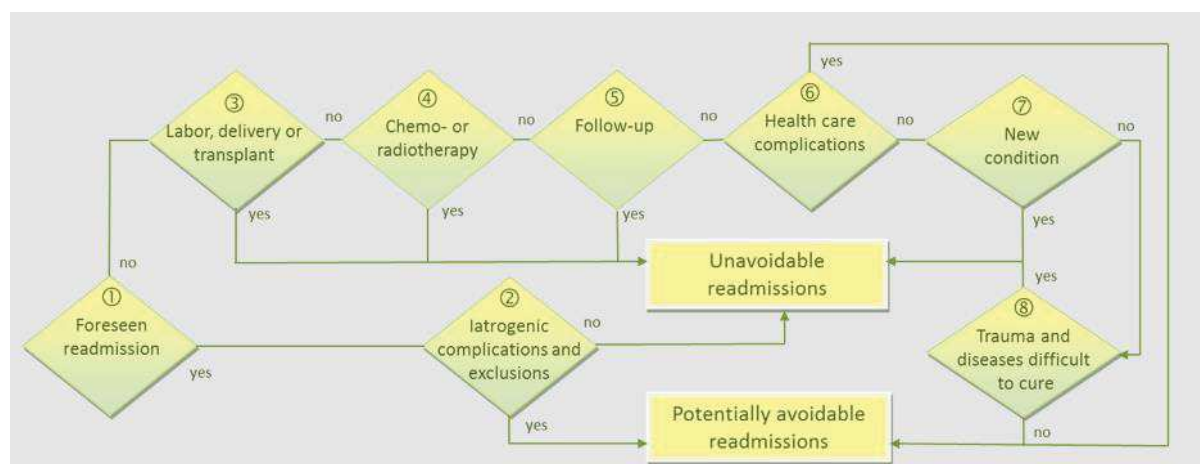
Le rapport comprendra également une introduction pour expliquer l'indicateur, en cerner les atouts et les limites pour qu'il soit interprété correctement.

1.3 Définition de l'indicateur

Une réadmission est considérée comme potentiellement évitable si elle n'était pas prévisible au moment de la sortie de l'hospitalisation précédente, si elle est causée par une affection déjà connue au moment de cette sortie ou par une complication, et si elle survient dans les 30 jours qui suivent.

Ainsi, si un patient revient à l'hôpital pour se faire opérer après un séjour diagnostique qui justifie cette opération, pour une radiothérapie ou pour accoucher suite à une hospitalisation pour grossesse, il s'agit d'une réadmission inévitable. Il en est de même, si le patient est admis pour un nouveau problème qui n'est pas lié au séjour précédent. Les données proviennent de la Statistique médicale des hôpitaux. Les réadmissions qui surviennent dans un autre hôpital sont incluses dans l'analyse, grâce à un code de liaison anonyme qui permet de reconstituer des trajectoires de soins.

Figure 2. Algorithme de dépistage des réadmissions potentiellement évitables

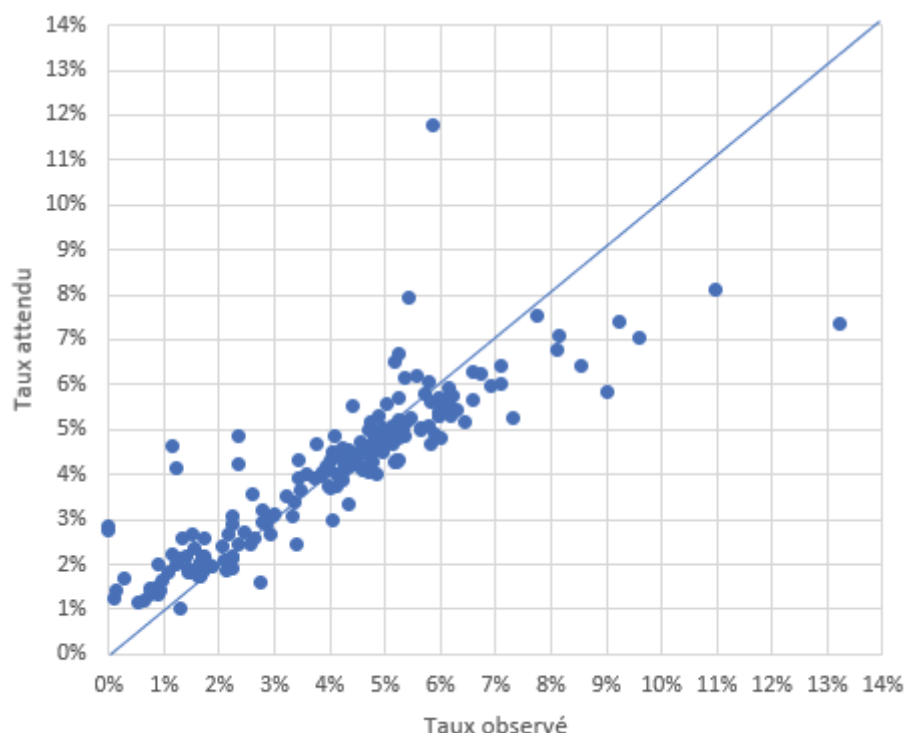


Des critères précis permettent d'établir si une réadmission était prévue ou non au moment de la sortie précédente (Figure 2, étape 1). Il peut s'agir d'enlever du matériel implanté (plaques et vis en orthopédie par exemple), de fermer une stomie temporaire, ou de soins chirurgicaux programmés par exemple. Si la réadmission est prévue et qu'elle n'est pas liée à des complications iatrogènes (étape 2), elle est considérée comme inévitable (*unavoidable*). Mais si des complications sont codées durant la réadmission, elle sera classée comme « potentiellement évitable ». Les réadmissions liées à des accouchements (étape 3), des chimio- ou des radiothérapies sont considérées comme inévitables en l'absence de complications (voir les étapes 2 à 6). Si le patient est admis pour une pathologie sans lien avec le séjour précédent (un accident de la route après une opération pour un cancer par exemple), la réadmission sera considérée comme inévitable (étape 7). Sinon, elle sera considérée comme potentiellement évitable, à moins qu'il ne s'agisse d'un traumatisme (généralement imprévisible) ou d'une maladie difficilement curable (et donc difficile à prévenir, étape 8).

Les réadmissions potentiellement évitables représentent donc des événements inattendus et indésirables. Cela ne signifie pas qu'elles puissent être toujours évitées. En effet, il arrive parfois que la pathologie ait progressé (cela n'est pas souhaité, mais cela peut arriver), qu'un retour à domicile ait paru faisable mais se soit révélé plus compliqué que prévu (il faut parfois prendre des risques sinon les patients resteraient très longtemps à l'hôpital). Certaines complications peuvent survenir sans qu'il ne soit toujours possible de les prévenir (beaucoup de traitements ne seraient pas entrepris s'il fallait garantir un risque nul). Pour cette raison, les réadmissions problématiques sont dites « potentiellement évitables ». En pratique, on calcule un taux observé de réadmission que l'on compare au taux attendu, qui tient compte du profil de risque des patients admis. Ce risque est très variable selon les pathologies, les opérations chirurgicales, l'âge du patient, ainsi que ses antécédents (risque nettement accru s'il y a déjà eu une hospitalisation dans les six mois qui précèdent). Certains hôpitaux ont plus de patients complexes et âgés que d'autres et donc un taux attendu très élevé (près de 12%). D'autres hôpitaux ont un taux attendu très bas (proche de 1%) parce qu'ils hospitalisent essentiellement des patients jeunes ou des accouchements (figure 3).

Si le taux observé dépasse le taux attendu, on considère que le surplus aurait probablement pu être évité.

Figure 3. Taux observés et attendu par hôpital (Suisse, 2019)



Un taux observé élevé n'est pas forcément problématique. Seuls les hôpitaux qui ont des taux dépassant le taux attendu sont généralement mis à l'index ; il s'agit des hôpitaux situés sur la droite de la diagonale dans la figure 3. Un hôpital qui a un ratio des taux de réadmission (observé/attendu) supérieur à l'unité a un taux plus élevé que la moyenne.

Le calcul est effectué automatiquement au moyen de l'outil SQLape® qui calcule une dizaine d'indicateurs de performance pour les hôpitaux (durées de séjour, coûts, réadmissions, réopérations, mortalité prématurée, complications, etc.) à partir de la Statistique médicale des hôpitaux. Les taux attendus sont calculés sur la base de la moitié des hôpitaux suisses les plus performants (*benchmark*). Ce choix présente l'avantage de proposer des cibles ambitieuses mais réalisables. Cela permet donc aux hôpitaux de cerner les domaines dans lesquels ils pourraient s'améliorer.

Dans ses publications, l'ANQ a demandé cependant d'établir des comparaisons des taux de réadmission sur la base des moyennes suisses¹. Pour cette raison, nous donnerons les résultats globaux sur les réadmissions avec les deux méthodes.

Le calcul des indicateurs peut être effectué en tout temps par les hôpitaux ou les cantons avec leurs propres données. Mais, pour le taux de réadmissions, il est nécessaire d'avoir les données de tous les hôpitaux pour pouvoir identifier celles qui surviennent dans d'autres hôpitaux (*réadmissions externes*). Pour cette raison, l'indicateur doit être produit à l'échelon suisse, mais avec un délai lié à la validation des données par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Des règles ont été fixées pour garantir l'anonymat des patients et des hôpitaux (un hôpital ne sait pas où ont été réadmis leurs patients) sous l'égide de l'ANQ et de l'OFS.

¹ en calculant les taux attendus avec tous les hôpitaux (pas seulement les plus performants).

Des calculs statistiques permettent de mesurer la précision des résultats, pour s'assurer que les écarts entre les taux observés et attendus ne sont pas dus au hasard².

Toutes les sorties d'hôpital ne sont pas à risque d'être suivies d'une réadmission. Par exemple, les patients décédés ou transférés dans un autre hôpital ne peuvent être réadmis. L'indicateur est utilisé en Suisse uniquement pour les séjours de soins somatiques aigus. Les patients souffrant uniquement de problèmes psychiatriques ou nécessitant des soins de réadaptation ou des soins palliatifs sont exclus de l'analyse. Les nouveau-nés sains sont également exclus, parce que leur réadmission ne dépend pas de la préparation de la sortie ou de la qualité des soins. L'indicateur a été validé dans deux études scientifiques^{3,4} et amélioré régulièrement au cours des années pour tenir compte de l'évolution des pratiques médicales et des critiques des hôpitaux. La version en vigueur est décrite en détail sur le site internet :

<https://www.sqlape.com/readmissions/>

1.4 Atouts et limites de l'indicateur, précautions d'interprétation

Comme tous les indicateurs, le taux de réadmissions potentiellement évitables présente des atouts et des limites. Il est important de les comprendre pour bien interpréter les résultats.

Les atouts de l'indicateur sont nombreux. Il couvre à la majorité des séjours hospitaliers et permet d'évaluer si l'on prend des risques exagérés avec les patients lors de leur sortie et si des surcoûts sont engendrés avec des réadmissions potentiellement évitables. L'algorithme permet d'isoler les réadmissions problématiques avec une bonne sensibilité (96%) et une bonne spécificité (environ 4% de faux positifs). Cela signifie qu'il identifie bien les réadmissions qui n'étaient ni prévisibles ni souhaitées. L'indicateur n'est pas biaisé, car il tient compte des différences du profil de risque des patients sortis. L'expérience a montré qu'il est suffisamment précis pour permettre de mettre en évidence des différences statistiquement significatives entre les hôpitaux. Il est reproductible, car le calcul est automatisé. Il n'est pas falsifiable, car il est tiré des Statistiques médicales officielles de l'OFS. Son coût est peu élevé (5 centimes/séjour éligible pour la production informatique des résultats par l'ANQ⁵) car il est basé sur des données disponibles de routine. Les résultats sont intéressants dans la mesure où ils varient d'une année à l'autre et d'un établissement à l'autre. La fiabilité de l'indicateur s'est beaucoup améliorée au cours des années et les résultats ne sont fournis par l'ANQ que pour les hôpitaux ayant satisfait toutes les exigences pour la qualité du codage de la Statistique médicale. En 2019, un seul hôpital a dû être écarté en Suisse pour cette raison.

L'expérience a aussi mis en évidence deux limites. La première est le délai d'un peu plus d'une année pour obtenir les résultats, en raison du temps de validation des données par l'OFS. Ce problème peut être contourné partiellement en comparant les taux de réadmission internes aux hôpitaux d'une année à l'autre.

² Rousson V, Le Pogam MA, Egli Y. Control limits to identify outlying hospitals based on risk-stratification. *Stat Methods Med Res* 2018;27(6):1737-1750.

³ Halfon P, Egli Y, van Melle G, Chevalier J, Wasserfallen JB, Burnand B. Measuring potentially avoidable hospital readmissions. *J Clin Epidemiol* 2002; 55:573-587..

⁴ 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.

⁵ Droit de licence payé par l'ANQ, maintenance et développement + production des indicateurs

La seconde limite est la difficulté pour les hôpitaux à gérer les problèmes liés aux réadmissions. D'une part, l'analyse montre le plus souvent une grande dispersion des causes de réadmissions qui sont en partie seulement liées aux pratiques de l'hôpital : complications des soins, diagnostic manqué, traitement inefficace, sortie prématurée des patients. Les problèmes peuvent aussi être liés à la coordination avec d'autres partenaires (information du médecin traitant, services à domicile planifiés trop tard), à un manque de compliance du patient, à des critères d'admission variables (réadmissions non justifiées médicalement). Il arrive également assez souvent (10-25%) que les pathologies du patient se soit aggravées naturellement, sans qu'une prévention n'ait pu être mise en place. Les problèmes de coordination ne peuvent souvent pas être imputés clairement à l'hôpital ou à une structure ambulatoire (responsabilité mixte). En pratique, l'examen des causes de réadmission avec les médecins hospitaliers peut être frustrant, parce que seule une partie des réadmissions est véritablement évitable. Imaginons par exemple que le ratio des taux (observé/attendu) soit de 1.2, cela signifie qu'il y avait 20% de réadmissions en trop. Il est donc tout à fait normal de constater que la majorité des réadmissions n'était pas évitables en pratique, le but étant de trouver les 20% surnuméraires. L'expérience a par ailleurs montré que la plupart des situations où le surplus de réadmission ne dépassait pas les 15%, il était rare de trouver une cause de réadmission sur laquelle on puisse agir facilement. En revanche, la plupart du temps, il a été facile de trouver un consensus entre les réviseurs internes et l'expert externe lors de l'analyse détaillée des dossiers médicaux. Toutefois en raison du temps nécessaire à cette analyse, il n'est pas possible de procéder à une revue de tous les dossiers (l'analyse d'un échantillon de 30 patients prend environ 3-4 heures).

Quelques développements nouveaux pourraient être envisagés. Comme indiqué plus haut, l'indicateur des réadmissions potentiellement évitables est limité au domaine des soins somatiques aigus en milieu hospitalier. On pourrait imaginer étendre cet indicateur à la réadaptation avec le même algorithme. Il faudrait cependant développer un module pour calculer les taux attendus (très variables d'un patient à l'autre) à partir des données de la Statistique médicale des hôpitaux. Il s'agirait par ailleurs de s'assurer que tous les patients admis pour des soins palliatifs sont correctement exclus. La difficulté serait probablement de garantir la comparabilité entre établissements de cantons différents, car les lits de réadaptation (B) sont très fréquents dans certains cantons (VS, GE), moyennement fréquents dans d'autres (VD, NE) et presque absents dans beaucoup de régions de Suisse. Il n'est pas impossible que ce problème biaise également un peu les résultats des soins somatiques aigus⁶.

L'Observatoire suisse de la santé à Neuchâtel vient de publier un rapport sur le recours aux services d'urgence après une hospitalisation en soins aigus.⁷ Un tel indicateur pourrait être construit à partir des données d'assurance, mais sans pouvoir analyser le contexte médical. En pratique, cette extension paraît difficile à mettre en œuvre pour plusieurs raisons :

- il n'y a pas de statistique médicale pour les urgences ambulatoires ;
- les patients ne s'adressent pas seulement aux urgences hospitalières, mais souvent à leur médecin traitant ou au médecin de garde ;
- si ces problèmes peuvent être résolus par les centres d'urgence sans réhospitaliser les patients, cela signifie qu'ils n'étaient pas si graves ;

⁶ Il avait été proposé à l'ANQ d'adopter une approche incluant à la fois les soins aigus et de réadaptation pour pallier ce problème, mais cette solution avait été rejetée en raison de la volonté de séparer complètement les indicateurs des soins aigus de ceux de réadaptation.

⁷ Recours aux services d'urgence suite à un séjour hospitalier en soins aigus. Neuchâtel, OBSAN, 2021.

- l'interprétation des causes de recours aux services d'urgence serait plus difficile que pour les réadmissions hospitalières (pas de lettre de sortie, pas de résumé de sortie standard, etc.).

2. DONNEES ET METHODE

2.1 Statistique médicale des hôpitaux

Les données ont été fournies par la DGS, avec cinq extractions de la statistique médicale des hôpitaux allant pour chaque exercice du 1^{er} juin de l'année précédente au 31 décembre de l'année étudiée. L'analyse a été limitée aux séjours de soins aigus somatiques achevés entre 2015 et 2019 et a concerné les hôpitaux suivants :

- Hôpitaux universitaires : Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) et Hôpital ophtalmique Jules Gonin (HOJG)
- Hôpitaux régionaux : Ensemble hospitalier de la Côte (EHC), les Etablissements hospitaliers du Nord vaudois (eHnv), Groupement des hôpitaux de l'Ouest lémanique (GHOL), l'Hôpital intercantonal de la Broye (HIB), l'Hôpital Riviera-Chablais (HRC), l'Hôpital du Pays d'Enhaut (PEH), le Réseau de santé du balcon du Jura (RSBJ)
- Les cliniques privées : Biotonus, CIC-Riviera, Genolier, Montchoisi, La Prairie, La Source, Hirslanden-Lausanne.

Les données ont été analysées pour vérifier qu'elles étaient conformes aux nomenclatures officielles de l'OFS, que le codage était suffisamment exhaustif et précis, et qu'il n'y avait pas d'anomalie en ce qui concerne le code de liaison anonyme permettant de repérer les réadmissions dans des hôpitaux tiers. Aucun problème susceptible de biaiser les comparaisons d'une année à l'autre n'a été relevé⁸.

Les taux observés et attendus ont été calculés avec la même version (SQLape-2021) pour garantir la comparabilité des exercices. Les taux attendus correspondent aux taux observés en moyenne en Suisse entre les années 2016 et 2018 pour chaque strate de risque.

2.2 Rapports d'évaluation des contrats de prestation

Les rapports d'évaluation des contrats de prestation constituent une seconde source d'information. La DGS a en effet demandé aux hôpitaux d'analyser un échantillon d'environ 30 dossiers, si l'un de leurs sites présentait un excès d'au moins 15% de réadmissions potentiellement évitables. Le mandataire a participé à la formation des réviseurs sur place et le plus souvent aux revues de cas. A l'exception d'un hôpital qui n'a pas remis son rapport dans les délais, tous les hôpitaux concernés ont participé de manière active et constructive aux revues de cas. Le but était d'identifier les causes des réadmissions en se basant sur la grille d'évaluation décrite dans le tableau 1.

⁸ Les *retransferts* (patients transférés d'un hôpital à un autre avec retour dans le premier hôpital) ne sont pas toujours codés correctement, mais ces situations ont été repérées grâce au code de liaison anonyme qui a permis de les exclure de la population éligible (séjours à risque d'être suivis par une réadmission).

