

Indicateur de qualité non recommandés n°1

Proportion de réhospitalisations évitables

À l'instar de l'indicateur utilisé par l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ)

L'indicateur a pour objectif d'identifier les hospitalisations potentiellement évitables et d'obtenir une amélioration de la qualité en analysant les causes (suivant l'exemple de l'indicateur utilisé par l'ANQ).

Numérateur Nombre de réhospitalisations évitables dans les 30 jours après la sortie de l'hôpital

Dénominateur Nombre de réhospitalisations évitables attendues dans les 30 jours après la sortie de l'hôpital

Intervalle Annuellement

Description

La notion de «réhospitalisation potentiellement évitable» est couramment utilisée. Elle désigne le fait qu'un(e) patient(e) est de nouveau hospitalisé(e) peu de temps après sa sortie alors que le traitement stationnaire était considéré comme terminé, et que la raison de la réadmission aurait pu être évitée [1, 2].

Analyse et points critiques de l'indicateur (selon MacLean CH, NEJM 2018)

Domaines	Signification	Appréciation	Motifs
1	Importance: l'utilisation de l'indicateur entraînera une amélioration mesurable et significative des critères cliniques (impact important, écart de performance)	Oui	Éviter les facteurs qui conduisent à une réhospitalisation évitable: achèvement insuffisant d'un traitement stationnaire aigu, complications iatrogènes des traitements aigus, gestion insuffisante des sorties pour assurer un suivi adéquat.
2	Traitement approprié: éviter la surutilisation et la sous-utilisation	Oui	Si l'on parvient à optimiser les processus pour éviter les réhospitalisations qui ne sont pas nécessaires, on évite une surutilisation de ressources médicales.
3	Preuve clinique de haute qualité	Non	Il manque à ce jour des études randomisées montrant que l'utilisation de l'indicateur a permis de mettre en œuvre des mesures qui auraient empêché une réhospitalisation évitable.

Domaines	Signification	Appréciation	Motifs
4	Validité et fiabilité	Non	Pour qu'une mesure soit utile à l'amélioration de la qualité, l'indicateur doit permettre d'identifier les réhospitalisations réellement potentiellement évitables. Développée en Suisse, la méthode SQLape® est actuellement utilisée par l'association ANQ pour comparer les hôpitaux suisses. La capacité discriminatoire de cette méthode n'a été jugée que modérée (statistique C de 0.72) [2]. De plus, la méthode de classification des cas n'est pas compréhensible.
5	Applicabilité: peut être influencée par les médecins, est applicable (clarté, charge de travail)	Non	Les données de l'enquête ANQ au moyen de la méthode SQLape® sont basées sur les données de la «Statistique médicale des hôpitaux» de l'Office fédéral suisse de la statistique. Il s'agit d'extraits de données administratives de routine (codes CIM-10 et codes CHOP relatifs aux patients). L'analyse des données est effectuée chaque année avec un délai de 2 à 3 ans.

Bibliographie

1. Zhou H, *Utility of models to predict 28-day or 30-day unplanned hospital readmissions: an updated systematic review*. BMJ Open 2016
2. Halfon P, *Validation of the potentially avoidable hospital readmission rate as a routine indicator of the quality of hospital care*. Med Care 2006
3. Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ), *Rapport comparatif national SQLape réhospitalisation OFS 2018, version 1.1*. https://results.anq.ch/fileadmin/documents/anq/16/20201201_ANQakut_Nationaler_Vergleichsbericht_SQLape_Rehospitalisation_BFS_2018_V1.1.pdf
4. Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ), *Opportunités et limites des mesures de la qualité de l'ANQ, 2020*. https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2017/12/ANQ_Chancen_Grenzen_Messungen.pdf
5. Heller R, *ANQ mesure des soins somatiques aigus – réhospitalisation SQLAPE, 2020*. https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2020/10/ANQ-Info_Rehospitalisationen_Verzögerung-Publikation_Oktober20.pdf

Conclusion

Sur la base des points susmentionnés, la commission de qualité a conclu que l'indicateur actuellement utilisé n'était pas approprié pour contrôler la pratique clinique et stimuler un cycle PDCA. L'analyse détaillée figure à l'annexe.

