

---

# Concept de publication Réadmissions potentiellement évitables SQLape

---

## Annexe 4

Août 2017, version 1.0

Le présent « Concept de publication Réadmissions potentiellement évitables SQLape » version 1.0 fait partie intégrante du document de base « Publications de l'ANQ : principes et exigences » et fait office d'annexe 4.

Suite à la consultation, le concept de publication « Réadmissions potentiellement évitables SQLape » v. 1.0 a été approuvé par le Comité de l'ANQ le 13.12.2017.

## Table des matières

---

1. Introduction .....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
2. Messages clé.....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
2.1 Remarques préliminaires sur la méthode SQLape.....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
2.2 Remarques préliminaires sur le calcul des résultats représentés .....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
2.3 Représentation des résultats sur le site Internet .....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
2.4 Résumé du « Rapport comparatif national » .....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
2.5 Communiqué de presse.....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
3. Messages secondaires .....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
4. Informations sur les risques liés aux interprétations erronées .....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
5. Evaluation et discussion.....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
5.1 Critères de l'ASSM .....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
5.2 Description des mesures choisies pour la publication.....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
6. Autres remarques/commentaires/références .....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>

## 1. Introduction

---

Ce document décrit les aspects essentiels et spécifiques liés à la publication des résultats des « Réadmissions potentiellement évitables SQLape ».

La publication à large échelle comprend trois parties distinctes :

1. Rapport comparatif national « Réadmissions potentiellement évitables »
2. Graphiques interactifs transparents par hôpital ou sites hospitaliers pour mise en ligne sur le site internet ANQ
3. Communiqué de presse

L'envoi du rapport comparatif national aux hôpitaux est prévu au 4<sup>ème</sup> trimestre de l'année suivante. Après 6-8 semaines supplémentaires, la publication des résultats transparents et commentés par les hôpitaux est également planifiée, en même temps que le communiqué de presse.

## 2. Messages clé

---

### 2.1 Remarques préliminaires sur la méthode SQLape

Les remarques suivantes doivent être prises en compte lors de l'interprétation et la communication des résultats :

- Le principe sur lequel repose SQLape suit une approche systémique ; il se concentre sur l'ensemble de la chaîne de traitement et n'a pas pour objectif d'illustrer la qualité de traitement de l'hôpital / la clinique.
- L'indicateur SQLape « réadmission potentiellement évitable », relevé pour les réadmissions dans les 30 jours après la sortie, donne des indications sur la qualité de la préparation de la sortie de l'hôpital ou de la clinique.
- La description « potentiellement évitable » n'a pas le même sens qu'« évitable ».
- Les réadmissions suspectes ou potentiellement évitables, survenant dans les 30 jours qui suivent la sortie, sont mises au jour à l'aide de l'algorithme à la base de la méthode en s'appuyant sur les statistiques médicales (MedStat) de l'OFS.
- Comme il n'est pas évident, même dans la pratique clinique, de définir clairement la limite entre les cas évitables et inévitables, la méthode SQLape n'est pas non plus en mesure de définir clairement cette limite.
- L'objectif est d'utiliser l'indicateur pour obtenir des informations relatives aux cas potentiellement évitables, de les analyser en détails et d'identifier un éventuel potentiel d'optimisation. Ces cas suspects sont analysés par l'équipe de traitement interdisciplinaire au regard de la question suivante : cette réadmission non planifiée aurait-elle pu être évitée ?
- Le logiciel SQLape-Monitor permet aux hôpitaux et cliniques d'analyser les résultats de manière ciblée jusqu'au niveau des cas.
- Différentes raisons peuvent entraîner une réadmission imprévue ; celles-ci peuvent relever des problématiques suivantes : complications imprévues, effets indésirables de médicaments, manque d'information des patient-e-s à propos de la prise des médicaments, sortie précoce, suivi insuffisant, faible adhérence des patient-e-s, aggravation ou progression de la maladie. Certains de ces problèmes relèvent de la responsabilité de l'hôpital / la clinique et peuvent

être influencés directement. D'autres problèmes peuvent être influencés indirectement, par ex. en demandant également aux hôpitaux / cliniques de se préoccuper du suivi. Il existe également des problèmes sur lesquels on ne peut avoir d'influence, par exemple quand le réseau des soins de suivi ne peut pas assurer les soins de suivi.