Tableau 1. Typologie des causes de réadmission

A. Complications	A1. Complications chirurgicales A2. Effet secondaire des médicaments A3. Autres complications
B. Sorties déficientes	B1. Diagnostic manqué ou erroné B2. Thérapie inefficace B3. Sortie prématurée B4. Autre raison
C. Soins ambulatoires post-hospitaliers	C1. Premier rendez-vous avec le médecin traitant trop tardif C2. Transmission tardive ou insuffisante des informations C3. Traitement ambulatoire inadéquat C4. Déficience des services à domicile C5. Comportement inadéquat des patients
D. Aggravation naturelle des pathologies	
E. Réadmission non justifiée (un traitement ambulatoire aura été possible)	
F. Faux positifs (pas de relation entre la réadmission et le séjour précédent, réadmission prévue)	
G. Problème de codage (des diagnostics ou du mode de sortie par exemple)	

Les revues de dossier ont été effectuées en examinant les lettres de sortie (1^{er} séjour et réadmission), les prescriptions de médicaments, les protocoles opératoires, les notes de suivi infirmier pour comprendre pourquoi le patient a été réadmis et ce qui aurait pu être entrepris pour éviter les réadmissions. Par exemple, il s'agissait parfois de voir si un diagnostic manqué aurait pu être suspecté lors du premier séjour ou si des tests avaient alors permis de l'exclure. Lorsqu'un patient n'a pas suivi les recommandations de traitement (dénutrition par exemple), un examen attentif des informations fournies au patient a été effectué. De même, si un patient alcoolique a été réadmis, le but de l'analyse était de voir si la sortie avait été mieux préparée la seconde fois. Chaque fois que cela a été possible, les réviseurs ont regardé quand avait été fixé le premier rendez-vous chez le médecin ambulatoire. La qualité et la date de la lettre de sortie ont également été analysés. Le réviseur externe (le mandataire) avait souvent préparé une liste de questions précises avec des soupçons basés sur les données de la statistique médicale. Ces situations ont été chaque fois discutées avec des cliniciens, l'analyse montrant souvent des surprises et des causes de réadmission insoupçonnées.

Les faux positifs ont également été systématiquement documentés pour voir si l'algorithme pouvait être amélioré, ce qui a parfois été le cas. Dans certains cas, c'était la qualité de la statistique médicale qui a été mise en cause (code G). Lorsque des complications ont été repérées, une analyse complémentaire a été effectuée pour voir si les taux de complication concernés (infection opératoire, saignement, etc.) étaient dans la norme ou non dans l'hôpital analysé. S'il était dans la norme, la réadmission a été classée avec le code A mais la réadmission a été considérée comme probablement inévitable.

Un consensus a presque chaque fois été trouvé, même s'il a parfois fallu considérer que la cause de la réadmission ne pouvait pas être précisée avec les informations disponibles.

2.3 Approximation des causes de réadmission

Les revues de dossier sont importantes parce qu'elles permettent de se replacer dans le contexte particulier de chaque patient, en recourant à toute l'information disponible, parfois même avec le médecin responsable du patient. Elles sont cependant insuffisantes pour avoir une vision représentative de tous les hôpitaux sur plusieurs années.

Pour tenter de cerner les causes de l'ensemble des réadmissions et pas seulement sur un échantillon de dossiers, il existe plusieurs possibilités pour s'en faire une idée approximative⁹.

Parmi les types de situation du tableau 1, la situation la plus facile à repérer est le caractère non-justifié de la réadmission (type E), grâce à l'indicateur SQLape® qui isole tous les séjours non chirurgicaux pour lesquels aucun diagnostic justifiant une hospitalisation n'a été codé. Une récente étude indique que la grande majorité de ces séjours (86%) pourraient probablement être évités par une prise en charge ambulatoire adéquate¹⁰.

Une partie des réadmissions sont liées à des réopérations potentiellement évitables, correspondant le plus souvent à des complications d'opérations du séjour précédent ou à des opérations ineffectives qui auraient pu être évitées idéalement. Ces situations ont été repérées en appliquant l'algorithme SQLape® des réopérations et ont été attribuées à la catégorie A1 (complications chirurgicales)¹¹. Cette catégorie a également été choisie lorsqu'il y avait une complication chirurgicale codée pour la réadmission. De manière analogue, la catégorie A2 a été retenue lorsqu'une complication médicamenteuse a été codée pour la réadmission¹². Les situations correspondant à d'autres complications (A3) peuvent être repérées en observant les réadmissions considérées comme potentiellement évitables en raison de la présence de complications (étapes 2 et 6 de l'algorithme des réadmissions).

Les revues de dossier ont montré que la responsabilité de l'hôpital était le plus souvent en cause, lorsque le patient était réadmis dans les quatre premiers jours après la sortie. Nous considérerons donc ces réadmissions précoces comme le signe que le traitement de sortie n'était pas suffisamment efficace (B2). Certes, cela peut aussi être le cas avec des délais plus longs, mais l'expérience a alors montré que d'autres motifs pouvaient alors aussi entrer en considération.

Les sorties non classées dans les catégories précédentes ont été considérées comme prématurées (type B3) si la durée de séjour était inférieure à 70% de la durée de séjour attendue¹³. Là également, il s'agit d'une approximation, car il existe une certaine variabilité

⁹ Pour plus de détails, le lecteur pourra se référer au site internet www.sqlape.com qui fournit tous les détails pour chacun des indicateurs complémentaires décrits plus loin.

¹⁰ Eggli Y, Halfon P, Piaget-Rossel R, Bischoff T. Measuring unnecessary hospitalizations in Switzerland (article soumis).

¹¹ Cet algorithme a été appliqué après avoir fusionné les séjours index et la réadmission potentiellement évitable correspondante et en isolant les réopérations survenues pendant la réadmission après une opération index du séjour précédent.

¹² Ce choix est approximatif, car la complication n'est pas forcément la cause réelle de la réadmission.

¹³ Selon le benchmark de la moitié des hôpitaux les plus performants.

des situations pour un même type de patients¹⁴. Dans beaucoup de cas, les patients sortent relativement tôt et ne sont pas réadmis. Mais il peut aussi arriver qu'un patient sorte trop tôt même après une durée de séjour relativement longue. Le but est ici d'avoir une idée de la fréquence de ces sorties prématurées pour voir si elles expliquent les surplus de réadmission de certains hôpitaux ou une tendance à la hausse des réadmissions.

Si le patient souffre de pathologies justifiant clairement une réadmission, le rôle des services à domicile paraît marginal, car le patient n'a alors pas sa place à la maison. Nous avons donc considéré que deux critères devaient être présents pour pouvoir suspecter une déficience des services à domicile :

- 1) des séjours *plus ou moins justifiés* (avec des diagnostics le plus souvent traités ambulatoirement, mais justifiant une hospitalisation dans les cas les plus sévères) ;
- 2) un délai de réadmission relativement tardif (plus d'une semaine), nécessaire à la dégradation du patient par manque de soins (dénutrition, insuffisance cardiaque mal contrôlée par exemple).

Ces critères n'interviennent que si les autres causes de réadmission listées plus haut ne peuvent être invoquées.

Le manque de compliance des patients n'est pas facile à établir sans recourir aux dossiers médicaux. L'expérience a montré que la grande majorité d'entre eux étaient des patients souffrant d'alcoolisme, de toxicomanie ou de démence principalement (sans autres pathologies lourdes). En l'absence d'autres causes, nous attribuerons donc ces patients au type C5.

L'explication d'une réadmission par l'aggravation d'une pathologie sous-jacente est l'une des plus difficile à établir, même en présence des dossiers médicaux. Nous considérerons que les patients relevant des mêmes catégories de risque pour le 1^{er} séjour et la réadmission l'ont été pour un problème similaire. Si aucune autre cause de réadmission n'a été attribuée, nous lui attribuerons cette catégorie D (tableau 1). Cette manière de faire sous-estime un peu cette cause de réadmission, car les patients sont parfois réadmis pour une aggravation d'une comorbidité qui prend le dessus lors de la réadmission.

A l'issue de ce tour des causes possibles, on constate que quelques causes de réadmission ne peuvent être approximée à partir de la Statistique médicale :

C1. Premier rendez-vous avec le médecin traitant trop tardif

C2. Transmission tardive ou insuffisante des informations

F. Faux positif

G. Problèmes de codage

Les premières revues de causes de réadmission montraient des taux de moins de 5% des cas pour les catégories C1 et C2 (voir la section 3.1 plus loin). Ces situations ont été relativement rares dans les revues de dossiers récentes dans le canton de Vaud.

Les faux positifs sont restés de l'ordre de 4% dans toutes les revues de dossier, depuis deux décennies.

Il y a 10 ans, environ 10% des hôpitaux suisses présentaient des problèmes de codage, susceptibles de fausser les statistiques. Ce point est systématiquement analysé lors de la

¹⁴ Même si la typologie retenue pour prédire les durées de séjour est relativement fine avec plus de 900 catégories de risque.

production des indicateurs SQLape® et les problèmes sont devenus rares et marginaux dans le canton de Vaud depuis 2015 pour l'indicateur des réadmissions. Il faut toutefois noter le problème évoqué plus haut des retransferts, qui avait créé des fausses alertes dans le canton de Vaud en 2016. Ces retransferts ont été exclus de la présente analyse grâce au code de liaison anonyme.

Ce tour d'horizon montre qu'il devrait être possible d'avoir une image approximative des causes de réadmissions pour tous les hôpitaux vaudois sur la période considérée.

2.4 Analyses exploratoires

Certains établissements se sont plaints ces dernières années d'être placés sous une double contrainte, l'une budgétaire visant à réduire les durées de séjour, l'autre relatives aux contrats de prestation visant à maintenir des taux de réadmission relativement bas. Ces critiques émanaient également d'établissements ayant un fort engorgement de leurs lits. Une revue de dossiers effectuée en dehors de la procédure des contrats de prestations a montré que les réadmissions étaient assez souvent liées à des séjours très courts de patients jeunes ne souffrant pas d'affections complexes. On pouvait donc supposer qu'il s'agissait souvent de prises de risque calculées.

Lorsqu'on compare les taux de réadmissions suisses aux taux observés dans d'autres pays, notamment aux Etats-Unis, on constate qu'ils sont beaucoup plus élevés ailleurs. Si l'on estime les surcoûts liés aux réadmissions potentiellement évitables des Etats-Unis, qui sont relativement importants, (de l'ordre de 10-12% pour le système hospitalier), on observe qu'ils restent cependant inférieurs aux économies obtenues en réduisant les durées de séjour (environ 20%)¹⁵. La question est alors de savoir si l'on prend des risques avec la santé des patients.

En ce qui concerne le contexte vaudois, nous procéderons donc à deux analyses, l'une pour estimer l'impact financier des réadmissions, l'autre visant à estimer la gravité des réadmissions.

¹⁵ Etude non publiée.

3. RESULTATS ET DISCUSSION

3.1 Evaluation des contrats de prestations

Depuis une dizaine d'années¹⁶, la Direction générale de la santé (DGS) demande aux hôpitaux subventionnés qui ont des taux trop élevés de réadmissions potentiellement évitables d'analyser un échantillon de dossiers médicaux pour cerner les causes de réadmissions en vue de proposer des pistes d'amélioration.

Ces six analyses (A-F) ont montré une assez grande diversité dans les problèmes constatés, différentes d'un hôpital à l'autre et se modifiant au cours des années (tableau 2).

Tableau 2. Résumé des revues de dossiers

Causes de réadmission	A 2002	B 2013	C 2013	D 2016	E 2017	F 2019
A1. Complication chirurgicale	13%	2%	0%	16%	4%	26%
A2. Effet secondaire des médicaments	12%	7%	12%	5%	2%	3%
A3. Autre complication	2%	12%	6%	7%	19%	0%
B1. Diagnostic manqué ou erroné	5%	7%	0%	2%	5%	0%
B2. Thérapie inefficace	5%	2%	0%	6%	6%	0%
B3. Sortie prématurée	1%	7%	6%	4%	7%	8%
C1. Rendez-vous tardif chez le médecin traitant	2%	5%	0%	4%	1%	0%
C2. Transmission tardive ou insuffisante des informations	2%	0%	0%	2%	0%	0%
C3. Autres problèmes	1%	16%	12%	2%	18%	11%
C4. Services à domicile déficient	4%	5%	0%	5%	5%	5%
C5. Comportement inadéquat du patient	5%	0%	6%	5%	7%	5%
D. Aggravation naturelle de la maladie	45%	9%	6%	33%	22%	32%
E. Réadmission non justifiée	0%	5%	29%	2%	2%	8%
F. Faux positif	3%	5%	6%	4%	2%	3%
G. Codage du diagnostic principal		19%	18%	4%	1%	0%
Sous-total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Les pourcentages correspondent aux causes identifiées¹⁷. L'excès de réadmission est estimé par la différence entre les taux observés et attendus. Il était de 20% pour les revues C et E et de 25% pour la revue F. Les revues de dossiers ont permis de trouver ces réadmissions en trop (20% pour la revue C, entre 10 et 20% pour la revue E et 26% pour la revue F. Pour la revue D, l'excès mesuré était de 23%, mais l'analyse a montré qu'il s'agissait le plus souvent de patients retransférés mal codés¹⁸ ; après correction, l'excès n'était plus que de 4% ; la revue de dossier

¹⁶ Dès le contrat de prestations 2012, portant sur l'exercice 2011

¹⁷ Dans certaines revues, il n'avait pas été possible d'identifier les causes avec précision (18% pour la revue B, 5% pour la revue D, 19% pour la revue F).

¹⁸ Un patient est dit retransféré s'il passe de l'hôpital X à l'hôpital Y, puis est réadmis dans l'hôpital X. Ces cas ne sont pas des réadmissions et sont normalement repérées dans les variables concernant les interruptions de séjour. Si ceci n'est pas codé, le taux de réadmissions est surestimé. Ce problème a pu être corrigé pour les analyses ultérieures effectuées à l'échelon suisse grâce au code de liaison anonyme des patients.

n'a pas permis de mettre en évidence de réadmission clairement évitable, confirmant ce résultat.

Tableau 3. Résultats principaux des revues de dossiers

Années	Hôpital	Explications méthodologiques	Pistes d'amélioration
2002	A	Amélioration de l'outil pour mieux détecter les aggravations naturelles de la maladie difficiles à éviter ¹⁹	Mieux préparer les sorties : - organiser les rendez-vous ambulatoires - qualité et délai des informations transmises aux médecins traitants
2013	B	Exclusion des cas psychiatriques et de soins palliatifs	Après correction méthodologique, pas de réadmissions surnuméraires
2013	C	-	Mieux préparer les sorties : - organiser les rendez-vous ambulatoires - qualité et délai des informations transmises aux médecins traitants
2016	D	Correction des retransferts	Après correction méthodologique, pas de réadmissions surnuméraires
2017	E	-	Mieux préparer les sorties, notamment pour les bronchopneumopathies chroniques obstructives et les situations psycho-sociales difficiles.
2019	F	-	- Resserrer les liens avec les médecins installés (généralistes et spécialistes) - Repérer plus tôt les patients psychiatriques avec réadmissions très fréquentes - Mieux préparer la sortie des patients chirurgicaux avec beaucoup de comorbidités - Trouver le bon équilibre entre les durées de séjour et les réadmissions

La revue B a mis en évidence un problème qui n'avait pas été repéré auparavant : dans certains hôpitaux périphériques, les patients de médecine sont mélangés avec des patients

¹⁹Il s'agissait surtout de patients revenus pour des plaies ouvertes ou pour des maladies difficiles à guérir comme le purpura thrombocytopénique idiopathique, les syndromes myélodysplasiques, la sclérose en plaque, la cirrhose du foie, les calculs urinaires par exemple (voir étape 8 de l'algorithme).

hospitalisés pour de la psychiatrie ou des soins palliatifs²⁰. L'algorithme a été modifié pour exclure ces patients dès 2014. Les principaux enseignements tirés des revues de dossiers sont résumés dans le tableau 3.

Les premières revues mettaient en évidence des problèmes d'interface entre l'hôpital et les soins ambulatoires en aval, ceux-ci étant moins fréquemment mentionnés dans les revues récentes²¹.

La dernière revue de cas a mis en évidence des types de situations nouvelles :

- Des patients dont l'état de santé s'était amélioré mais qui avaient encore besoin d'être suivi sur le plan médical pour achever leur guérison²² ;
- Des séjours « regroupés »²³, avec un premier séjour relativement court qui n'a pas suffi à résoudre le problème.

L'analyse détaillée a montré que ces cas n'étaient pas toujours faciles à éviter, parce qu'il aurait alors fallu garder les patients plus longtemps ou renoncer à des précautions compréhensibles (nouveau-né, patients transplantés, situation familiale compliquée, nécessité de surveiller l'évolution de la maladie).

Les revues de causes de réadmission ont éclairé des situations particulières et ont permis de donner une image assez claire des dossiers étudiés. Mais comme indiqué en introduction, elles ont souvent confirmé que la majorité des réadmissions n'étaient pas évitables, ce qui est normal si le taux observé ne dépasse pas énormément le taux attendu.

Dans la plupart des revues de cas, les hôpitaux avaient un excès de réadmissions potentiellement évitables d'environ 20%, ce qui signifie qu'on s'attendait à en trouver une sur cinq qui soit réellement évitable. Sur une trentaine de dossiers, cela signifie que l'on avait trouvé en moyenne environ 6 réadmissions problématiques. Si ces réadmissions étaient rattachées à des causes diverses, il était difficile d'établir des recommandations ciblées. En dépit de cette difficulté, les revues de cas ont montré que les réadmissions détectées comme potentiellement évitables correspondaient généralement bien à des situations non désirées et que les faux positifs étaient relativement peu nombreux (4%). L'indicateur reste donc un indicateur de qualité précieux qui mérite d'être suivi.

²⁰ Jusqu'en 2013, ces patients étaient exclus à partir des centres de prestation uniquement. Depuis 2014, les patients sont également exclus à partir du codage des diagnostics à condition qu'il n'y ait pas de problème somatique significatif. Avant l'exclusion de ces cas, l'hôpital B avait un excès de réadmission de 50%. Après exclusion, la revue de dossiers a mis en évidence un excès inférieur à 10%.

²¹ Il semblerait que les lettres de sortie soient envoyées aux médecins traitants souvent entre 15 et 45 jours après la sortie des patients, soit un délai relativement long. Mais des « lettres de sortie accélérées » sont envoyées souvent dans les 48 heures (procédure FaxMed) avec les informations les plus importantes, dont le traitement de sortie. Les quelques cas problématiques rencontrés concernaient des patients à qui on avait dit de prendre rendez-vous chez le médecin traitant à leur sortie, sans organiser ce rendez-vous avant la sortie.

²² Ces situations peuvent être repérées par le fait que les réadmissions sont « plus ou moins justifiées ». Selon la méthodologie SQLape®, il s'agit de séjours pour lesquels aucun diagnostic ou intervention chirurgicale ne justifie clairement l'hospitalisation (cela dépend de la sévérité des cas).

Pour plus de détails : <https://www.sqlape.com/more-or-less-justified-stays/>

²³ Selon les règles de financement en vigueur, un patient qui revient dans les 18 jours pour une affection semblable ou pour une complication voit ses deux séjours fusionnés. Cela signifie que ces réadmissions n'ont rien coûté à l'Etat ou aux assureurs.

3.2 Taux de réadmissions observés et attendus

3.2.1 Analyse globale

Le taux observé de réadmissions potentiellement évitables a augmenté sensiblement entre 2015 et 2017 pour se stabiliser ensuite (tableau 4). Pendant la même période, la lourdeur des patients s'est légèrement accrue, avec une petite augmentation des risques de réadmission (taux attendu). Par rapport aux hôpitaux du benchmark²⁴, le ratio des taux (observé/attendu) montre un léger excès (4%) de réadmissions dans le canton de Vaud en 2015. Cet excès a atteint 17% en 2017 pour redescendre à 12% en 2019.