Critères d'évaluation

- orientation en fonction des directives et normes validées
- présentation de la qualité sur la base d'indicateurs
- évaluation par un tiers
- orientation vers le patient (Patient Reported Outcome)
- benchmarking
- prise en compte de plusieurs perspectives
- peer-review
- cycle PDCA
- déclarations sur la qualité du résultat

ANNEXE

Proportion de réhospitalisations évitables

Description

La notion de «réhospitalisation potentiellement évitable» est couramment utilisée. Elle désigne le fait qu'un(e) patient(e) est de nouveau hospitalisé(e) peu de temps après sa sortie alors que le traitement stationnaire était considéré comme terminé, et que la raison de la réadmission aurait pu être évitée. Il s'agit essentiellement de cas dans lesquels:

- le traitement initial en hospitalisation pour soins aigus n'était pas totalement terminé par la faute des thérapeutes (par exemple sortie avant l'obtention d'un état de santé stable) et qu'il existait un risque prévisible modéré à élevé de nouvelle détérioration de l'état de santé, qui ne pouvait pas être soigné de manière adéquate dans le contexte ultérieur (ce que l'on appelle une «sortie sanglante»);
- le traitement initial en hospitalisation aiguë entraîne des complications iatrogènes qui auraient été initialement évitables ou dont les effets auraient pu être limités par des mesures spécifiques de manière à ne pas altérer l'état de santé au point de nécessiter un traitement stationnaire;
- la gestion de la sortie était insuffisante, c'est-à-dire que le personnel hospitalier n'a pas pris suffisamment de mesures pour permettre au patient, aux soignants éventuels et aux soignants assurant le suivi de maintenir un état de santé ne nécessitant pas de traitement stationnaire.

On suppose habituellement une fenêtre temporelle de 30 jours après la sortie de l'hôpital [1], au cours de laquelle une réhospitalisation est considérée comme évitable par des mesures appropriées.

Sont exclues de la définition des réhospitalisations potentiellement évitables:

- les réhospitalisations prévues (p. ex. en cas de mesures thérapeutiques stationnaires fournies en deux temps);
- les réhospitalisations après une sortie anticipée à la demande du patient;
- les réhospitalisations en cas d'évolutions pathologiques inévitables et impossibles à déterminer dans le temps (maladies chroniques, incurables, situations de soins palliatifs);

- les réhospitalisations en raison d'autres pathologies préexistantes, dont l'évolution nécessitant une hospitalisation n'était pas prévisible au moment de la sortie (p. ex. hospitalisation initiale pour des lombalgies immobilisantes et réhospitalisation pour un infarctus du myocarde dans un contexte de cardiopathie coronarienne précédemment stable);
- les réhospitalisations en raison de l'apparition de nouvelles douleurs (y compris traumatisme) sans association à des douleurs ou traitements préexistants (p. ex. hospitalisation initiale en cas de lombalgies immobilisantes et réhospitalisation en cas d'infarctus du myocarde sans cardiopathie coronarienne connue);
- les réhospitalisations en raison d'évolutions potentiellement évitables, bien que les traitements hospitaliers aient assuré la meilleure gestion possible des sorties (p. ex. manque d'observance thérapeutique du/de la patient(e), erreurs du/des soignants).

Le taux de «réhospitalisations potentiellement évitables» est considéré comme un indicateur de résultat pour la quantification d'un aspect partiel de la qualité des soins dans les hôpitaux. Dans ce contexte, la survenue de réhospitalisations potentiellement évitables est assimilée à une négligence des mesures prophylactiques, caractéristique de mauvaise qualité des traitements. Inversement, l'absence de réhospitalisations potentiellement évitables est supposée être le résultat de mesures prophylactiques mises en œuvre de manière optimale, caractéristique indiquant une bonne qualité du traitement.