- Le regroupement des cas de SwissDRG : si un-e patient-e est réadmis-e dans un délai de 18 jours dans le même hôpital pour le même diagnostic principal du même groupe (MDC), les deux hospitalisations (cas) sont regroupées. L'algorithme de SQLape traite les cas individuels, les cas regroupés sont séparés.

Vous trouverez des informations complètes sur la méthode SQL sur le site Web de l'ANQ :

[http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/francais/SQLape-2014-AR-documentation\\_didactique\\_version FINALE 1.2 fr.pdf](http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/francais/SQLape-2014-AR-documentation_didactique_version_FINALE_1.2_fr.pdf)

## Exemples cliniques d'analyses de cas de réadmissions potentiellement évitables

L'objectif des exemples ci-après est de montrer l'importance que revêt l'analyse par l'équipe interdisciplinaire, et d'illustrer les niveaux couverts par une analyse de cas complète. Sont également présentées les questions guidant l'analyse d'une admission potentiellement évitable identifiée par SQLape.

On part de trois niveaux d'analyse différents :

- le niveau du/de la patient-e
- le niveau des soins de l'hôpital / la clinique
- le niveau des soins de suivi

Un patient atteint d'une BPCO est réadmis dans les 30 jours après sa sortie car son état s'est aggravé. À première vue, cette réadmission peut être évaluée comme un « faux positif », la BPCO a un tableau clinique complexe et ces patient-e-s ont un risque élevé de réadmission en raison de la chronicité. Une réadmission peut être motivée par différentes raisons ; comme déjà mentionné, certaines (pas toutes) peuvent être influencées par l'équipe de traitement. Il faut alors contrôler les causes influençables à la fois au niveau du/de la patient-e, au niveau des soins de l'hôpital / la clinique et au niveau des soins de suivi suite à l'admission index. Cette réadmission aurait-elle été évitable à travers des mesures appropriées ?

Au niveau du/de la patient-e, il faut vérifier si le/la patient-e a pu ne pas prendre correctement le traitement en raison d'un manque d'information. Lors de la préparation de la sortie, est-ce qu'il a été suffisamment vérifié si le/la patient-e pouvait pratiquer les traitements nécessaires en autonomie à domicile ? Les proches ont-ils été suffisamment impliqués et informés et un suivi du service d'aide et de soins à domicile a-t-il été indiqué ? Les responsables du suivi (médecin traitant, service d'aide et de soins à domicile, etc.) disposaient-ils des informations nécessaires en temps voulu, et ces informations étaient-elles complètes ?

Un patient atteint de BPCO se retrouvant aux urgences en raison d'une décompensation s'y stabilise mais est hospitalisé pour des mesures diagnostiques et thérapeutiques supplémentaires en raison de l'inexpérience du médecin assistant. Dans ce cas, il aurait peut-être pu être traité en ambulatoire. Un meilleur accompagnement du médecin assistant aurait-il pu éviter une réadmission ?

Si le patient atteint de BPCO est réadmis en raison d'une infection grippale ou d'un autre nouveau diagnostic principal, la réadmission est inévitable et l'algorithme ne l'identifie pas comme potentiellement évitable.

L'observation de certains groupes de diagnostic ou d'intervention peut constituer une autre approche d'analyse. Par exemple pour les patient-e-s hospitalisés après une amygdalectomie avec hémorragie secondaire : l'analyse trouve-t-elle plusieurs de ces cas ? Si c'est le cas, il est possible de se concentrer davantage sur le contrôle de la procédure standard dans ce groupe de diagnostic afin de trouver des indications de potentiel d'amélioration.