Par rapport à la moyenne suisse (utilisée par l'Association nationale pour la qualité), le canton de Vaud se situait en dessous de la norme en 2015 (ratio de 0.94) et 1% au-dessus en 2019 (ratio de 1.01). En clair, la situation s'est dégradée dans le canton de Vaud, mais sans être alarmante par rapport à la moyenne suisse. Toutes ces valeurs ont été calculées avec la même version de l'outil (2021) pour rendre les résultats comparables au cours du temps.

Tableau 4. Evolution du taux de réadmissions potentiellement évitables (canton de Vaud)

Années	Taux observé	Taux attendu benchmark	Taux attendu suisse	Ratio des taux (benchmark)	Ratio des taux (suisse)	Nombre de séjours éligibles
2015	4.00%	3.84%	4.24%	1.04	0.94	71'052
2016	4.42%	3.89%	4.31%	1.14	1.03	72'260
2017	4.69%	4.02%	4.44%	1.17	1.06	72'150
2018	4.61%	4.02%	4.45%	1.15	1.04	73'937
2019*	4.57%	4.09%	4.53%	1.12	1.01	68'775

*sans le mois de décembre (on ne sait pas si ces séjours sont suivis d'une réadmission en janvier 2020)

Il est intéressant de mettre en relation cette hausse des taux de réadmission avec la baisse des durées de séjour et des taux de réopérations potentiellement évitables (tableau 5).

Si l'on se limite à la population éligible, c'est-à-dire aux séjours susceptibles d'être suivis d'une réadmission (séjours dits *index*, sans les patients transférés et décédés notamment), la durée de séjour est un peu plus courte, mais la tendance est la même avec une baisse sensible du ratio des durées de séjour (observé/attendu)²⁵.

²⁴ Moitié des hôpitaux les plus performants de Suisse

²⁵ Précisons que la hausse du taux de réadmissions est survenue surtout en 2016, sans modification de la durée moyenne de séjour. Le commentaire s'applique à l'ensemble de la période 2015-2019.

Tableau 5. Evolution des durées de séjour et taux de réopérations parmi la population à risque de réadmissions

An- nées	Durée des séjours index			Durée des réadmissions			Séjours index avec au moins une réopération		
	Obser- vée	Atten- due	Ratio des taux	Obser- vée	Atten- due	Ratio des taux	Obser- vée	Atten- due	Ratio des taux
2015	6.40	5.64	1.13	8.24	6.15	1.34	1.98%	1.85%	1.07
2016	6.40	5.67	1.13	8.16	6.16	1.32	1.93%	1.86%	1.04
2017	6.31	5.77	1.09	8.09	6.30	1.28	1.88%	1.89%	0.99
2018	6.06	5.84	1.04	7.60	6.40	1.19	1.81%	1.76%	1.03
2019	6.09	5.97	1.02	8.20	6.74	1.22	1.79%	1.86%	0.96

Il est intéressant de noter que la durée des réadmissions est restée à peu près la même, mais que la lourdeur de ces réadmissions s'est accrue (durée attendue plus longue). On observe en parallèle une baisse des taux de réopérations au cours des séjours index. On peut suspecter que cela soit lié à la baisse des durées de séjour qui fait que certaines réopérations qui survenaient auparavant durant le séjour index donnent maintenant lieu à des réadmissions si elles surviennent tardivement.

Il convient de rappeler que seuls les séjours de soins somatiques aigus sont soumis à l'analyse des taux de réadmissions par l'ANQ. Les résultats ne représentent donc qu'une partie des réadmissions qui peuvent survenir après une hospitalisation. En particulier, les séjours de réadaptation, qui représentent environ 14% des séjours éligibles²⁶, sont exclus de l'analyse.

²⁶ Séjours susceptibles d'être suivis d'une réadmission potentiellement évitable, donc sans les patients décédés ou transférés vers d'autres hôpitaux.

3.2.2 Analyse par pathologie

Les taux de réadmission observés ont tendance à augmenter au cours du temps surtout pour les pathologies dégénératives (tableau 6). On observe sinon des fluctuations qui sont difficiles à interpréter.

Tableau 6. Taux observé, par pathologie

Pathologies		2015	2016	2017	2018	2019
BLO	sanguines	5.34%	6.75%	5.30%	6.30%	5.79%
CAR	cardiaques	7.11%	7.60%	7.90%	7.76%	7.54%
CER	cérébrales	5.04%	5.76%	5.86%	4.79%	4.35%
DEG	dégénératives	10.73%	11.94%	13.44%	12.81%	13.32%
DER	dermatologiques	3.06%	3.29%	2.60%	4.86%	2.74%
DIG	digestives	5.07%	5.71%	5.88%	5.73%	5.12%
END	endocrines	3.82%	2.82%	1.92%	4.48%	4.41%
ENT	ORL	2.36%	3.36%	3.47%	3.70%	3.02%
GYN	gynécologiques	2.12%	1.05%	1.48%	2.10%	1.51%
HEP	hépatiques	4.45%	3.31%	5.85%	4.54%	4.40%
INF	infectieuses	6.86%	8.00%	8.06%	7.61%	7.72%
MEN	mentales	5.89%	6.88%	5.72%	6.83%	6.61%
MSK	musculo-squelettiques	3.86%	4.19%	3.76%	3.82%	2.88%
NEO	tumorales	6.20%	5.70%	6.01%	5.75%	6.66%
NER	nerveuses	3.09%	3.35%	3.65%	2.36%	2.23%
NEW	néonatales	1.47%	1.17%	2.18%	1.85%	1.79%
OBS	obstétricales	0.39%	0.42%	0.32%	0.56%	0.39%
OPH	ophtalmiques	1.60%	2.11%	1.71%	1.26%	2.28%
ORT	orthopédiques	0.88%	1.00%	1.31%	1.08%	1.03%
OTH	autres	0.76%	2.91%	3.26%	2.98%	4.99%
PLA	plastiques	2.03%	2.54%	1.60%	2.45%	2.04%
RES	respiratoires	6.08%	6.27%	7.41%	6.67%	6.48%
SUR	chirurgicales	2.54%	3.13%	2.76%	3.10%	3.82%
TRA	traumatiques	1.67%	1.19%	1.95%	1.89%	2.43%
URO	urologiques	3.12%	4.38%	3.44%	4.25%	4.35%
VAS	vasculaires	6.64%	6.46%	7.52%	6.42%	6.42%

Les taux attendus tiennent compte des pathologies, mais aussi de l'âge, la complexité des cas et l'existence d'une réadmission dans les six mois qui précèdent. On retrouve la légère hausse des risques pour les affections dégénératives, mais aussi infectieuses.

Tableau 7. Taux attendu, par pathologie

Pathologies		2015	2016	2017	2018	2019
BLO	Sanguines	4.67%	4.67%	4.53%	4.64%	4.68%
CAR	Cardiaques	6.38%	6.45%	6.54%	6.44%	6.43%
CER	Cérébrales	4.25%	4.43%	4.45%	4.46%	4.22%
DEG	Dégénératives	10.62%	10.71%	11.03%	11.23%	11.27%
DER	Dermatologiques	2.51%	2.56%	2.45%	2.34%	2.36%
DIG	Digestives	4.95%	4.94%	5.13%	4.94%	4.99%
END	Endocrines	2.02%	1.95%	1.99%	2.06%	1.96%
ENT	ORL	2.45%	2.58%	2.66%	2.65%	2.67%
GYN	Gynécologiques	1.50%	1.53%	1.53%	1.47%	1.45%
HEP	Hépatiques	4.00%	3.99%	4.04%	4.10%	4.27%
INF	Infectieuses	6.91%	7.16%	7.36%	7.34%	7.56%
MEN	Mentales	5.53%	5.53%	5.54%	5.67%	5.62%
MSK	musculo-squelettiques	3.96%	3.95%	3.98%	3.91%	3.90%
NEO	Tumorales	5.18%	5.32%	5.43%	5.29%	5.47%
NER	Nerveuses	2.51%	2.72%	2.88%	2.47%	2.48%
NEW	Néonatales	1.66%	1.65%	1.69%	1.67%	1.60%
OBS	Obstétricales	0.52%	0.53%	0.53%	0.52%	0.52%
OPH	Ophthalmiques	2.01%	1.83%	1.81%	1.88%	1.71%
ORT	orthopédiques	0.97%	0.98%	1.00%	0.97%	0.98%
OTH	autres	2.36%	2.49%	2.48%	2.47%	2.51%
PLA	plastiques	1.93%	1.95%	1.99%	1.80%	1.85%
RES	respiratoires	5.14%	4.94%	5.10%	5.02%	5.16%
SUR	chirurgicales	2.95%	2.91%	3.09%	3.10%	3.25%
TRA	Traumatiques (sans opération)	1.51%	1.57%	1.59%	1.55%	1.64%
URO	urologiques	3.92%	4.07%	4.04%	3.85%	3.96%
VAS	vasculaires	6.23%	6.22%	6.34%	6.40%	6.61%

La hausse des taux observé s'accompagne donc d'une hausse des taux attendus (lourdeur des cas). Pour confronter ces deux hausses, il est intéressant de recourir au ratio des taux (tableau 8). On note alors que l'excès de réadmission concerne essentiellement les affections endocrines (diabète, autres maladies hormonales) et autres (2 fois plus), traumatiques (48% de trop).

On note toutefois que ces pathologies sont les moins fréquentes (tableau 8). La catégorie la plus fournie est celle des traumatismes (non opérés), mais celle-ci est en baisse sensible ces dernières années. Il n'est donc pas évident qu'une approche ciblée sur les pathologies permet d'améliorer sensiblement la situation, d'autant plus que les patients réadmis souffrent souvent d'affections multiples (ce sont les pathologies principales qui sont retenues ici).

Tableau 8. Ratio des taux, par pathologie

Affections		2015	2016	2017	2018	2019
BLO	sanguines	1.15	1.45	1.17	1.36	1.24
CAR	cardiaques	1.11	1.18	1.21	1.20	1.17
CER	cérébrales	1.19	1.30	1.31	1.07	1.03
DEG	dégénératives	1.01	1.11	1.22	1.14	1.18
DER	dermatologiques	1.22	1.28	1.06	2.08	1.16
DIG	digestives	1.02	1.15	1.15	1.16	1.03
END	endocrines	1.89	1.45	0.97	2.17	2.25
ENT	ORL	0.96	1.30	1.31	1.39	1.13
GYN	gynécologiques	1.41	0.68	0.96	1.43	1.04
HEP	hépatiques	1.11	0.83	1.45	1.11	1.03
INF	infectieuses	0.99	1.12	1.09	1.04	1.02
MEN	mentales	1.06	1.25	1.03	1.20	1.18
MSK	musculo-squelettiques	0.97	1.06	0.94	0.98	0.74
NEO	tumorales	1.20	1.07	1.11	1.09	1.22
NER	nerveuses	1.23	1.23	1.27	0.96	0.90
NEW	néonatales	0.89	0.71	1.29	1.11	1.11
OBS	obstétricales	0.75	0.79	0.60	1.08	0.75
OPH	ophtalmiques	0.80	1.15	0.95	0.67	1.33
ORT	orthopédiques	0.91	1.02	1.31	1.11	1.06
OTH	autres	0.32	1.17	1.31	1.21	1.99
PLA	plastiques	1.05	1.30	0.81	1.36	1.11
RES	respiratoires	1.18	1.27	1.45	1.33	1.25
SUR	chirurgicales	0.86	1.08	0.89	1.00	1.18
TRA	Traumatiques (sans opération)	1.11	0.76	1.23	1.22	1.48
URO	urologiques	0.79	1.08	0.85	1.10	1.10
VAS	vasculaires	1.07	1.04	1.19	1.00	0.97

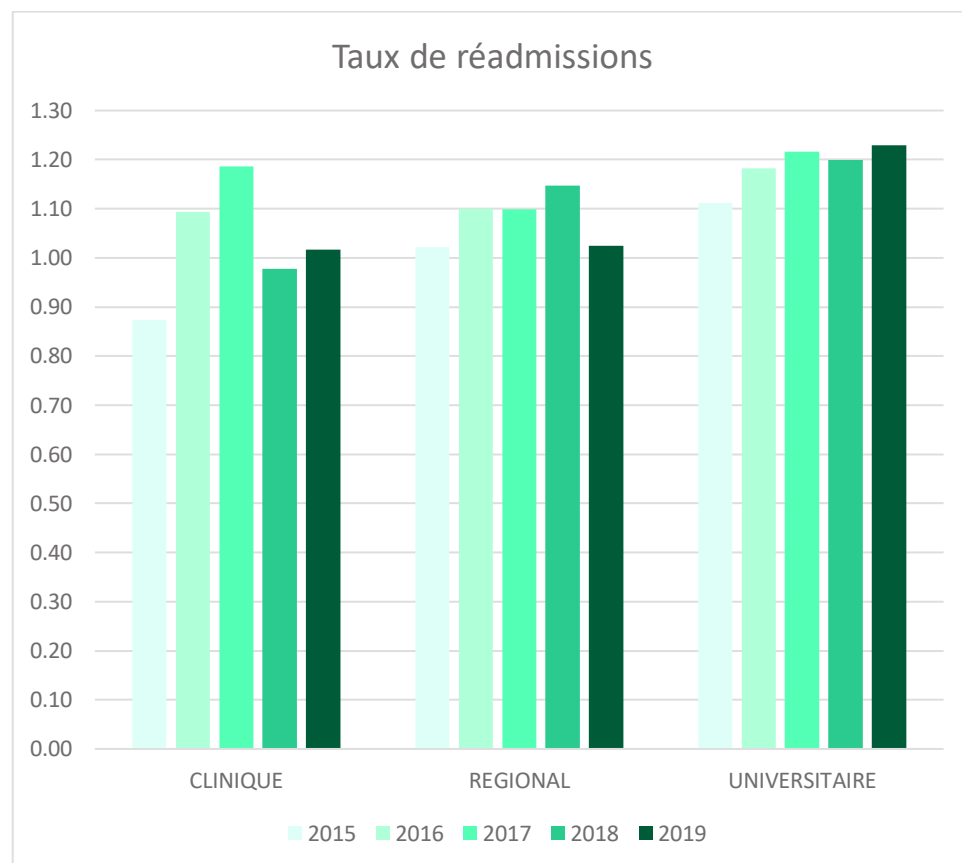
Tableau 9. Nombre de séjours éligibles, par pathologie

Pathologies		2015	2016	2017	2018	2019
BLO	sanguines	1'291	1'363	1'284	1'364	1'243
CAR	cardiaques	7'470	7'813	8'468	9'043	8'838
CER	cérébrales	1'965	1'998	2'015	2'087	2'068
DEG	dégénératives	2'974	3'082	3'275	3'498	3'282
DER	dermatologiques	458	456	346	391	329
DIG	digestives	5'092	5'065	4'710	4'768	4'451
END	endocrines	157	177	156	134	136
ENT	ORL	933	953	950	946	893
GYN	gynécologiques	990	1'051	949	998	929
HEP	hépatiques	1'549	1'452	1'436	1'521	1'251
INF	infectieuses	5'144	5'297	5'313	5'401	5'002
MEN	mentales	1'852	1'903	2'062	2'312	2'329
MSK	musculo-squelettiques	1'063	1'002	1'063	1'126	1'008
NEO	tumorales	1'241	1'175	1'231	1'252	976
NER	nerveuses	1'522	1'760	1'754	1'776	1'477
NEW	néonatales	1'087	1'107	1'146	1'294	1'399
OBS	obstétricales	9'883	10'275	10'099	10'195	9'002
OPH	ophtalmiques	437	474	467	476	483
ORT	orthopédiques	8'498	8'659	8'903	9'172	8'716
OTH	autres	1'309	1'031	1'043	940	841
PLA	plastiques	1'922	1'892	1'872	1'881	1'763
RES	respiratoires	4'460	4'516	4'034	4'215	3'845
SUR	chirurgicales	2'481	2'426	2'353	2'067	1'913
TRA	traumatiques	1'980	1'933	1'795	1'693	1'565
URO	urologiques	2'825	2'784	2'700	2'754	2'575
VAS	vasculaires	2'469	2'616	2'726	2'633	2'461

3.2.3 Analyse par type d'hôpital

L'analyse par type d'hôpital montre que la hausse des taux de réadmission était générale entre 2015 et 2017, mais qu'elle concerne essentiellement le CHUV dans les années les plus récentes (figure 4).

Figure 4. Evolution des ratios des taux de réadmission selon le type d'hôpital



Il est intéressant de noter que la baisse des durées de séjour est un phénomène général, observé dans tous les types d'hôpitaux (figure 5). Ce sont les ratios des durées (taux observé/attendue) qui sont indiqués sur la figure, ce qui signifie que les résultats sont ajustés pour l'évolution du profil de risques des patients.