Vérification et mise en œuvre dans le quotidien du cabinet

Selon une analyse systématique de la littérature spécialisée, il existe 73 méthodes différentes pour détecter les hospitalisations non planifiées [1], la plupart présentant de fortes limitations. Toutefois, pour qu'une mesure soit utile à l'amélioration de la qualité, l'indicateur doit avoir de bonnes capacités discriminatoires et identifier les réhospitalisations réellement potentiellement évitables dans un ensemble de données. Développée en Suisse, la méthode SQLape® est actuellement utilisée par l'association ANQ pour comparer les hôpitaux suisses. La capacité discriminatoire de cette méthode a été jugée modérée (statistique C de 0.72) [2]. Une analyse pilote réalisée à l'Hôpital de l'Île de Berne a toutefois montré que la grande majorité des réhospitalisations potentiellement évitables identifiées par SQLape® avaient été classifiées comme telles par erreur (p. ex. réadmissions planifiées) ou étaient médicalement inévitables (données non publiées). Les données de l'enquête ANQ au moyen de la méthode SQLape® sont basées sur les relevés de la «Statistique médicale des hôpitaux» de l'Office fédéral de la statistique (OFS). Il s'agit d'extraits de données administratives de routine (codes CIM-10 et codes Chop spécifiques aux patients) qui sont fournis à l'OFS par tous les hôpitaux, l'analyse annuelle des données concernant les réhospitalisations potentiellement évitables de l'ANQ ayant lieu dans un délai de deux à trois ans.

Critique et conclusion

Pour qu'un cycle PDCA puisse être initié et contrôlé, un indicateur doit saisir clairement ou avec une grande précision un résultat, et les résultats doivent être disponibles rapidement. Le concept consistant à considérer le taux d'hospitalisations potentiellement évitables comme une image négative congruente de la qualité du traitement est problématique en soi. Même si la qualité de traitement est la plus élevée supposée, il y aura toujours un taux minimal d'hospitalisations évitables. La méthode actuellement utilisée (SQLape®) présente des problèmes quant à la capacité discriminatoire de saisie du critère, elle n'est pas corrigée des facteurs de confusion connus. De plus, les résultats sont disponibles trop tard (deux à trois ans de délai). La méthode SQLape® n'est pas corrélée avec la qualité du traitement car le «taux attendu» de réhospitalisations est basé sur des données obsolètes (données de l'OFS des années 2014–2016 [3]). L'association ANQ a elle-même publié les «limites» de l'enquête [4]: «Récolte des données: il n'est pas toujours possible de définir clairement quelles réadmissions sont évitables ou non. (...) Ajustement au risque: il est impossible d'effectuer une comparaison des taux observés dans des hôpitaux ou cliniques isolés, car le profil de risque des patient-e-s diffère d'une institution à l'autre.»

Bibliographie

1. Zhou H, *Utility of models to predict 28-day or 30-day unplanned hospital readmissions: an updated systematic review*. BMJ Open 2016
2. Halfon P, *Validation of the potentially avoidable hospital readmission rate as a routine indicator of the quality of hospital care*. Med Care 2006
3. Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ), *Rapport comparatif national SQLape réhospitalisation OFS 2018, version 1.1*. https://results.anq.ch/fileadmin/documents/anq/16/20201201_ANQakut_Nationaler_Vergleichsbericht_SQLape_Rehospitalisation_BFS_2018_V1.1.pdf
4. Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ), *Opportunités et limites des mesures de la qualité de l'ANQ, 2020*. https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2017/12/ANQ_Chancen_Grenzen_Messungen.pdf
5. Heller R, *ANQ mesure des soins somatiques aigus – réhospitalisation SQLAPE, 2020*. https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2020/10/ANQ-Info_Rehospitalisationen_Verzögerung-Publikation_Oktober20.pdf