## 2.2 Remarques préliminaires sur le calcul des résultats représentés

Dans la comparaison entre institutions, il faut impérativement noter que ce n'est pas la comparaison des taux observés et prévus entre les hôpitaux / cliniques qui est pertinente, mais le rapport entre le taux prévu et observé de chaque hôpital / clinique. Le taux observé comprend à la fois les réadmissions internes (dans le même hôpital / la même clinique) et les réadmissions externes (dans un autre hôpital / une autre clinique).

Pour ces raisons, l'évaluation comparative nationale se concentre sur **le rapport entre le taux observé et le taux prévu** (une valeur,  $<1$  ou  $>1$ ). La valeur « 1 » est définie comme la norme et ne doit pas être confondue avec une moyenne. Une valeur  $>1$  est un écart par rapport à la norme. Cette valeur est nommée **ratio** ci-après<sup>1</sup>.

Outre la significativité statistique, la pertinence d'une différence, c.-à-d. quelles différences statistiquement significatives représentent une différence réelle, est également importante pour la comparaison.

Une nouvelle méthode de calcul <sup>2</sup> a été utilisée pour le calcul de la significativité statistique ; elle répond à deux exigences importantes conditionnant une comparaison clinique pertinente et juste :

- Elle tient compte non seulement de la variabilité de la valeur prévue, mais aussi de la variabilité de la valeur observée. Ainsi, on peut tenir compte à la fois de la variabilité des hôpitaux / cliniques en matière de taille (nombre d'hospitalisations évaluées) et de celle du collectif de patients (collectif de patients hétérogène ou homogène en termes de potentiel de risque).
- Elle tient compte de la différence avec la valeur 1, c'est-à-dire qu'en plus de la significativité statistique, l'importance de l'écart avec la norme est prise en compte (par exemple, une différence avec un ratio de 1,03 est moins pertinente qu'un ratio de 1,25).