Figure 5. Evolution des ratios de durée moyenne de séjour

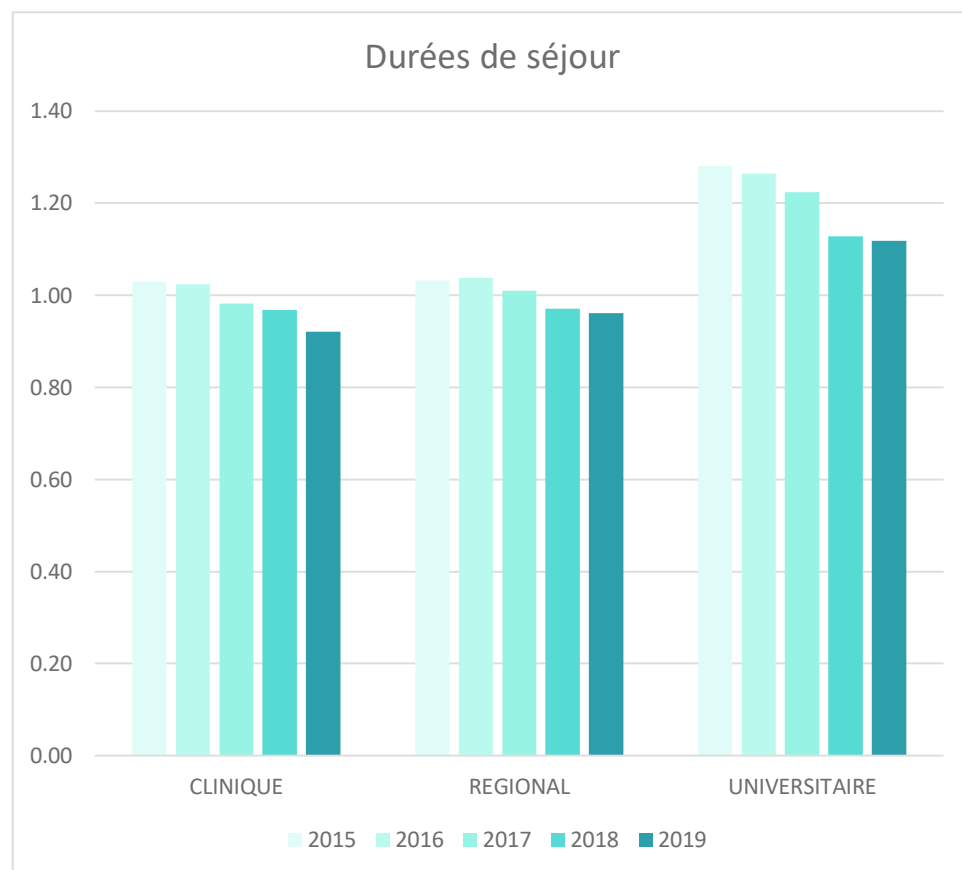
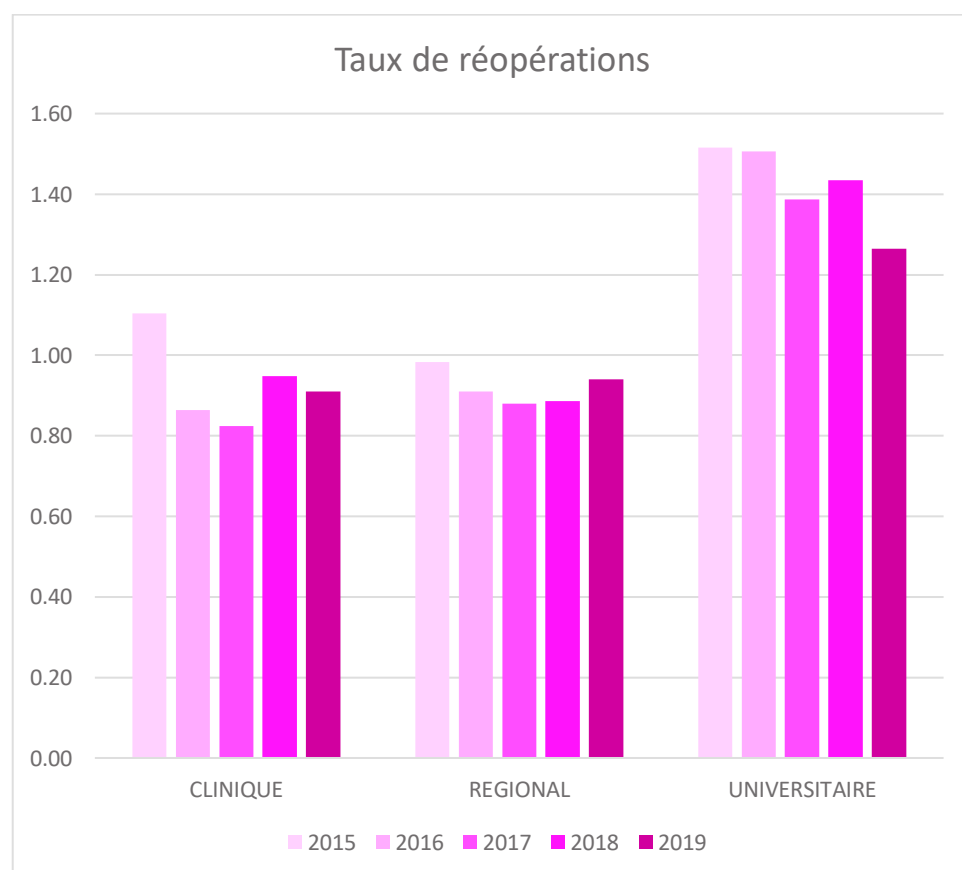


Figure 6. Evolution des ratios des taux de ré-opérations



Quant aux taux de réopérations, ils sont également en baisse dans les hôpitaux universitaires (figure 6), même s'ils restent un peu hauts en comparaison de la moitié des hôpitaux suisses les plus performants. Les ratios des taux n'ont pas fondamentalement changé pour les autres hôpitaux.

3.3 Raisons supposées des réadmissions

3.3.1 Analyse globale

Si l'on applique la méthode proposée pour se faire une idée des motifs de réadmissions, on aboutit à la répartition décrite dans le tableau 10.

Tableau 10. Raisons supposées des réadmissions

Année	2015	2016	2017	2018	2019	Global
Complications chirurgicales	15.6%	17.4%	17.2%	14.6%	15.6%	16.1%
Effet secondaire des médicaments	2.9%	2.8%	3.2%	3.4%	4.9%	3.5%
Autres complications	10.5%	10.5%	9.4%	11.0%	12.7%	10.8%
Thérapie inefficace	12.7%	12.5%	12.3%	11.5%	9.6%	11.7%
Sortie prématurée	16.8%	16.2%	17.6%	20.6%	20.2%	18.4%
Services à domicile déficients (maximum)	3.4%	3.2%	2.5%	2.6%	2.9%	2.9%
Comportement inadéquat des patients	1.1%	1.3%	1.3%	1.2%	1.7%	1.3%
Aggravation naturelle des pathologies principales	9.0%	8.1%	9.2%	8.3%	8.6%	8.6%
Réadmissions non justifiées	6.1%	7.5%	6.4%	6.2%	4.8%	6.2%
Faux positifs	4.0%	4.0%	4.0%	4.0%	4.0%	4.0%
Non spécifiée	18.0%	16.4%	16.9%	16.8%	14.9%	16.5%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Excès de réadmissions	4%	14%	17%	15%	12%	12.7%

Ces résultats doivent être interprétés avec prudence, car l'expérience des revues de dossier a montré que souvent les motifs réels de réadmission différaient de ce que l'on pouvait supputer de la Statistique médicale. Ils sont néanmoins intéressants, par les ordres de grandeurs et leur évolution au cours du temps.

Premièrement, le tableau 10 montre que les proportions de réadmissions imputables aux effets secondaires de médicaments²⁷ (3,5%), à des services à domicile déficients (2,9%) et au comportement inadéquat des patients²⁸ (1,3%) sont relativement faibles.

L'algorithme des réopérations potentiellement évitables a été appliqué aux réadmissions pour voir si celles-ci étaient dues à ces réopérations reportées sur le séjour suivant. Ces réadmissions ont été classées sous la rubrique « complications chirurgicales ». Leur nombre est resté à peu constant pendant les années 2015 et 2019, invalidant l'hypothèse que la baisse des taux de réopérations se serait reportée sur une augmentation des taux de réadmissions. Les complications chirurgicales représentent une part relativement stable des réadmissions (environ 16%). Le taux de complications chirurgicales du canton de Vaud est proche de celui de la moitié des hôpitaux suisses les plus performants. Il paraît donc peu probable que ce soit là la piste principale pour réduire les taux de réadmissions du canton. Les autres complications restent relativement stables et les thérapies ineffectives seraient légèrement en baisse. On retrouve la proportion habituelle de 25% de réadmissions liées à une aggravation naturelle des pathologies²⁹.

Les réadmissions non justifiées pourraient expliquer en partie la hausse des taux de réadmissions observée en 2016, mais aussi la baisse de l'excès de réadmission observée en 2019. Ces réadmissions ne correspondent en général pas à des prises de risque importantes pour les patients.

La hausse la plus inquiétante concerne les sorties prématurées qui passe de 16.8% en 2015 à 20.2% en 2019. Cette hausse de 3,4% ne suffit cependant pas à expliquer la hausse de l'excès des réadmissions qui est passé de 4% en 2015 à 12% en 2019. Il est cependant possible que cette cause de réadmission soit sous-estimée, les revues de dossiers ayant montré qu'il pouvait aussi arriver qu'un patient sorte trop tôt, même si sa durée était relativement longue par rapport à la valeur attendue. Nous reprendrons donc cette problématique plus loin (section 3.4).

3.3.2 Analyse par pathologie

Il est délicat d'analyser les causes de complications supposées par pathologie, car elles dépendent souvent des comorbidités des patients et du type de traitement adopté (chirurgical ou non). Quelques autres causes de réadmission pourraient cependant être associées à certaines pathologies. Il s'agit notamment des complications médicamenteuses, des déficiences éventuelles des services à domicile, du comportement inadéquat du patient et de l'aggravation des pathologies qui pourrait parfois peut-être prévenue (tableau 11, cellules colorées en jaune).

Les complications médicamenteuses sont plus fréquemment observées suite à des chimiothérapies (pathologies sanguines et tumorales). On note que c'est aussi le cas pour des

²⁷ Le score de complications liés aux médicaments est en hausse régulière depuis 2015 (3,6%) jusqu'en 2019 (5,3%). Ceci pourrait refléter une tendance à prescrire trop de médicaments, mais peut-être aussi un relevé plus systématique de ces problèmes (meilleur codage). Globalement, la proportion reste cependant plutôt faible.

²⁸ Cette proportion est probablement sous-estimée, car nous n'avons pas identifié ici les patients souffrant de problèmes secondaires de démence ou d'addictions.

²⁹ Les aggravations naturelles des pathologies ont été établies ici à partir des diagnostics principaux (8.6%), auquel on peut ajouter les réadmissions sans cause spécifiée (16,5%) qui sont probablement liées aux comorbidités.

pathologies vasculaires (anticoagulants ?) et de manière plus surprenante pour les maladies dermatologiques. Les situations où l'on peut suspecter des problèmes pour les services à domicile concernent principalement des maladies musculo-squelettiques (physiothérapie ?), les cancers (maladies sanguines et tumorales). Il est également intéressant de noter que les pathologies cardiaques et respiratoires sont assez fréquentes, ce qui pose la question de la surveillance des patients qui se dégraderaient à bas bruit, par exemple pour des insuffisances cardiaques ou respiratoires. De telles situations devraient peut-être être repérées plus tôt pour éviter des hospitalisations (prise de poids chez les patients ne prenant pas leurs médicaments diurétiques ? physiothérapie respiratoire ?). Il s'agit là d'hypothèses et on rappellera que les services à domicile ne sont pas mis en cause dans la majorité des réadmissions. On ne s'étonnera pas de la fréquence des problèmes mentaux dans les problèmes de compliance. Une plus forte implication des proches-aidants ou la mise en place d'un réseau autour des patients non entourés pourrait être une solution dans ces cas.

Tableau 11. Analyse de quelques raisons de réadmission, par pathologie

Pathologies		Complications médicamenteuses	Services à domicile	Comportement inadéquat	Aggravation des pathologies
BLO	sanguines	6.5%	5.2%	0.0%	5.9%
CAR	cardiaques	4.4%	3.2%	0.9%	10.4%
CER	cérébrales	2.1%	1.3%	0.6%	11.7%
DEG	dégénératives	2.9%	1.8%	0.8%	6.3%
DER	dermatologiques	6.1%	1.5%	0.0%	6.1%
DIG	digestives	2.2%	1.7%	0.2%	4.9%
END	endocrines	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
ENT	ORL	2.7%	1.3%	0.0%	6.7%
GYN	gynécologiques	2.5%	2.5%	0.0%	0.0%
HEP	hépatiques	2.5%	1.8%	0.0%	12.6%
INF	infectieuses	3.7%	2.4%	1.0%	11.0%
MEN	mentales	1.5%	4.2%	14.6%	6.9%
MSK	musculo-squelettiques	1.5%	8.2%	0.0%	5.1%
NEO	tumorales	5.1%	3.4%	0.0%	3.9%
NER	nerveuses	1.6%	2.4%	0.0%	0.0%
NEW	néonatales	1.0%	0.0%	0.0%	8.7%
OBS	obstétricales	0.0%	1.9%	0.0%	0.5%
OPH	ophtalmiques	0.0%	0.0%	0.0%	7.1%
ORT	orthopédiques	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%
OTH	autres	0.7%	2.1%	0.0%	13.9%
PLA	plastiques	2.0%	1.0%	0.0%	0.0%
RES	respiratoires	3.3%	3.5%	0.9%	8.4%
SUR	chirurgicales	1.8%	2.9%	0.0%	0.0%
TRA	traumatiques	3.1%	1.2%	0.0%	7.5%
URO	urologiques	1.1%	3.0%	0.2%	3.8%
VAS	vasculaires	4.4%	1.3%	0.9%	5.1%
Toutes les pathologies		3.1%	2.5%	1.2%	7.4%

3.3.3 Analyse par type d'hôpital

On observe quelques différences intéressantes dans la distribution des motifs supposés de réadmission selon le type d'hôpital (tableau 12).

Tableau 12. Raisons supposées de réadmission selon le type d'hôpital

Raisons supposées de réadmission	CLINIQUE	REGIONAL	UNIVERSITAIRE
Complications chirurgicales	25.4%	10.8%	13.7%
Effet secondaire des médicaments	3.1%	2.9%	3.3%
Autres complications	14.8%	10.6%	11.8%
Thérapie inappropriée	10.9%	12.0%	12.2%
Sortie prématurée	15.4%	20.4%	17.9%
Services à domicile déficients	1.7%	3.1%	2.3%
Comportement inadéquat des patients	0.3%	1.0%	1.6%
Aggravation naturelle des pathologies	3.8%	7.9%	7.9%
Réadmission non justifiées	5.4%	5.1%	5.6%
Faux positifs	4.0%	4.0%	4.0%
Non spécifiée	15.2%	22.0%	19.7%
Total	100%	100%	100%
Excès de réadmissions	3.0%	7.9%	18.8%

La proportion des réadmissions liées à des complications chirurgicales dans les cliniques sont liées au fait qu'elles ont une plus grande proportion de patients opérés. Et cela ne paraît pas être un problème puisqu'elles ont des taux de réadmission plutôt bas.

On note également que les cliniques auraient moins de réadmissions liées à une aggravation naturelle des pathologies, ce qui est logique étant donné qu'elles accueillent moins de patients relevant de la gériatrie que les hôpitaux subventionnés.

Les proportions de réadmissions non justifiées ne diffèrent pas vraiment selon le type d'hôpital.

La question des sorties prématurées est intéressante. En effet, on note qu'elles sont plus fréquentes dans les hôpitaux régionaux que dans les hôpitaux universitaires (une réadmission sur cinq) alors que l'excès de réadmission y est plus faible (10% de moins). Cela fournit un indice qu'il n'y a pas de lien automatique entre une sortie précoce et les réadmissions et qu'il pourrait être intéressant de comparer les stratégies de baisse des durées de séjour des hôpitaux régionaux et universitaires. Ce point sera donc repris dans le chapitre suivant.

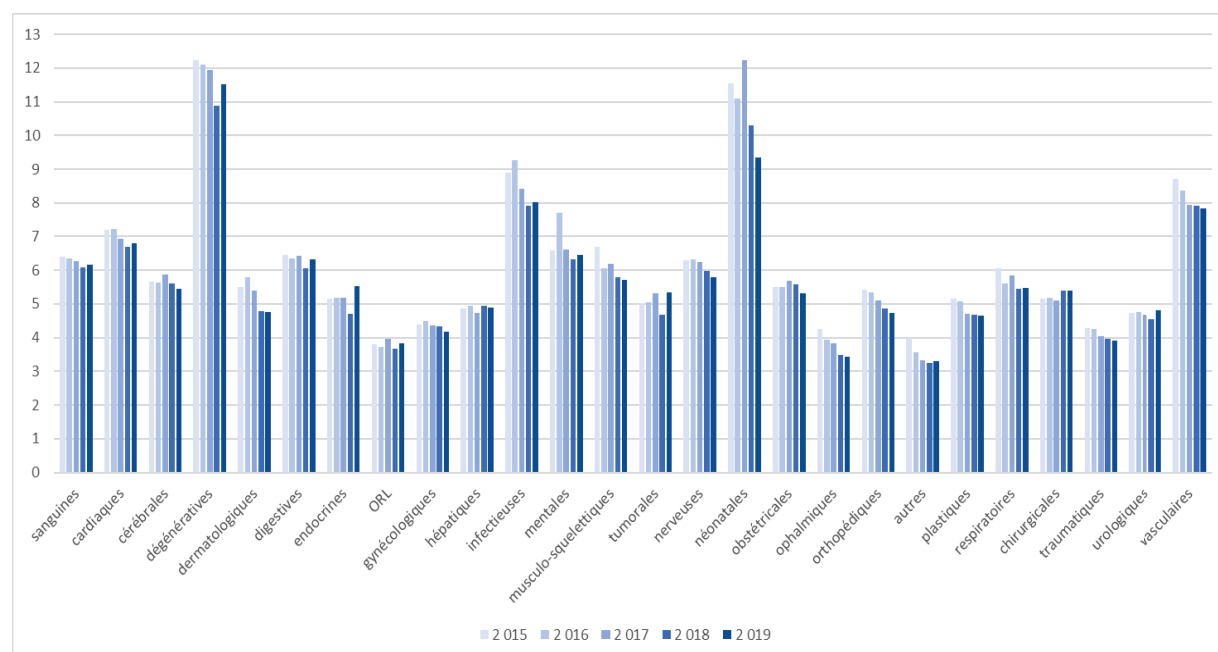
Enfin, on note que la proportion de patients avec un risque de comportement inadéquat est plus grand dans les hôpitaux universitaires, peut-être en lien avec la problématique des addictions qui serait plus fréquente en milieu urbain (hypothèse à vérifier). On rappellera que cette cause de réadmission est probablement sous-estimée avec la méthode retenue.

3.4 Equilibre entre les baisses de durée de séjour et taux de réadmission

3.4.1 Stratégies de baisse des durées de séjour et gravité des réadmissions

Pour cerner cette problématique, nous allons nous concentrer sur l'évolution des indicateurs de durée de séjour et de réadmissions en nous limitant aux séjours éligibles à des réadmissions³⁰

Figure 7. Evolution des durées moyennes de séjour entre 2015 et 2019, par pathologie

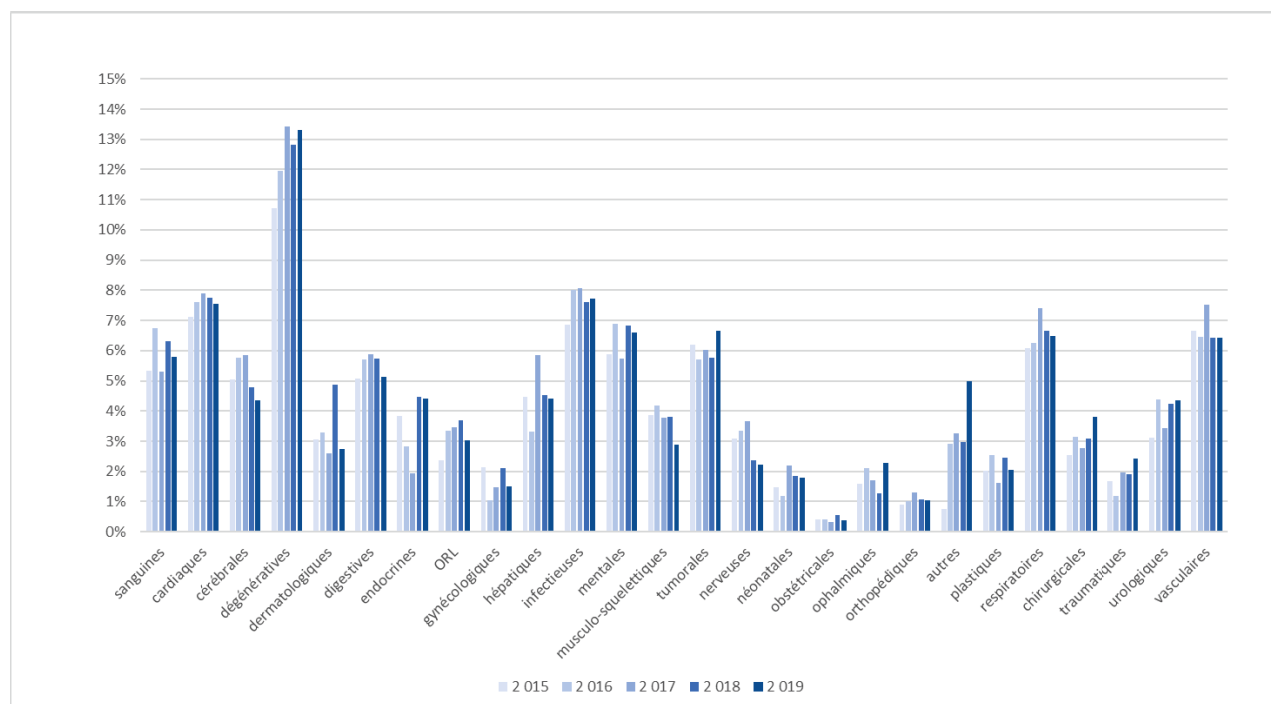


Les durées de séjour ont baissé de manière significative entre 2015 et 2019 pour la plupart des pathologies (figure 7), avec quelques exceptions (affections endocrines, hépatiques, tumorales et chirurgicales).

Il est intéressant de voir l'évolution des taux de réadmissions pendant la même période, en recourant au même découpage par pathologie (figure 8).

³⁰ en excluant notamment les séjours suivis d'une réadaptation ou de patients décédés.

Figure 8. Evolution des taux de réadmission entre 2015 et 2019, par pathologie



On note que pour beaucoup de pathologies, le taux de réadmission a tendance à augmenter. La hausse concerne autant les pathologies à haut risques de réadmissions (comme les affections dégénératives) que celles à faible risque (traumatismes par exemple). Le taux a baissé pour quelques pathologies : cérébrales, neurologiques, musculo-squelettiques.

La principale question est de savoir si les taux de réadmission ont augmenté proportionnellement aux baisses des durées de séjour. Pour y voir clair, nous avons calculé les tendances à la hausse ou à la baisse des durées de séjour et de réadmission par pathologie³¹ (tableau 13).

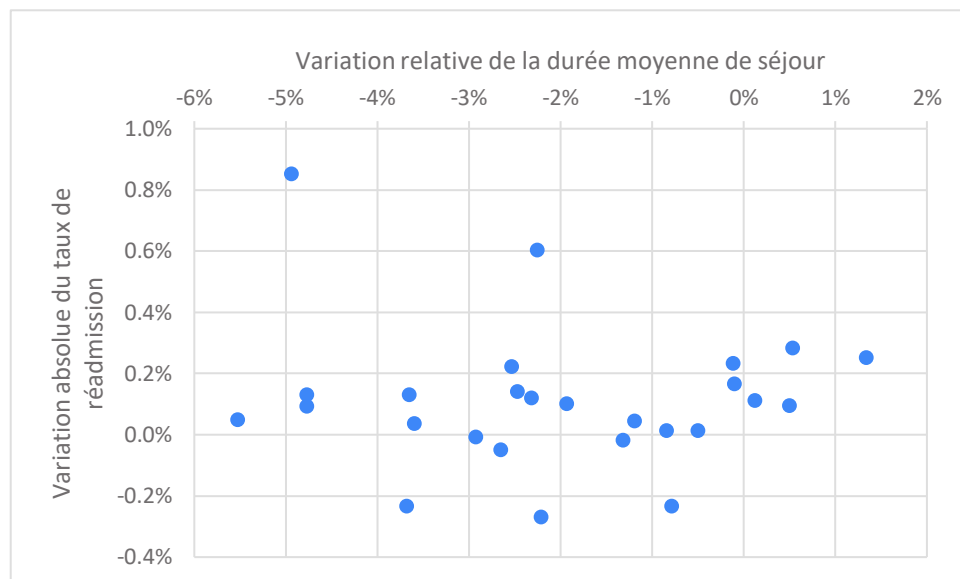
³¹ Cette tendance correspond aux coefficients de régression des valeurs observées entre 2015 et 2016. Elle est exprimée en pourcents pour la durée de séjour (par exemple une baisse annuelle de 1,93% de la durée moyenne de séjour pour les affections cardiaques. Pour les réadmissions, il s'agit de la variation du taux (par exemple une augmentation moyenne de 0.10% pour les affections cardiaques).

Tableau 13. Evolution des durées de séjour et des réadmissions par pathologie

Pathologies		Evolution relative de la durée moyenne de séjour	Variation absolue du taux de réadmission
BLO	sanguines	-1.19%	0.05%
CAR	cardiaques	-1.93%	0.10%
CER	cérébrales	-0.78%	-0.23%
DEG	dégénératives	-2.25%	0.60%
DER	dermatologiques	-4.77%	0.09%
DIG	digestives	-0.84%	0.01%
END	endocrines	0.54%	0.28%
ENT	ORL	-0.10%	0.17%
GYN	gynécologiques	-1.32%	-0.02%
HEP	hépatiques	0.12%	0.11%
INF	infectieuses	-3.66%	0.13%
MEN	mentales	-2.47%	0.14%
MSK	musculo-squelettiques	-3.68%	-0.23%
NEO	tumorales	0.50%	0.10%
NER	nerveuses	-2.21%	-0.27%
NEW	néonatales	-4.77%	0.13%
OBS	obstétricales	-0.50%	0.01%
OPH	ophtalmiques	-5.53%	0.05%
ORT	orthopédiques	-3.60%	0.04%
OTH	autres	-4.94%	0.85%
PLA	plastiques	-2.93%	-0.01%
RES	respiratoires	-2.32%	0.12%
SUR	chirurgicales	1.33%	0.25%
TRA	traumatiques	-2.54%	0.22%
URO	urologiques	-0.11%	0.23%
VAS	vasculaires	-2.66%	-0.05%

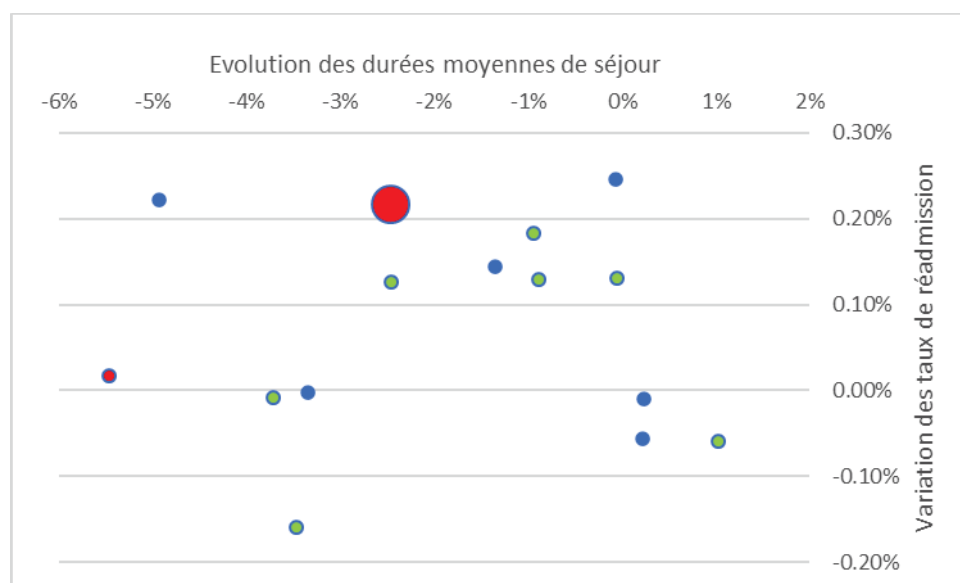
La représentation graphique de ces résultats (figure 9) montre qu'il n'y a pas de corrélation nette entre l'évolution des deux indicateurs. Il n'y aurait ainsi pas une hausse automatique des taux de réadmission lorsque la durée de séjour baisse. On peut ainsi supposer qu'il y aurait de « bonnes » manières de baisser les durées de séjour, sans créer forcément une augmentation des réadmissions.

Figure 9. Relation entre les évolutions des indicateurs par pathologie



Certains hôpitaux auraient-ils trouvé la bonne manière de baisser les durées de séjour sans engendrer de réadmissions supplémentaires ? La figure 10 montre les mêmes résultats par hôpital. On voit que la grande majorité des hôpitaux ont sensiblement baissé leurs durées de séjour mais avec des hausses des taux de réadmission indépendantes de l'ampleur des baisses. La taille des hôpitaux (CHUV, gros hôpitaux régionaux), leur type (universitaire, régionale, clinique) n'ont pas d'influence sur la place occupée sur le graphique. L'hypothèse soulevée par l'une des revues de dossier suggérant que l'hôpital ayant les bons séjours (pathologies simples de patients jeunes) n'est pas confirmée par la présente analyse.

Figure 9. Relation entre les évolutions des indicateurs par hôpital



En rouge : hôpitaux universitaires. En vert : hôpitaux régionaux. En bleu : cliniques privées.

Finalement, il a fallu procéder à une analyse fine par mission des hôpitaux pour mettre en évidence une baisse de la durée de séjour sans augmentation des réadmissions.

L'outil SQLape® permet de différencier les missions des hôpitaux, par discipline et selon le niveau de spécialisation. Certaines missions relèvent de la médecine universitaire (hautement spécialisée, UNI}), de certaines spécialités que l'on ne trouve que dans certains hôpitaux assez grands (néonatalogie, neurochirurgie, chirurgie cardiovasculaire, cardiologie interventionnelle par exemple, SPE), de la médecine hospitalière courante (médecine interne, chirurgie générale, orthopédie, gynécologie-obstétrique, pédiatrie, COU) et de l'ambulatorio (aucun diagnostic ou intervention justifiant clairement une hospitalisation, AMB). Le contenu de chacune de ces missions pour les adultes est décrit en annexe³². Ces missions sont déclinées selon les spécialités médicales. Dans le tableau 14, les missions ont été colorées selon le niveau de baisse des durées de séjour constatées en moyenne sur cinq ans (coefficients de régression), avec un bleu plus foncé si la baisse a été forte.

Cette même coloration a été reprise dans le tableau 15, en indiquant la proportion des séjours, l'évolution du taux de réadmission durant la même période, ainsi que le ratio des durées de séjour (observé/attendu). Ce tableau confirme que pour beaucoup de missions, la baisse des durées de séjour s'est accompagnée d'une hausse des taux de réadmission. Mais il montre également quelques succès. Il s'agit des missions pour lesquelles la durée de séjour était trop élevée dans le canton de Vaud, avec des valeurs moyennes observées dépassant les valeurs attendues ; elles sont mises en caractères de couleur verte. On observe également plusieurs missions où une baisse des durées de séjour allant au-delà du respect des normes recommandées a été possible sans augmenter le taux de réadmission. Elles sont indiquées en rouge et correspondent pour la plupart à des missions de chirurgie spécialisées, où des techniques moins invasives ont pu être mises en place (opérations par laparoscopie, thoracoscopie, transvaginale, cyphoplasties minimalement invasives par exemple).

³² Des subdivisions un peu différentes existent pour la pédiatrie.

Tableau 14. Evolution des durées de séjour par mission

Missions		Type	2015	2016	2017	2018	2019	Evolution annuelle
ATM	MEDECINE DE TRANSPLANTATION	UNI	5.31	5.02	3.95	3.82	4.46	-6.44%
ADE	DERMATOLOGIE UNIVERSITAIRE	UNI	12.67	19.13	11.64	11.33	13.49	-4.52%
ANN	NEONATOLOGIE UNIVERSITAIRE	UNI	28.77	27.04	32.34	25.19	24.02	-4.13%
AOS	OPHTALMOLOGIE UNIVERSITAIRE	UNI	3.84	2.77	3.12	3.09	3.04	-4.04%
AVS	CHIRURGIE VISCERALE UNIVERSITAIRE	UNI	16.78	19.13	16.80	14.65	16.03	-3.59%
AUS	CHIRURGIE UROLOGIQUE UNIVERSITAIRE	UNI	10.07	9.96	8.99	8.30	9.35	-3.33%
ATS	CHIRURGIE THORACIQUE UNIVERSITAIRE	UNI	13.10	12.14	12.62	11.97	11.94	-2.03%
ANS	NEURO-CHIRURGIE UNIVERSITAIRE	UNI	7.52	7.28	7.95	6.87	7.32	-1.10%
ACS	CHIRURGIE CARDIAQUE UNIVERSITAIRE	UNI	14.21	13.95	13.34	13.75	13.60	-1.02%
AES	ORL UNIVERSITAIRE	UNI	8.14	7.14	7.22	9.23	7.47	0.95%
STS	CHIRURGIE THORACIQUE	SPE	14.12	12.95	10.28	11.50	11.34	-5.83%
SCS	CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE	SPE	7.40	7.19	6.77	6.34	5.99	-5.46%
SOP	OPHTALMOLOGIE SPECIALISEE	SPE	5.23	5.71	5.18	4.48	4.54	-5.20%
SPS	PSYCHIATRIE SPECIALISEE	SPE	9.84	13.45	9.24	8.26	10.00	-4.79%
SOR	ORTHOPEDIE SPECIALISEE	SPE	5.00	4.94	4.84	4.35	4.20	-4.70%
SPL	CHIRURGIE PLASTIQUE SPECIALISEE	SPE	5.09	5.73	5.26	4.36	4.73	-4.16%
SHE	HEMATOLOGIE SPECIALISEE	SPE	9.04	9.49	8.74	8.50	8.48	-2.37%
SUR	UROLOGIE SPECIALISEE	SPE	6.98	6.75	6.94	6.36	6.61	-1.69%
SNS	NEURO-CHIRURGIE	SPE	6.97	7.08	7.00	6.64	6.62	-1.65%
SVS	CHIRURGIE VISCERALE	SPE	9.49	9.76	9.29	8.77	9.59	-0.85%
SEN	ORL SPECIALISEE	SPE	3.55	3.61	3.04	3.58	3.85	1.66%
INE	NEPHROLOGIE INTENSIVE	INT	7.63	7.77	7.60	6.93	7.13	-2.47%
INN	NEONATOLOGIE	INT	7.18	7.50	7.98	7.58	6.47	-1.81%
PES	PEDIATRIE - SOINS INTENSIFS	INT	2.96	3.34	3.30	2.81	3.01	-1.32%
ICA	CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE	INT	6.91	7.06	6.62	6.68	6.76	-0.99%
IPN	PNEUMOLOGIE INTENSIVE	INT	8.87	9.43	9.19	9.05	8.68	-0.84%
INL	NEUROLOGIE INTENSIVE	INT	6.75	7.09	7.03	7.15	6.83	0.30%
PSY	PSYCHIATRIE	COU	13.08	10.51	9.69	7.16	8.56	-12.64%
OPH	OPHTALMOLOGIE	COU	11.96	10.34	8.32	7.21	9.91	-7.57%
ORT	ORTHOPEDIE	COU	6.39	6.26	5.94	5.74	5.71	-3.13%
PLA	CHIRURGIE PLASTIQUE	COU	6.59	7.39	6.48	6.26	6.17	-2.98%
ENT	ORL	COU	5.69	5.38	5.82	5.17	5.08	-2.65%
MED	ANGIOLOGIE	COU	7.01	7.17	7.08	6.59	6.70	-1.71%
URO	UROLOGIE	COU	4.93	4.92	4.84	4.52	4.77	-1.52%
GSU	CHIRURGIE GENERALE	COU	5.14	5.11	5.06	4.89	4.97	-1.13%
GYN	GYNECOLOGIE	COU	5.26	5.25	5.38	5.30	5.08	-0.61%
GAS	GASTROENTEROLOGIE INTERVENTIONNELLE	COU	5.80	5.96	5.84	5.55	5.97	-0.14%
PED	PEDIATRIE	COU	4.00	3.80	4.08	3.93	4.00	0.32%
ONC	ONCOLOGIE	COU	4.92	4.98	5.17	4.65	5.36	1.09%
AMB	AMBULATOIRE - ADULTES	AMB	4.97	4.92	4.65	4.58	4.61	-2.24%
AMP	AMBULATOIRE - ENFANTS	AMB	2.93	2.93	2.87	2.93	3.00	0.47%

Tableau 15. Variations du taux de réadmission par mission

Mission	Proportion	2015	2016	2017	2018	2019	Evo- lution	Ratio des durées
MEDECINE DE TRANSPLANTATION	0.1%	3.3%	4.5%	4.3%	5.6%	3.4%	0.1%	1.02
DERMATOLOGIE UNIVERSITAIRE	0.1%	16.3%	0.0%	9.1%	10.4%	3.8%	-1.5%	1.60
NEONATOLOGIE UNIVERSITAIRE	0.4%	2.5%	1.9%	1.7%	2.8%	4.7%	0.5%	1.33
OPHTALMOLOGIE UNIVERSITAIRE	0.4%	0.5%	0.8%	0.8%	1.2%	1.8%	0.3%	1.09
CHIRURGIE VISCERALE UNIVERSITAIRE	0.3%	9.2%	7.6%	12.6%	12.8%	11.1%	0.9%	1.17
CHIRURGIE UROLOGIQUE UNIVERSITAIRE	0.4%	5.7%	5.1%	4.9%	5.4%	7.8%	0.5%	1.02
CHIRURGIE THORACIQUE UNIVERSITAIRE	0.5%	7.5%	9.5%	6.4%	8.0%	10.5%	0.4%	1.03
NEURO-CHIRURGIE UNIVERSIT.	1.1%	5.3%	5.4%	6.2%	4.1%	5.7%	-0.1%	1.08
CHIRURGIE CARDIAQUE UNIVERSITAIRE	0.6%	5.3%	3.7%	5.1%	5.1%	7.2%	0.5%	1.14
ORL UNIVERSITAIRE	0.2%	1.3%	10.1%	5.6%	3.3%	8.1%	0.7%	1.71
CHIRURGIE THORACIQUE	0.2%	10.5%	13.1%	12.3%	11.8%	9.6%	-0.3%	1.21
CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE	3.2%	4.8%	4.7%	5.4%	5.2%	4.6%	0.0%	1.31
OPHTALMOLOGIE SPECIALISEE	0.1%	2.8%	7.9%	3.1%	2.4%	4.5%	-0.2%	1.52
PSYCHIATRIE SPECIALISEE	0.6%	9.7%	12.0%	10.0%	9.2%	13.9%	0.6%	1.44
ORTHOPEDIE SPECIALISEE	2.0%	0.1%	0.7%	0.6%	0.8%	0.7%	0.1%	1.05
CHIRURGIE PLASTIQUE SPECIAL.	0.3%	3.3%	4.1%	1.1%	1.6%	2.5%	-0.4%	1.29
HEMATOLOGIE SPECIALISEE	1.6%	7.7%	8.2%	7.6%	6.4%	7.4%	-0.2%	1.18
UROLOGIE SPECIALISEE	1.5%	4.1%	5.8%	4.5%	3.9%	6.6%	0.3%	1.08
NEURO-CHIRURGIE	2.7%	3.8%	3.7%	4.6%	3.0%	3.1%	-0.2%	1.03
CHIRURGIE VISCERALE	1.7%	5.7%	5.8%	6.2%	7.7%	6.0%	0.2%	1.03
ORL SPECIALISEE	0.3%	1.0%	2.0%	1.6%	0.4%	1.0%	-0.1%	1.12
NEPHROLOGIE INTENSIVE	3.4%	8.2%	8.8%	9.0%	9.0%	8.4%	0.1%	1.12
NEONATOLOGIE	1.1%	1.3%	0.8%	3.0%	2.0%	1.3%	0.1%	1.16
PEDIATRIE - SOINS INTENSIFS	1.0%	2.0%	2.5%	1.2%	3.0%	2.5%	0.1%	1.04
CARDIOLOGIE INTERV.	6.3%	7.7%	9.4%	9.5%	9.1%	9.0%	0.2%	1.23
PNEUMOLOGIE INTENSIVE	3.9%	8.6%	10.6%	11.0%	10.4%	10.9%	0.4%	1.12
NEUROLOGIE INTENSIVE	1.2%	3.5%	4.3%	6.2%	4.5%	4.4%	0.2%	1.14
PSYCHIATRIE	0.1%	13.2%	13.3%	15.7%	9.8%	14.0%	-0.2%	1.91
OPHTALMOLOGIE	0.1%	2.5%	1.3%	3.0%	7.0%	1.5%	0.4%	1.89
ORTHOPEDIE	11.6%	1.5%	1.5%	2.0%	1.5%	1.8%	0.1%	1.09
CHIRURGIE PLASTIQUE	1.7%	3.2%	2.4%	2.5%	3.5%	2.9%	0.1%	1.23
ORL	0.7%	3.1%	5.0%	3.6%	5.9%	4.4%	0.4%	1.35
ANGIOLOGIE	9.2%	6.3%	7.1%	8.0%	7.7%	7.1%	0.2%	1.17
UROLOGIE	1.7%	3.8%	4.2%	4.0%	5.0%	4.6%	0.2%	1.11
CHIRURGIE GENERALE	6.8%	3.0%	3.5%	3.8%	3.5%	3.6%	0.1%	1.06
GYNECOLOGIE	16.5%	0.7%	0.7%	0.6%	0.9%	0.6%	0.0%	1.10
GASTROENTEROLOGIE INTERV.	3.9%	6.9%	7.7%	7.3%	7.7%	7.4%	0.1%	1.13
PEDIATRIE	1.5%	4.5%	4.1%	3.7%	4.0%	4.2%	-0.1%	0.97
ONCOLOGIE	1.5%	6.1%	5.4%	5.6%	5.8%	5.6%	-0.1%	1.07
AMBULATOIRE - ADULTES	6.3%	3.4%	4.4%	4.9%	4.6%	4.7%	0.3%	1.25
AMBULATOIRE - ENFANTS	3.2%	2.5%	4.5%	4.1%	4.4%	3.8%	0.2%	0.94

Une analyse selon la complexité des patients (nombre de maladies ou d'interventions chirurgicales) n'a pas mis en évidence de piste intéressante.