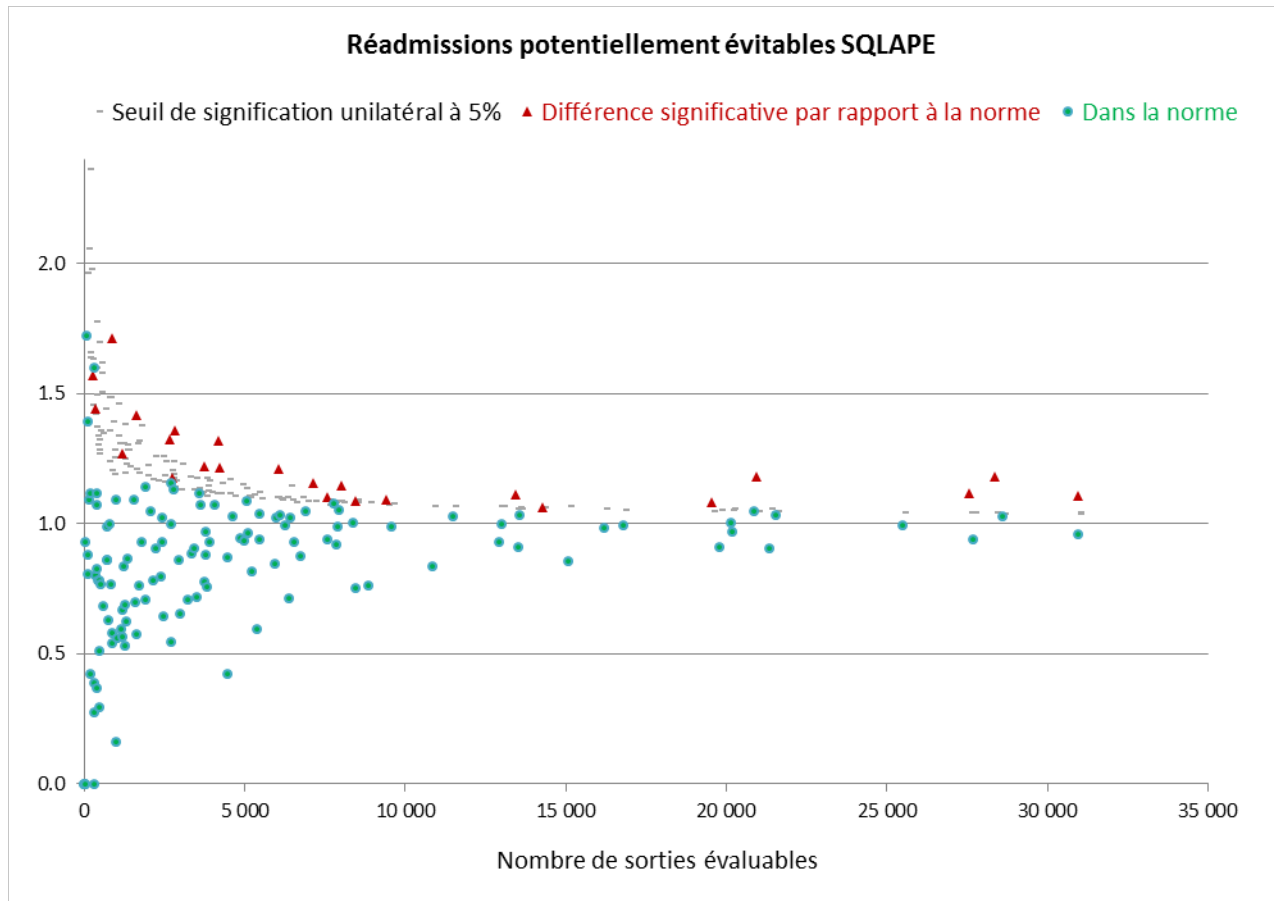
---

<sup>1</sup> Le classement des résultats dans les catégories A, B ou C précédemment utilisé n'est plus utilisé dans la publication transparente, car ces valeurs ne peuvent pas donner d'indications sur les différences statistiquement significatives dans une comparaison d'hôpitaux ou de cliniques.

<sup>2</sup> **Control limits to identify outlying hospitals based on risk-stratification**, V. Rousson, M. Le Pogam et Y. Egli, *Statistical Methods in Medical Research*, 2016

## 2.3 Représentation des résultats sur le site Internet

Le rapport calculé selon la méthode ci-dessus (valeur observée / prévue) est représentée dans un graphique en entonnoir (voir ill. 1).



Ill. 1 : graphique interactif de l'ANQ - Représentation du ratio

*Insérer un modèle de graphique (avec fenêtre contextuelle)*

Ill. 2 : graphique interactif de l'ANQ - Représentation du ratio (avec fenêtre contextuelle)

Les ratios des hôpitaux / cliniques sont représentés sous forme de points (dans la norme) ou de triangles (hors norme). Le nombre d'hospitalisations évaluées est représenté sur l'axe X, ce qui donne une indication sur la taille de l'hôpital / la clinique. Sur l'axe Y est représenté le ratio de (échelle de 0 à 2,4).

La valeur 1,0 indique la limite : les valeurs supérieures à 1 signifient que l'institution a plus de réadmissions potentiellement évitables observées que prévues. Un niveau de significativité unilatéral de 5 % indique si le ratio d'un hôpital / d'une clinique diffère significativement de la norme. Ce niveau de significativité unilatéral est représenté suivant un modèle « in/out ». Cela signifie que la valeur se situe soit au-dessus de la valeur prévue, soit en dessous.

Cela permet de savoir si cette valeur diffère significativement de 1. Si le ratio d'un hôpital / d'une clinique est au-dessus du niveau de significativité de 5 %, c.-à-d. au-dessus de la barre grise, il existe un écart significatif avec la norme (limite 1). Ces hôpitaux / cliniques sont marqués sous forme de triangles. Si le ratio se situe au-dessus de la valeur limite 1 mais toujours dans le niveau de significativité de 5 %, c.-à-d. sous la barre grise, on ne peut pas parler d'écart significatif avec la norme.