En revanche, on note des résultats contrastés selon l'âge des patients (tableaux 16 et 17). On observe que les durées de séjour ont baissé pour toutes les classes d'âge, mais nettement plus pour les personnes âgées. La raison n'est pas le transfert plus précoce vers des centres de réadaptation, puisque ces séjours ont été exclus de l'analyse. Et on remarque que les taux de réadmission ont surtout augmenté pour les patients les plus âgés, même si on observe la même tendance chez les enfants.

Tableau 16. Evolution de la durée de séjour par âge

Classes d'âge	2015	2016	2017	2018	2019	Evolution
0-16	5.31	5.33	5.62	5.26	5.25	-0.32%
17-49	5.21	5.17	5.24	5.09	5.00	-0.98%
50-64	6.40	6.41	6.22	6.00	6.11	-1.59%
65-79	7.45	7.43	7.21	6.91	6.89	-2.29%
80+	8.72	8.80	8.12	7.77	7.91	-3.23%

Tableau 17. Variation des taux de réadmission, par âge.

Classes d'âge	2015	2016	2017	2018	2019	Variation
0-16	3.23%	3.75%	3.76%	3.91%	3.86%	0.14%
17-49	1.95%	2.17%	2.23%	2.31%	2.23%	0.07%
50-64	4.32%	4.36%	4.69%	4.69%	4.52%	0.07%
65-79	5.73%	6.44%	7.00%	6.35%	6.30%	0.11%
80+	6.45%	7.65%	7.60%	7.73%	7.81%	0.28%

Ces explorations indiquent que des baisses de durée de séjour sont possibles surtout lorsqu'elles sont liées à des progrès médicaux ou à des situations où elles étaient trop élevées par rapport aux valeurs attendues. En revanche, si la pression sur les durées de séjour est trop forte (presque un jour de moins en moyenne pour les personnes de plus de 80 ans sur cinq ans), il faut s'attendre à une hausse des taux de réadmissions.

3.4.2 Gravité des réadmissions

Du point de vue de la sécurité du patient, on peut considérer qu'une réadmission est plus grave si elle justifiait potentiellement un recours aux soins intensifs que si elle aurait éventuellement pu être remplacée par une prise en charge ambulatoire.

Nous avons donc classifié les réadmissions selon leur gravité :

Classe 1 : patients relevant de missions ambulatoires ou dont la réadmission a été considérée comme « non justifiée » (indicateur SQLape®).

Classe 2 : réadmissions « plus ou moins justifiée (indicateur SQLape)

Classe 3 : réadmission justifiée, mais ne relevant pas d'une mission de soins intensifs

Classe 4 : réadmission justifiant potentiellement la présence de soins intensifs

Tableau 18. Evolution de la gravité des réadmissions

Classes de réadmission	Evolution de la durée de séjour	Proportion des séjours					
		2015	2016	2017	2018	2019	Variation
1. ambulatoire	-1.90%	10.7%	12.2%	10.4%	10.7%	9.7%	-0.7%
2. plus ou moins justifiée	-2.31%	6.1%	6.2%	5.5%	5.1%	5.5%	-0.3%
3. justifiée sans soins intensifs	-0.89%	62.0%	60.5%	61.1%	62.4%	61.8%	0.5%
4. justifiée avec soins intensifs	-2.17%	21.2%	21.1%	23.0%	21.8%	23.1%	0.5%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

La baisse des durées de séjour a concerné toutes les classes de réadmissions (tableau 18), y compris pour des patients ensuite réadmis pour des affections graves (justifiant potentiellement des soins intensifs). La proportion de réadmissions sévères (classes 3 et 4) a légèrement augmenté durant les cinq années d'observation avec une baisse correspondante des réadmissions peu sévères (classes 1 et 2). Les différences ne sont pas très importantes et on observe des oscillations d'une année à l'autre. Toutefois, ceci montre une légère tendance à l'aggravation de la sévérité des réadmissions.

On sait que les réadmissions qui surviennent rapidement sont plus imputables aux hôpitaux. Une réduction des délais serait inquiétante dans la mesure où l'on pourrait penser qu'il y a plus de réadmissions liées à la qualité des soins hospitaliers. On constate cependant une tendance inverse, avec une légère augmentation des délais entre 2015 et 2019.

Tableau 19. Evolution des délais de réadmission (jours entre la réadmission et la sortie précédente)

Délai	2015	2016	2017	2018	2019	Variation
1. ambulatoire	11.39	11.41	11.59	10.93	11.97	0.07
2. plus ou moins justifiée	9.79	11.12	10.98	10.74	10.88	0.18
3. justifiée sans soins intensifs	12.63	12.23	12.38	12.13	12.90	0.04
4. justifiée avec soins intensifs	12.24	12.18	12.46	12.86	12.93	0.21

3.4.3. Economicité de la pression sur les durées de séjour

D'un point de vue économique, on estime généralement que la baisse des durées de séjour permet de réduire les coûts. Nous voyons cependant qu'elle paraît associée à une hausse des réadmissions qui engendrent des coûts supplémentaires.

Pour se faire une idée sur l'économicité de la pression sur les durées de séjour, nous proposons de comparer les nombres de journées globales entre 2015 et 2019 en se basant sur les tendances annuelles moyennes (tableau 20). Cette analyse doit être effectuée avec prudence, parce que la lourdeur des patients hospitalisés peut avoir changé au cours du temps et que la variation des durées peut également toucher celle des réadmissions. L'analyse n'inclut que les patients éligibles à une réadmission, sans les patients transférés ou décédés lors du premier séjour notamment.

Tableau 20. Estimation de l'économicité de la baisse des durées de séjour

	Moyenne	Variation annuelle	2015	2016	2017	2018	2019
Economie sur les séjours index							
Durée moyenne observée (jours)	6.26	-0.10	6.41	6.43	6.32	6.05	6.09
Durée moyenne attendue (jours)	5.77	0.08	5.64	5.67	5.75	5.83	5.97
Baisse de la durée (jours)		-0.18	0.77	0.76	0.57	0.22	0.12
Coût attendu (francs)	10 553	170	10 269	10 356	10 513	10 665	10 962
Economie attendue/séjour index		-152					
Surcoût des réadmissions							
Taux observé	4.46%	0.13%	4.00%	4.42%	4.69%	4.61%	4.57%
Taux attendu	3.97%	0.06%	3.84%	3.89%	4.02%	4.02%	4.09%
Hausse du taux		0.07%	0.16%	0.53%	0.67%	0.59%	0.48%
Coût attendu (francs)	10 885	265	10 527	10 515	10 734	11 072	11 575
Réadmissions en plus		8					

Ce tableau montre que la durée de séjour a baissé de 0.1 jour par an entre 2015 et 2019, alors que la lourdeur des patients s'est accrue (+0.08 jours durant la même période). Cela représente un gain de 0.18 jours par an, soit 1 journée entière sur les cinq ans.

Les données de coûts proviennent de la Statistique des données économiques par cas de l'Office fédéral de la statistique³³. Le coût par jour a été de 1'686 francs par jour (10'553 francs/6.26)³⁴. En estimant le coût d'une journée évitée à la moitié de ce coût (les derniers jours coûtent moins chers que les premiers³⁵), on peut donc estimer le gain à 843 francs par séjour en cinq ans, soit une économie de 152 francs par année. En multipliant les 144 francs ainsi « gagnés » par environ 74'000 séjours éligibles par an, cela représente une économie 10,6 millions sur une année pour le canton de Vaud.

Le taux de réadmission a augmenté en moyenne de 0.13% par année, soit un peu plus du double de la hausse du taux attendu (0.06%). Globalement, on peut donc considérer que la hausse a été modérée (0.07% par an), mais tout de même un demi-pourcent de réadmission en plus sur cinq ans. En appliquant cette hausse au coût moyen des réadmissions (10'885 francs * 0,07%), on obtient un surcoût négligeable (8 francs par an). On ne peut donc pas affirmer que la hausse du taux de réadmission efface l'économie obtenue en baissant les durées de séjour.

³³ Valeurs attendues selon le modèle SQLape®, en tenant compte de la lourdeur des séjours index et des réadmissions, basé sur les coûts 2016-2018 par strate de risque.

³⁴ Ce coût 10'553 francs a été calculé selon la formule suivante $C = \sum_i N_i C_i$

où :

N_i est le nombre de séjours éligibles (à risque d'être suivi d'une réadmission) pour un groupe de risque i

C_i est le coût moyen d'un séjour du groupe de risque i dans les hôpitaux de référence (moitié des hôpitaux suisses les plus performants du point de vue des coûts en 2016, 2017 et 2018). Pour plus de détails :

<https://www.sqlape.com/prediction-models/>

Il s'agit donc d'une estimation basse des coûts.

³⁵ Les premiers jours sont plus coûteux en général, en raison des investigations médico-techniques, des interventions chirurgicales et de soins en général plus intenses. Cette estimation (grossière) d'un coût amoindri de 50% les derniers jours est tirée d'une étude (effectuée par le mandataire, non publiée), tirée de la comptabilité analytique d'un hôpital vaudois.

4. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS EN REGARD DU POSTULAT DUBOIS ET CONSORTS

La présente analyse confirme la hausse générale des taux de réadmissions potentiellement évitables constatée entre 2015 et 2016. Cette hausse s'est ensuite atténuée, avec un pic en 2017 dans les cliniques privées, en 2018 dans les hôpitaux régionaux et en 2019 dans les hôpitaux universitaires.

Par rapport à la moitié des hôpitaux suisses les plus performants, on observe un surplus de 12% de réadmissions dans le canton de Vaud en 2019. Mais par rapport à la moyenne suisse, le dépassement n'est que de 1%.

La Direction générale de la santé demande chaque année aux hôpitaux ayant des taux trop élevés d'analyser les raisons qui pouvaient l'expliquer. Ces analyses ont montré que les réadmissions surnuméraires constituaient bien des événements indésirables et un taux relativement faible de faux positifs (4%). Différentes améliorations ont été apportées à l'indicateur pour éviter de prétexter des hôpitaux accueillant des patients souffrant essentiellement de problèmes psychiatriques ou qui relèvent des soins palliatifs. Un problème de codage des re-transferts (patients transférés vers un hôpital puis réadmis) a créé une fausse alerte dans un hôpital en 2016, mais il a pu être corrigé à partir des données de l'Office fédéral de la statistique depuis.

Ces analyses ont par ailleurs montré qu'il n'était pas toujours facile d'isoler les causes des réadmissions qui sont multiples, même en examinant attentivement les dossiers médicaux. Il y a 20 ans, les revues de dossiers avaient mis en évidence des problèmes de continuité des soins. Même si des problématiques particulières ont été mises en évidence dans certains hôpitaux, les revues de dossier récentes mettent en lumière la difficulté d'équilibrer la prise de risque de réadmission à la sortie avec une durée de séjour pas trop longue. Les causes de réadmission liées à des complications ou des diagnostics manqués ou des thérapies inefficaces n'ont pas augmenté. Un cas de figure relativement fréquent a été observé en 2019 dans un grand hôpital avec des réadmissions de patients pour lesquels le problème principal semblait à peu près résolu mais où des soins complémentaires étaient nécessaires pour des comorbidités qui empêchaient un retour à domicile sécurisé. Ce constat suggère qu'un resserrement des liens entre l'hôpital et le réseau des médecins installés (généralistes et spécialistes) est nécessaire pour limiter le nombre de réadmissions. Les problèmes liés aux services à domicile ou au comportement des patients ne semble pas en cause en ce moment.

Les situations ont surtout paru très variables d'un hôpital à l'autre et les échantillons analysés étaient trop petits pour pouvoir inférer des résultats généraux pour le canton.

L'analyse effectuée sur la Statistique médicale des hôpitaux entre 2015 et 2019 a permis de se faire une idée des raisons supposées des réadmissions. Par rapport aux interrogations du postulat Dubois et consorts, elle a montré les résultats suivants :

- Les effets secondaires des médicaments n'expliquent qu'une petite partie (moins de 4%) des réadmissions.
- La proportion de réadmissions liées à de possibles déficiences des services à domicile paraît faible (moins de 3% des réadmissions).
- La pression sur les durées de séjour pourrait jouer un rôle, puisqu'elle a sensiblement diminué ces dernières années ; actuellement le canton de Vaud a une durée

moyenne de séjour proche de la moitié des hôpitaux suisses les plus performants. Un peu plus de 18% des réadmissions pourraient être imputées à des sorties prématurées (durée de séjour inférieure à 70% de la durée attendue).

- Environ un quart des réadmissions n'ont pas de cause clairement identifiable ; elles peuvent en grande partie être imputées à une aggravation naturelle des pathologies préexistantes ;
- Environ 16% des réadmissions paraissent liées à des complications chirurgicales ; ce facteur ne semble pas expliquer l'excès de réadmission dans le canton de Vaud qui se situe plutôt bien placé en Suisse par rapport au taux de complications chirurgicales ; l'hypothèse d'un report des réopérations sur les réadmissions en raison de sorties plus précoce est juste, mais ne représente que quelques cas ;
- La proportion des autres complications et de thérapies ineffectives ne paraît pas avoir augmenté ces dernières années.
- Environ 6% des réadmissions n'étaient pas clairement justifiées d'un point de vue médical, dans le sens que les patients auraient probablement pu en partie être pris en charge ambulatoirement dans des conditions idéales, la réadmission constituant une mesure de précaution ; cette proportion a tendance à baisser.
- Les problèmes liés au comportement inadéquat des patients ne semblent pas expliquer la hausse des taux de réadmission.

Cette analyse n'a pas permis d'identifier des problèmes liés à des problèmes de transmission des informations aux médecins traitants, ce qui ne signifie pas qu'ils soient inexistantes.

L'analyse a été ensuite focalisée sur le lien possible entre la baisse des durées de séjour qui auraient occasionné une hausse des taux de réadmissions potentiellement évitables.

Il est intéressant de noter que les durées de séjour ont diminué pour presque toutes les disciplines entre 2015 et 2019 et que cela a souvent été associé à une hausse du taux de réadmission, avec peu d'exceptions (affections musculo-squelettiques et du système nerveux). Il n'a pas été possible d'isoler de bonnes stratégies qu'auraient suivi certains hôpitaux pour réduire leur durée de séjour sans augmenter les taux de réadmission. En revanche, il était intéressant de noter que les baisses relativement fortes des durées de séjour pour les personnes les plus âgées ont aussi été associées à une plus forte hausse des taux de réadmissions potentiellement évitables. Il paraîtrait dès lors sage d'éviter de mettre une trop forte pression sur les durées de séjour de ces patients. On observe également que des baisses de durées de séjour ont été possibles sans augmenter les taux de réadmission lorsque des approches chirurgicales moins invasives ont pu être mises en place.

La gravité des réadmissions a augmenté dans le sens où la proportion de réadmissions liées à des affections sévères a tendance à augmenter. Il est possible que ceci soit simplement dû à la baisse des taux de séjours non justifiés dans le canton.

Les surcoûts occasionnés par les réadmissions en augmentation ne pèsent pas lourds par rapport aux économies probablement obtenues en réduisant les durées de séjour.

5. RECOMMANDATIONS POUR LA DGS

L'indicateur des réadmissions potentiellement évitables a été corrigé de ses défauts de jeunesse et les cas détectés correspondent bien à des réadmissions non prévues et indésirables.

Le taux observé en 2019 est proche de la moyenne suisse, mais le canton de Vaud a perdu ses bonnes performances que l'on observait encore en 2015. La problématique actuelle paraît surtout liée à la pression sur les durées de séjour, en partie souhaitée pour limiter les hausses de coûts hospitaliers, en partie subie pour les hôpitaux ayant subi un engorgement des lits importants.

Sur ce plan, le canton devrait continuer à encourager les hôpitaux à réduire leurs durées de séjour lorsqu'elles sont trop longues et à adopter des techniques de chirurgie peu invasives. Mais il s'agit de le faire sans fanatisme, en étant particulièrement attentif aux personnes de 80 ans et plus pour ne pas provoquer une hausse des réadmissions.

On remarque qu'il devient difficile de suivre l'indicateur des réadmissions sans le combiner avec d'autres indicateurs pour bien l'interpréter. Il n'est en effet pas indifférent que les réadmissions correspondent à des hospitalisations évitables, qu'elles soient liées à des complications, à un report des réopérations ou à des sorties prématurées par exemple. L'analyse des années 2015 à 2019 n'a pas mis en évidence une augmentation des causes de réadmission, mais il paraît important de poursuivre la surveillance. Les efforts visant à assurer la continuité des soins en partenariat avec les instances qui prennent en charge les patients après leur sortie doivent être poursuivis, notamment en ne négligeant pas les comorbidités.

6. ANNEXES

6.1 Postulat Dubois et consorts

Etude sur les raisons des réadmissions hospitalières potentiellement évitables : mieux vaut prévenir que guérir

Texte déposé

Une récente étude de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) datée de septembre 2018, basée sur les données de l'Office fédéral de la santé (MedStat 2016) et réalisée à l'aide de l'indicateur SQLape, fait apparaître dans 47 hôpitaux et sites hospitaliers du pays des taux de ré-hospitalisations hors normes.

Ce qui interroge, c'est le phénomène de leur augmentation et celui de leur ratio des taux qui passe de 0,95 en 2015 à 1,05 en 2016. Dans le canton de Vaud, le CHUV et d'autres hôpitaux et cliniques sont concernés. Ces questions sont directement liées à la mesure des indicateurs de qualité.

Certes, l'indication de la hausse sur une année n'est peut-être pas signe qu'elle va suivre cette tendance, mais elle est suffisamment significative pour être considérée comme une alerte. Elle constitue donc une raison de mener rapidement une étude sur ce qui se passe dans les hôpitaux du canton pour établir ensuite des correctifs avant qu'il ne soit trop tard et que la courbe ascendante des ré-hospitalisations ne devienne pérenne.

Cette étude devrait porter notamment sur les éléments suivants :

- Analyse du contexte général des ré-hospitalisations dans le canton dans les hôpitaux publics, privés d'intérêt public et cliniques avec lits listés LAMal.
- Gestion et qualité des interfaces entre l'hôpital et les instances qui prennent en charge le patient à sa sortie (communication, information, suivi, délai de transmission).
- Pourcentage de médecins généralistes/médecins de famille habilités à répondre à la demande.
- Analyse de la corrélation ou non entre les taux de réadmission et de ré-opérations. – Domaines et unités où les taux de ré-hospitalisation sont potentiellement évitables en fonction des groupes de diagnostics.
- Prévention des mauvaises interactions médicamenteuses.
- Coordination entre les hôpitaux, médecins, pharmaciens, soins à domicile et soignants de pratique avancée. Je remercie d'avance le Conseil d'État pour ses réponses.

Renvoi à une commission avec au moins 20 signatures

(Signé) Carole Dubois et 40 cosignataires

Développement Mme Carole Dubois (PLR) :

— Une étude de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et cliniques (ANQ), datée de septembre 2018, basée sur les données de l'Office fédéral de la santé MedStat 2016 et réalisée à l'aide de l'indicateur SQLape, fait apparaître des taux hors normes de réhospitalisations dans 47 hôpitaux et sites hospitaliers du pays. En comparaison des mêmes statistiques pour l'année 2015, l'augmentation est forte. Dans le canton de Vaud,

le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) ainsi que d'autres hôpitaux et cliniques sont concernés. Une augmentation sur une année n'est certes pas le signe que la tendance va perdurer, mais elle est suffisamment inquiétante pour que nous nous en préoccupions afin de pouvoir rapidement établir des correctifs, particulièrement sur les éléments énumérés dans le texte déposé. La conclusion de l'étude propose deux axes d'améliorations :

1. L'amélioration de la sortie. La durée moyenne d'un séjour à l'hôpital a diminué de 6,03 jours à 5,12 jours entre 2010 et 2016. Une sortie précoce présente des avantages avérés, mais sa gestion doit encore être améliorée, par un meilleur diagnostic et par une analyse plus approfondie du traitement pour éviter les interactions médicamenteuses.

2. L'amélioration de la prise en charge ambulatoire, souvent insuffisante et trop tardive, pour cause d'informations incomplètes lors de la sortie. Les pistes à explorer sont essentiellement une bonne préparation des sorties, une meilleure interface entre les prestataires de soins hospitaliers, les médecins traitants et les soins à domicile, ainsi qu'une meilleure information au patient ou à sa famille, particulièrement lorsqu'il s'agit de personnes âgées et vulnérables.

A la lumière de ces constatations, il me semble important que le sujet soit débattu au sein de la Commission thématique de santé publique.

Le postulat, cosigné par au moins 20 députés, est renvoyé à l'examen d'une commission.

6.2 Autres questions du postulat Dubois et consorts

6.2.1 Densité et répartition des médecins généralistes sur le territoire du canton

L'hypothèse d'une influence de la densité des médecins généralistes sur les taux de réadmission repose sur la nécessité d'avoir un système de santé ambulatoire suffisamment étoffé pour appuyer le retour à domicile. On pourrait par exemple supposer que les patients ne puissent avoir un rendez-vous avec leur médecin dans un délai raisonnable si l'offre médicale est insuffisante.

Une étude est actuellement menée à *Unisanté* sous la direction du prof. Joachim Marti sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) pour étudier cette question sur l'accès aux hôpitaux. Le rapport n'est pas encore publié. Une analyse a été effectuée sur un peu plus de 700 régions de Suisse, pour lesquelles on dispose de variables socio-économiques de la population qui y réside, ainsi que trois indicateurs d'accès aux hôpitaux :

- le taux de séjours non justifiés (qui pourraient souvent être pris en charge ambulairement d'un point de vue médical, dans les conditions actuelles ;
- le taux de séjours plus ou moins justifiés (idem, mais avec un renforcement des mesures d'accompagnement communautaire pour les patients plus sévèrement atteints) ;
- le taux d'admission pour des conditions sensibles aux soins ambulatoires (des hospitalisations souvent justifiées mais qui auraient pu être évitées si le patient est bien suivi par les médecins installés (pas de coma diabétique par exemple).

Les résultats (provisoires) indiquent que le manque d'éducation ou les faibles revenus augmentent le risque pour ces trois indicateurs en Suisse. Les autres variables comme la densité urbaine, l'aide sociale, le nombre de lits hospitaliers et la distance au médecin généraliste le plus proche n'auraient pas ou peu d'influence.

Ce résultat suggère que les dysfonctionnements ne semblent pas liés à un manque de médecin en Suisse, mais plus à la compréhension de la gravité des situations qui peuvent mener à l'hôpital. Si ces résultats devaient se confirmer, on pourrait imaginer des mesures visant à améliorer les connaissances des patients sur leurs pathologies pour qu'ils sachent comment utiliser au mieux le système de santé (s'adresser aux bonnes personnes au bon moment). De telles mesures existent déjà pour accompagner les personnes migrantes par exemple. Des analyses plus fines seront nécessaires pour comprendre si le problème provient du fait que les malades consultent trop tard ou s'il leur manque des connaissances spécifiques à leurs pathologies, qui pourraient le cas échéant leur être apportée par les professionnels de santé.

Ces résultats sont globaux et il pourrait être intéressant de les reproduire dans le microcosme vaudois pour voir si l'on retrouve les mêmes forces à l'œuvre.

Une étude similaire pourrait être envisagée pour les réadmissions.

6.2.2 Gestion des médicaments

L'époque où les patients qui sortaient d'un hôpital avec plus de trois médicaments devait obtenir l'aval d'un spécialiste en pharmacologie clinique est révolue. Les pratiques médicales ont changé et le vieillissement de la population entraîne une plus grande fréquence des patients souffrant de maladies multiples. Certains auteurs considèrent toutefois qu'il s'agit d'une tendance inquiétante à prescrire trop de médicaments³⁶.

Les pharmacies alertent régulièrement les médecins traitants lorsqu'elles constatent que les patients se voient prescrire des médicaments susceptibles de provoquer des interactions néfastes et dangereuses.

Il existe plusieurs démarches visant à repérer les prescriptions inappropriées de médicaments (PIM), par exemple :

- les critères de Beers, prônés par la Société américaine de gériatrie pour les personnes de 65 ans et plus ;
- l'outil PRISCUS, développé en Allemagne, pour la même tranche d'âge avec une liste de médicaments partiellement différente de la précédente ;
- la liste de Laroche, utilisée en France pour les personnes de plus de 75 ans, avec une plus grande attention aux médicaments anticholinergiques et aux interactions
- la méthode NORGEF développée en Norvège pour les patients de plus de 70 résidant en EMS.

L'assureur maladie Helsana analyse régulièrement les prescriptions de ses assurés avec les deux premiers indicateurs. Les principales PIM concernent les somnifères et les anxiolytiques, mais aussi les anti-inflammatoires non stéroïdiens. Des aménagements paraissent nécessaires pour mieux tenir compte des recommandations de pratiques en Suisse (par exemple, en ne prescrivant qu'un AINS à la fois).

Ce problème de la polymédication est un sujet d'actualité, mais il ne semble pas qu'il soit particulièrement en cause pour les réadmissions, puisque ce facteur n'est invoqué que dans moins de 5% des cas.

³⁶ Neuner-Jehle S. La polypharmacie : une nouvelle épidémie. Rev Med Suisse 2016 ;12 :942-947.

Si le canton de Vaud souhaite s'attaquer à cette problématique, il faudrait le faire en coordination avec les assureurs qui disposent de bases de données sur les médicaments prescrits.

6.2.3 Coordination des acteurs dans la prise en charge des patients y compris les proche-aidants.

Le présent rapport n'a pas mis en évidence de lacunes graves et fréquentes dans la transmission des informations des hôpitaux aux médecins traitants ces dernières années.

Cela ne signifie pas pour autant que l'on soit sûr qu'il n'y ait plus de problèmes. Il faut en effet souligner que les revues de dossier ont permis de vérifier que les patients n'avaient en général pas été réadmis en raison d'un contact trop tardif avec un médecin traitant. Selon les revues de dossier, les lettres de sortie n'ont que rarement mis en évidence des informations lacunaires. La DGS avait demandé aux hôpitaux de documenter les délais de transmission des lettres de sortie et les informations disponibles (partielles) qui étaient souvent de plusieurs semaines. Etant donné que les informations urgentes sont transmises par Faxmed aux médecins traitants et qu'il existe une coordination avec les services à domicile pour les médicaments prescrits à la sortie, on peut imaginer que ces informations (très résumées) sont généralement suffisantes pour assurer un minimum de continuité des soins.

L'analyse effectuée à partir de la Statistique médicale ne permet pas d'obtenir des éléments sur cette question, il convient de rester prudent. Il est donc recommandé à la DGS de reprendre cette question avec les hôpitaux pour documenter, ne serait-ce que durant une certaine période, l'exhaustivité et la qualité des informations transmises par Faxmed³⁷.

Quant aux services à domicile, ils disposent d'instruments qui leur permettent de documenter les incidents (alarmes RAI) mais il ne leur est pas facile aujourd'hui de relier ces informations aux parcours de soins. Des travaux sont en cours en coordination entre la DGS et *Statistiques Vaud* pour voir ce qui pourrait être entrepris pour mieux mettre en relation les bases de données existantes tout en respectant une protection stricte des données (usage à des fins statistiques uniquement). Les indicateurs qui pourraient être reliés aux alarmes RAI seraient notamment : les taux d'hospitalisation selon leur justification, les taux de réadmissions potentiellement évitables et les scores d'évolution de l'état de santé des bénéficiaires (péjoration).

Quant à la problématique des proches-aidant, elle est difficile à documenter pour le moment. On peut espérer que lorsque des mécanismes incitatifs seront mis en place pour faciliter leur développement, on pourra disposer de données plus riches.

³⁷ Le CHUV publie des informations à ce sujet :

<https://rapportsannuels.chuv.ch/qualite/2018/3-1-le-faxmed-de-sortie>

Le résultat montre que l'envoi des informations n'est pas toujours immédiat. Par ailleurs, on ne connaît pas le degré de satisfaction des médecins installés, ni les résultats des autres hôpitaux et cliniques.

6.3 Description des missions des hôpitaux

Type	Catégorie	Libellé	Mission
UNI	CER2	Opération mineure du cerveau	NEURO-CHIRURGIE UNIVERSITAIRE
UNI	HYP2	Opération de l'hypophyse	NEURO-CHIRURGIE UNIVERSITAIRE
UNI	HEP4	Transplantation du foie	CHIRURGIE VISCERALE UNIVERSITAIRE
UNI	HEP3	Opération majeure du foie	CHIRURGIE VISCERALE UNIVERSITAIRE
UNI	GVA3	Opération des gros vaisseaux avec suppléance	CHIRURGIE CARDIAQUE UNIVERSITAIRE
UNI	DIA2	Opération du diaphragme	CHIRURGIE VISCERALE UNIVERSITAIRE
UNI	CRA2	Opération du crâne	NEURO-CHIRURGIE UNIVERSITAIRE
UNI	COR4	Transplantation du coeur	CHIRURGIE CARDIAQUE UNIVERSITAIRE
UNI	LAR3	Opération majeure du larynx	ORL UNIVERSITAIRE
UNI	CER3	Opération majeure du cerveau	NEURO-CHIRURGIE UNIVERSITAIRE
UNI	CAP3	Opération majeure de la chambre postérieure	OPHTALMOLOGIE UNIVERSITAIRE
UNI	B-zZ	Nouveau-né décédé le 1er jour de vie	NEONATOLOGIE UNIVERSITAIRE
UNI	B-nD	Nouveau-né de 1000-1499 g	NEONATOLOGIE UNIVERSITAIRE
UNI	B-nC	Nouveau-né de 1500-1999 g	NEONATOLOGIE UNIVERSITAIRE
UNI	B-aC	Malformation cardiaque du nouveau-né	NEONATOLOGIE UNIVERSITAIRE
UNI	AUE5	Implant cochléaire	ORL UNIVERSITAIRE
UNI	AUE4	Opération majeure de l'oreille interne ou moyenne	ORL UNIVERSITAIRE
UNI	Z-zP	Transplant recipient	MEDECINE DE TRANSPLANTATION
UNI	COR3	Opération cardiaque, avec suppléance	CHIRURGIE CARDIAQUE UNIVERSITAIRE
UNI	THO2	Opération du thorax	CHIRURGIE THORACIQUE UNIVERSITAIRE
UNI	B-nE	Nouveau-né de 600-999 g	NEONATOLOGIE UNIVERSITAIRE
UNI	N+tC	Traumatisme cérébral sévère	NEURO-CHIRURGIE UNIVERSITAIRE
UNI	Z-zG	Rejet de greffe	MEDECINE DE TRANSPLANTATION
UNI	Z-fD	Don d'organe	MEDECINE DE TRANSPLANTATION
UNI	VAS4	Circulation extra-corporelle	CHIRURGIE CARDIAQUE UNIVERSITAIRE
UNI	T-iB	Dermatose bulleuse étendue	DERMATOLOGIE UNIVERSITAIRE
UNI	THM2	Opération du thymus ou du médiastin	CHIRURGIE THORACIQUE UNIVERSITAIRE
UNI	T+tT	Brûlure du troisième degré ou étendue	DERMATOLOGIE UNIVERSITAIRE
UNI	ORB2	Opération de l'orbite	OPHTALMOLOGIE UNIVERSITAIRE
UNI	OCU3	Opération majeure du globe oculaire	OPHTALMOLOGIE UNIVERSITAIRE
UNI	VAL2	Opération de valve cardiaque	CHIRURGIE CARDIAQUE UNIVERSITAIRE
UNI	OES3	Opération majeure de l'oesophage	CHIRURGIE VISCERALE UNIVERSITAIRE
UNI	REN5	Transplantation de rein	CHIRURGIE UROLOGIQUE UNIVERSITAIRE

Type Catégorie Libellé			Mission
UNI	PAN2	Opération du pancréas	CHIRURGIE VISCERALE UNIVERSITAIRE
UNI	PHA3	Opération majeure du pharynx	ORL UNIVERSITAIRE
UNI	PUL4	Opération majeure du poumon	CHIRURGIE THORACIQUE UNIVERSITAIRE
UNI	PUL5	Transplantation de poumon	CHIRURGIE THORACIQUE UNIVERSITAIRE
UNI	REN4	Opération majeure du rein	CHIRURGIE UROLOGIQUE UNIVERSITAIRE
SPE	FAC3	Opération majeure des os de la face	CHIRURGIE PLASTIQUE SPECIALISEE
SPE	ANP2	Autre opération de stomie intestinale	CHIRURGIE VISCERALE
SPE	PEN3	Autre opération du pénis	UROLOGIE SPECIALISEE
SPE	PRO3	Opération chirurgicale de la prostate	UROLOGIE SPECIALISEE
SPE	OCU2	Opération mineure du globe oculaire	OPHTALMOLOGIE SPECIALISEE
SPE	NER3	Opération d'un nerf	NEURO-CHIRURGIE
SPE	LIE2	Opération de la rate	CHIRURGIE VISCERALE
SPE	INT4	Résection ou anastomose de l'intestin grêle	CHIRURGIE VISCERALE
SPE	INT3	Autre opération majeure de l'intestin grêle	CHIRURGIE VISCERALE
SPE	INC4	Colostomie	CHIRURGIE VISCERALE
SPE	GVA2	Opération des gros vaisseaux sans suppléance	CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE
SPE	P+xS	Abus de substances, avec complication	PSYCHIATRIE SPECIALISEE
SPE	FAC2	Opération mineure des os de la face	CHIRURGIE PLASTIQUE SPECIALISEE
SPE	CRU4	Amputation du membre inférieur	ORTHOPEDIE SPECIALISEE
SPE	COR2	Opération cardiaque, sans suppléance	CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE
SPE	CON3	Greffe de cornée	OPHTALMOLOGIE SPECIALISEE
SPE	CON2	Opération de la conjonctive	OPHTALMOLOGIE SPECIALISEE
SPE	COL3	Opération majeure de la colonne vertébrale	NEURO-CHIRURGIE
SPE	CAP2	Opération mineure de la chambre postérieure	OPHTALMOLOGIE SPECIALISEE
SPE	CAA2	Opération de la chambre antérieure	OPHTALMOLOGIE SPECIALISEE
SPE	ARC3	Pontage aorto-coronarien	CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE
SPE	PUL3	Opération mineure du poumon	CHIRURGIE THORACIQUE
SPE	STO4	Gastrostomie	CHIRURGIE VISCERALE
SPE	BIL5	Autre opération chirurgicale des voies biliaires	CHIRURGIE VISCERALE
SPE	URE3	Opération chirurgicale de l'uretère	UROLOGIE SPECIALISEE
SPE	Y-tO	Traumatisme de l'oeil	OPHTALMOLOGIE SPECIALISEE
SPE	VES5	Cystectomie radicale	UROLOGIE SPECIALISEE
SPE	VES4	Reconstruction de la vessie	UROLOGIE SPECIALISEE
SPE	VES3	Opération majeure de la vessie, sauf reconstruction	UROLOGIE SPECIALISEE
SPE	VAS6	Reconstruction des petits vaisseaux	CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE
SPE	SPI3	Opération majeure de la moelle épinière	NEURO-CHIRURGIE
SPE	URT3	Opération chirurgicale de l'urètre	UROLOGIE SPECIALISEE
SPE	P-zA	Anorexie mentale	PSYCHIATRIE SPECIALISEE
SPE	TRA4	Opération de la trachée, sauf trachéostomie	CHIRURGIE THORACIQUE
SPE	STO5	Résection ou anastomose de l'estomac	CHIRURGIE VISCERALE
SPE	STO3	Autre opération chirurgicale de l'estomac	CHIRURGIE VISCERALE
SPE	S+dl	Syndrome d'immuno-déficience acquise	HEMATOLOGIE SPECIALISEE

Type	Catégorie	Libellé	Mission
SPE	VAS5	Opération majeure des petits vaisseaux, sauf reconstruction	CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE
SPE	REC3	Opération majeure du rectum	CHIRURGIE VISCERALE
SPE	S+iZ	Infection sévère	HEMATOLOGIE SPECIALISEE
SPE	SAL2	Opération des glandes salivaires	ORL SPECIALISEE
SPE	SCA2	Opération de l'épaule	ORTHOPEDIE SPECIALISEE
SPE	SCA3	Prothèse de l'épaule	ORTHOPEDIE SPECIALISEE
SPE	S-ft	Coagulation intravasculaire disséminée	HEMATOLOGIE SPECIALISEE
SPE	SIN2	Opération des sinus	ORL SPECIALISEE
SPE	S-iS	Septicémie sans complication	HEMATOLOGIE SPECIALISEE
SPE	SPI2	Opération mineure de la moelle épinière	NEURO-CHIRURGIE
SPE	S-dL	Agranulocytose ou aplasie médullaire	HEMATOLOGIE SPECIALISEE
INT	B+nZ	Nouveau-né avec problème majeur	NEONATOLOGIE
INT	C-tC	Autre affection cardiaque	CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE
INT	C-sC	Autre ischémie aiguë du cœur	CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE
INT	C-oC	Occlusion d'une artère carotide ou cérébrale	CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE
INT	C-fC	Choc	CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE
INT	C-dH	Anévrisme rompu des gros vaisseaux	CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE
INT	C-aC	Malformation cardiaque, sauf nouveau-né	CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE
INT	ARC1	Artériographie ou thrombolyse coronaire	CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE
INT	B-nB	Nouveau-né de 2000-2199 g	NEONATOLOGIE
INT	ARC2	Opération endovasculaire des coronaires	CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE
INT	COR1	Cathétérisme ou angiographie cardiaque	CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE
INT	C-zA	Arythmie cardiaque	CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE
INT	C+sC	Infarctus aigu du myocarde	CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE
INT	C-iC	Inflammation du coeur	CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE
INT	N-hC	Hémorragie cérébrale non traumatique	NEUROLOGIE INTENSIVE
INT	U-fr	Néphropathie aiguë	NEPHROLOGIE INTENSIVE
INT	U-dT	Insuffisance rénale terminale	NEPHROLOGIE INTENSIVE
INT	U-dR	Néphropathie chronique	NEPHROLOGIE INTENSIVE
INT	TRA2	Assistance ventilatoire	PNEUMOLOGIE INTENSIVE
INT	R-tT	Traumatisme thoracique	PNEUMOLOGIE INTENSIVE
INT	R-sP	Embolie pulmonaire	PNEUMOLOGIE INTENSIVE
INT	N-sC	Accident vasculaire cérébral	NEUROLOGIE INTENSIVE
INT	R-fr	Insuffisance respiratoire aiguë	PNEUMOLOGIE INTENSIVE
INT	N-iC	Encéphalite et méningite	NEUROLOGIE INTENSIVE
INT	N-sT	Ischémie cérébrale transitoire	NEUROLOGIE INTENSIVE
INT	PUL2	Opération par bronchoscopie	PNEUMOLOGIE INTENSIVE
INT	REN2	Dialyse rénale	NEPHROLOGIE INTENSIVE
COU	GEN3	Autre opération arthroscopique du genou	ORTHOPEDIE
COU	GEN2	Excision de lésion du genou	ORTHOPEDIE
COU	F-pV	Avortement	GYNECOLOGIE
COU	D-ol	Occlusion intestinale	GASTROENTEROLOGIE INTERVENTIONNELLE
COU	F-iO	Infection de l'ovaire	GYNECOLOGIE
COU	F-pG	Grossesse	GYNECOLOGIE
COU	F-pA	Accouchement	GYNECOLOGIE

Type	Catégorie	Libellé	Mission
COU	F-mM	Tumeur maligne du sein	ONCOLOGIE
COU	F-mG	Tumeur maligne des organes génitaux	ONCOLOGIE
COU	F-pP	Risque d'accouchement prématuré	GYNECOLOGIE
COU	E+dD	Diabète avec complication	ANGIOLOGIE
COU	D-zZ	Autre affection digestive	GASTROENTEROLOGIE INTERVENTIONNELLE
COU	D-mR	Tumeur maligne du rectum ou de l'anus	ONCOLOGIE
COU	D-zH	Hernie sans complication	GASTROENTEROLOGIE INTERVENTIONNELLE
COU	D-mS	Tumeur maligne de l'estomac	ONCOLOGIE
COU	GEN4	Opération chirurgicale du genou	ORTHOPEDIE
COU	D-mI	Tumeur maligne de l'intestin	ONCOLOGIE
COU	D-iP	Péritonite	GASTROENTEROLOGIE INTERVENTIONNELLE
COU	DIG2	Opération mineure des doigts	CHIRURGIE PLASTIQUE
COU	DIG3	Opération majeure des doigts	CHIRURGIE PLASTIQUE
COU	D-zT	Autre affection de l'intestin grêle	GASTROENTEROLOGIE INTERVENTIONNELLE
COU	INC2	Opération mineure du gros intestin	GASTROENTEROLOGIE INTERVENTIONNELLE
COU	LYM2	Autre opération des ganglions	CHIRURGIE GENERALE
COU	L-tZ	Autre traumatisme sévère	CHIRURGIE GENERALE
COU	L-tV	Traumatisme de la colonne vertébrale	CHIRURGIE GENERALE
COU	L-tT	Traumatisme de la tête	CHIRURGIE GENERALE
COU	L-tC	Fracture du bassin	CHIRURGIE GENERALE
COU	L-iO	Infection de l'appareil locomoteur	ANGIOLOGIE
COU	L-dV	Dégénérescence vertébrale	ANGIOLOGIE
COU	LAR2	Opération mineure du larynx	ORL
COU	L+iL	Inflammation sévère de l'appareil locomoteur	ANGIOLOGIE
COU	L+dO	Dégénérescence osseuse sévère	ANGIOLOGIE
COU	H-iH	Hépatite ou abcès du foie	ANGIOLOGIE
COU	INC3	Opération majeure du gros intestin, sauf colostomie	CHIRURGIE GENERALE
COU	H-dH	Cirrhose hépatique	ANGIOLOGIE
COU	H-zH	Autre affection hépatique	ANGIOLOGIE
COU	H-oB	Obstruction biliaire non compliquée	ANGIOLOGIE
COU	H-mP	Tumeur maligne du pancréas	ONCOLOGIE
COU	H-mH	Tumeur maligne du foie	ONCOLOGIE
COU	CUT4	Grefe de peau, avec lambeau	CHIRURGIE PLASTIQUE
COU	H-iP	Pancréatite aiguë	ANGIOLOGIE
COU	D-iD	Infection digestive spécifiée	GASTROENTEROLOGIE INTERVENTIONNELLE
COU	H-iB	Cholécystite ou angiocholite	ANGIOLOGIE
COU	HEP2	Opération mineure du foie	CHIRURGIE GENERALE
COU	H-dP	Pancréatite chronique	ANGIOLOGIE
COU	INT2	Opération mineure de l'intestin grêle	GASTROENTEROLOGIE INTERVENTIONNELLE
COU	ANU4	Opération majeure de l'anus	CHIRURGIE GENERALE

Type	Catégorie	Libellé	Mission
COU	BRA3	Autre opération de l'avant-bras	ORTHOPEDIE
COU	B-nZ	Nouveau-né avec problème mineur	GYNECOLOGIE
COU	B-nA	Nouveau-né sans problème	GYNECOLOGIE
COU	BIL4	Cholécystectomie chirurgicale	CHIRURGIE GENERALE
COU	BIL3	Opération endoscopique des voies biliaires	GASTROENTEROLOGIE INTERVENTIONNELLE
COU	BIL2	Cholécystectomie laparoscopique	CHIRURGIE GENERALE
COU	AUE3	Opération mineure de l'oreille	ORL
COU	AUE2	Opération du tympan	ORL
COU	ART3	Opération majeure d'une articulation	ORTHOPEDIE
COU	C-zV	Autres affections des vaisseaux	ANGIOLOGIE
COU	APP2	Opération de l'appendice	CHIRURGIE GENERALE
COU	BUC3	Opération majeure de la bouche	ORL
COU	ANU3	Opération mineure de l'anus	CHIRURGIE GENERALE
COU	ANU2	Opération des hémorroïdes	CHIRURGIE GENERALE
COU	ABD5	Opération majeure de la paroi abdominale	CHIRURGIE GENERALE
COU	ABD4	Cure de hernie de la paroi abdominale, bilatérale	CHIRURGIE GENERALE
COU	ABD3	Cure de hernie de la paroi abdominale, unique	CHIRURGIE GENERALE
COU	ABD2	Cure de hernie ombilicale sans prothèse	CHIRURGIE GENERALE
COU	ABD1	Laparoscopie	CHIRURGIE GENERALE
COU	LYM3	Excision radicale des ganglions	CHIRURGIE GENERALE
COU	N-tC	Traumatisme cérébral mineur	CHIRURGIE GENERALE
COU	ART2	Opération mineure d'une articulation	ORTHOPEDIE
COU	COX5	Prothèse de hanche	ORTHOPEDIE
COU	DEN2	Autre opération des dents	ORL
COU	D-di	Diverticule compliqué ou fistule intestinale	GASTROENTEROLOGIE INTERVENTIONNELLE
COU	D-dD	Hémorragie digestive	GASTROENTEROLOGIE INTERVENTIONNELLE
COU	D+il	Ulcère gastro-intestinal compliqué	GASTROENTEROLOGIE INTERVENTIONNELLE
COU	C-zG	Autre affection des gros vaisseaux	ANGIOLOGIE
COU	CUT3	Grefe de peau, sans lambeau	CHIRURGIE PLASTIQUE
COU	CUT2	Débridement	CHIRURGIE GENERALE
COU	C-sV	Gangrènes	ANGIOLOGIE
COU	CRY2	Opération du cristallin	OPHTALMOLOGIE
COU	BRA4	Autre opération du bras	ORTHOPEDIE
COU	CRU2	Opération mineure de la jambe	ORTHOPEDIE
COU	BUC2	Opération mineure de la bouche	ORL
COU	COX4	Opération majeure de la hanche, sauf prothèse	ORTHOPEDIE
COU	COX3	Opération mineure de la hanche	ORTHOPEDIE
COU	COX2	Réduction fermée de luxation de la hanche	ORTHOPEDIE
COU	C-oV	Thrombo-embolie des membres	ANGIOLOGIE
COU	COL2	Opération mineure de la colonne vertébrale	ORTHOPEDIE
COU	C-oG	Autre thrombo-embolie	ANGIOLOGIE
COU	C-dG	Autre anévrisme	ANGIOLOGIE
COU	C-dC	Insuffisance cardiaque	ANGIOLOGIE

Type	Catégorie	Libellé	Mission
COU	C+fV	Hypertension sévère	ANGIOLOGIE
COU	D-iC	Entéro-colite inflammatoire	GASTROENTEROLOGIE INTERVENTIONNELLE
COU	CRU3	Autre opération majeure de la jambe	ORTHOPEDIE
COU	STO2	Opération endoscopique de l'estomac	GASTROENTEROLOGIE INTERVENTIONNELLE
COU	TRA3	Trachéostomie	CHIRURGIE GENERALE
COU	TON2	Opération des amygdales ou végétations	ORL
COU	T-mS	Tumeur maligne de la peau	ONCOLOGIE
COU	THR3	Opération de la thyroïde ou des parathyroïdes	CHIRURGIE GENERALE
COU	THR2	Biopsie de la thyroïde	CHIRURGIE GENERALE
COU	TES3	Résection ou excision des testicules	UROLOGIE
COU	TES2	Opération des testicules	UROLOGIE
COU	T-dS	Ulcère de la peau	ANGIOLOGIE
COU	T-dD	Ulcère de décubitus	ANGIOLOGIE
COU	R-mP	Tumeur maligne du poumon	ONCOLOGIE
COU	S-zT	Autres troubles de la coagulation	ANGIOLOGIE
COU	U-mU	Tumeur maligne des organes uro-génitaux	ONCOLOGIE
COU	S-mS	Leucémie myéloïde aiguë	ONCOLOGIE
COU	S-mO	Métastase osseuse	ONCOLOGIE
COU	S-mM	Leucémie lymphoïde aiguë	ONCOLOGIE
COU	S-mL	Lymphome et autre tumeur du sang	ONCOLOGIE
COU	S-iZ	Infection bactérienne	ANGIOLOGIE
COU	S-fM	Affection métabolique ou de la thermorégulation	ANGIOLOGIE
COU	S-dS	Cachexie	ANGIOLOGIE
COU	SAN2	Opération de la moelle osseuse	ONCOLOGIE
COU	R-zZ	Autre affection pulmonaire	ANGIOLOGIE
COU	T+iS	Abcès de la peau	ANGIOLOGIE
COU	VES2	Opération endoscopique de la vessie	UROLOGIE
COU	Z-zR	Réadaptation et soins palliatifs	ANGIOLOGIE
COU	Z-tZ	Traumatisme du rein ou d'un organe interne non spécifié	CHIRURGIE GENERALE
COU	Z-mZ	Autres tumeurs malignes	ONCOLOGIE
COU	Z-mR	Radiothérapie	ONCOLOGIE
COU	Z-mM	Métastase non osseuse	ONCOLOGIE
COU	Z-mC	Chimiothérapie	ONCOLOGIE
COU	Z+zX	Intoxication	ANGIOLOGIE
COU	N-mN	Tumeur des nerfs	ONCOLOGIE
COU	Y-iO	Infection de l'œil	OPHTALMOLOGIE
COU	T-tT	Plaie et autre brûlure non superficielles	CHIRURGIE GENERALE
COU	VUL2	Incision ou excision de la vulve	GYNECOLOGIE
COU	U+iU	Infection urinaire sévère	ANGIOLOGIE
COU	VAS3	Autre opération mineure de petits vaisseaux	CHIRURGIE GENERALE
COU	VAS2	Cure de varices des membres	CHIRURGIE GENERALE
COU	VAG2	Autre opération du vagin	GYNECOLOGIE
COU	U-zV	Affection de la vessie	ANGIOLOGIE

Type	Catégorie	Libellé	Mission
COU	UTE3	Opération majeure de l'utérus	GYNECOLOGIE
COU	UTE2	Opération mineure de l'utérus	GYNECOLOGIE
COU	URT2	Opération endoscopique de l'urètre	UROLOGIE
COU	URE2	Opération endoscopique de l'uretère	UROLOGIE
COU	U-oU	Obstruction des voies urinaires	ANGIOLOGIE
COU	VUL3	Autre opération de la vulve	GYNECOLOGIE
COU	L-zC	Autre affection de la colonne	ANGIOLOGIE
COU	NAS3	Autre opération du nez	ORL
COU	O+iO	Infection ORL sévère	ORL
COU	N-zM	Affection de la moelle épinière	ANGIOLOGIE
COU	N-zC	Autre affection du cerveau	ANGIOLOGIE
COU	N-oC	Hydrocéphalie	ANGIOLOGIE
COU	N-mC	Tumeur maligne du cerveau	ONCOLOGIE
COU	N-iM	Syndrome de Guillain-Barré	ANGIOLOGIE
COU	NER2	Libération du canal carpien	CHIRURGIE GENERALE
COU	NER1	Injection dans un nerf	ANGIOLOGIE
COU	N-dM	Paralysie étendue	ANGIOLOGIE
COU	OES2	Opération mineure de l'oesophage	GASTROENTEROLOGIE INTERVENTIONNELLE
COU	NAS4	Opération majeure du nez	ORL
COU	MAN3	Opération majeure de la main	CHIRURGIE PLASTIQUE
COU	NAS2	Contrôle d'epistaxis	ORL
COU	MUS3	Autre opération des muscles	ORTHOPEDIE
COU	MUS2	Excision ou suture des muscles	ORTHOPEDIE
COU	MAN2	Opération mineure de la main	CHIRURGIE PLASTIQUE
COU	MAM4	Résection du sein avec évidement ganglionnaire	CHIRURGIE PLASTIQUE
COU	MAM3	Résection du sein sans évidement ganglionnaire	CHIRURGIE PLASTIQUE
COU	MAM2	Opération mineure du sein	GYNECOLOGIE
COU	R-iP	Autre infection pulmonaire	ANGIOLOGIE
COU	Y-zP	Affection de la chambre postérieure de l'œil	OPHTALMOLOGIE
COU	N-bC	Tumeur bénigne du cerveau	ANGIOLOGIE
COU	PRO2	Opération endoscopique de la prostate	UROLOGIE
COU	REN3	Opération mineure du rein	UROLOGIE
COU	REC2	Opération mineure du rectum	GASTROENTEROLOGIE INTERVENTIONNELLE
COU	MAM5	Reconstruction du sein	CHIRURGIE PLASTIQUE
COU	O-mO	Tumeur maligne ORL	ONCOLOGIE
COU	R-dR	Autres insuffisances respiratoires	ANGIOLOGIE
COU	R-dP	Maladie interstielle du poumon	ANGIOLOGIE
COU	PHA2	Opération mineure du pharynx	ORL
COU	P-fH	Psychose, hallucination et délire	PSYCHIATRIE
COU	PER2	Opération du péritoine	CHIRURGIE GENERALE
COU	PEN2	Circoncision	UROLOGIE
COU	PED4	Amputation d'orteil	ORTHOPEDIE
COU	OSS6	Fixateur externe	CHIRURGIE GENERALE

Type	Catégorie	Libellé	Mission
COU	OSS4	Excision d'os non spécifié	ORTHOPEDIE
COU	PED3	Opération majeure du pied	ORTHOPEDIE
COU	OSS5	Autre opération d'un os non spécifié	ORTHOPEDIE
COU	OSS3	Ablation de matériel d'ostéosynthèse	ORTHOPEDIE
COU	OSS2	Biopsie osseuse	ORTHOPEDIE
COU	OVA2	Opération mineure de l'ovaire	GYNECOLOGIE
COU	OVA3	Opération majeure de l'ovaire	GYNECOLOGIE
COU	PAL2	Opération de la paupière	CHIRURGIE PLASTIQUE
COU	PAR2	Césarienne	GYNECOLOGIE
COU	PED2	Opération mineure du pied	ORTHOPEDIE
AMB	L-dG	Dégénérescence du genou	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB	N-dP	Maladie de Parkinson	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB	L-fV	Dorsalgie	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB	L-iG	Goutte et arthopathies secondaires	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB	L-iL	Polyarthrite et autre inflammation	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB	L-tB	Traumatisme du bras et de l'avant-bras	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB	L-dO	Dégénérescence d'autres os	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB	L-tJ	Traumatisme de la jambe	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB	L-tL	Autre traumatisme locomoteur	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB	N-fN	Névralgie	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB	N-dC	Dégénérescence du cerveau	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB	N-fE	Epilepsie	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB	N-fM	Migraine	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB	N-oR	Compression radiculaire	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB	INT1	Endoscopie de l'intestin grêle	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB	D-fZ	Trouble digestif fonctionnel	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB	N-iS	Sclérose en plaques	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB	L-zM	Affection musculaire	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB	D-il	Gastro-entérite ou ulcère gastro-intestinal non compliqué	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB	BIL1	Endoscopie des voies biliaires	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB	T-zZ	Autre affection de la peau	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB	N-zS	Trouble cérébral	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB	BRA2	Réduction fermée de fracture du membre supérieur	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB	C-fV	Hypertension non sévère	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB	C-sA	Trouble des artères coronaires	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB	CUT1	Opération mineure des téguments	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB	D-zO	Autre affection de l'oesophage	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB	DEN1	Extraction dentaire	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB	INC1	Endoscopie du gros intestin	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB	E-dD	Diabète sans complication	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB	E-fT	Troubles thyroïdiens	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB	E-zS	Autre affection endocrinienne	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB	F-bZ	Tumeur bénigne féminine	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB	F-iZ	Autre infection gynécologique	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB	F-zZ	Autre affection féminine	AMBULATOIRE - ADULTES

Type	Catégorie	Libellé	Mission
AMB H-fB		Autres troubles biliaires	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB C-zS		Autres troubles circulatoires	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB Y-zZ		Autre affection de l'œil	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB T-tS		Blessure superficielle	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB T-iT		Inflammation de la peau	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB T-zT		Obésité	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB U-bP		Hyperplasie de la prostate	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB U-iU		Infection urinaire mineure	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB U-zU		Autre affection urinaire	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB VAS1		Autre artériographie ou cathétérisme	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB S-zA		Autre anémie	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB Y-dO		Glaucome	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB STO1		Endoscopie de l'estomac	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB Z-iC		Infection à coronavirus	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB Z-iZ		Infection non classée ailleurs	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB Z-zD		Douleur	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB Z-zM		Sans information valide	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB Z-zX		Accident	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB Z-zZ		Troubles divers	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB ART1		Arthroscopie ou arthrocentèse	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB VES1		Endoscopie de la vessie	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB R-iB		Bronchite chronique et asthme	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB O-iO		Autre infection ORL	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB ORL1		Endoscopie ORL	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB O-zV		Vertige et surdité	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB P-dZ		Démence	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB P-tD		Dépression	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB PUL1		Bronchoscopie	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB P-xA		Abus d'alcool, sans complication	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB T-iS		Infection localisée de la peau	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB P-zZ		Autre trouble psychique	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB OES1		Endoscopie de l'oesophage	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB R-iZ		Grippe ou bronchite aiguë	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB R-zR		Autre trouble respiratoire	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB SAN1		Transfusion	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB S-dI		Autre trouble immun	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB S-fA		Anémie carencielle	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB S-fL		Hyperlipidémie	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB S-fZ		Trouble du métabolisme ou sanguin	AMBULATOIRE - ADULTES
AMB P-xS		Autre abus de substances, sans complication	AMBULATOIRE - ADULTES

Les huit éléments essentiels
à l'élaboration d'une PSNQ