Lors de la consultation des résultats d'un hôpital / d'une clinique, une fenêtre contextuelle s'affiche ; celle-ci indique d'autres informations détaillées importantes pour l'interprétation (voir ill. 2 Type de graphique avec fenêtre contextuelle).

Les informations suivantes sont représentées par hôpital / clinique dans la fenêtre contextuelle :

Nom de l'hôpital ou site de l'hôpital – Clinique ou site de la clinique	
Ratio : rapport (valeur prévue / observée)	< 1 les taux de réadmissions potentiellement évitables observés sont <u>inférieurs</u> aux taux prévus > 1 les taux de réadmissions potentiellement évitables observés sont <u>supérieurs</u> aux taux prévus.
Niveau de significativité de 5 %	Décrit si la valeur (ratio) est significativement différente de la norme 1.
Sorties évaluables	Nombre d'hospitalisations après exclusion des nouveaux en bonne santé, des personnes décédées, des transferts dans d'autres hôpitaux / cliniques, des patient-e-s vivant à l'étranger et des hospitalisations ambulatoires.
Part de réadmissions externes en pour cent	Part de réadmissions dans d'autres hôpitaux / cliniques
Commentaire de l'hôpital / la clinique	si disponible, facultatif pour les hôpitaux / cliniques

Les explications se rapportant au graphique ainsi que celles se rapportant aux valeurs figurant dans la fenêtre contextuelle restent visibles même après la publication.

## 2.4 Résumé du « Rapport comparatif national »

En raison de la brièveté du rapport comparatif national (20 pages), aucun résumé ne sera fait. Il est remplacé par le Management Summary dans le rapport.

## 2.5 Communiqué de presse

Le communiqué de presse présente et commente les principaux résultats à l'attention d'un large public.

# 3. Messages secondaires

---

Les diverses communications mentionnent régulièrement la complexité de la méthode SQLape ainsi que les possibilités et les limites des algorithmes (voir aussi les applications aux chapitres 2.1 et 2.2).

En outre, les domaines influençables (préparation de la sortie, informations pour les patient-e-s, collaboration interdisciplinaire) ainsi que les efforts des hôpitaux / cliniques en matière de qualité sont indiqués dans ces domaines.

## 4. Informations sur les risques liés aux interprétations erronées

---

Les documents de publication ainsi que la communication avec les partenaires de l'ANQ, les médias et le grand public soulignent constamment les risques de mauvaise interprétation. Ils renvoient également à [l'argumentaire de l'ANQ sur les opportunités et limites](#) des mesures de l'ANQ.

- Il n'est pas possible de procéder à une comparaison isolée des taux observés dans les hôpitaux ou cliniques, car les institutions présentent des différences dans le profil de risque de leurs patient-e-s.
- Les taux des réadmissions potentiellement évitables ne permettent pas de tirer de conclusions à propos de la qualité des traitements.
- La méthode SQLape doit permettre d'identifier les réadmissions potentiellement suspectes. Il n'est pas toujours possible de définir clairement la délimitation exacte entre les réadmissions évitables ou non.
- Il convient de ne pas surinterpréter l'indicateur, car l'on aggrave le risque de commettre des erreurs au niveau des allocations ou de créer des manques en termes d'offre de prestations.
- La norme, la valeur 1, n'est pas une valeur moyenne
- La qualité des données connaît des restrictions en raison de la qualité de codage des données de l'OFS.

## 5. Evaluation et discussion

---

L'évaluation globale des résultats relève les aspects positifs et présente un éventuel potentiel d'amélioration. Dans le résumé du rapport comparatif, les résultats sont commentés et discutés de manière globale et non pas à l'échelle individuelle. L'analyse détaillée des résultats, ainsi que la communication de mesures à l'opinion publique restent la responsabilité et la décision des hôpitaux.

### 5.1 Critères de l'ASSM <sup>3</sup>

Le rapport comparatif national a été rédigé au regard des critères que sont la pertinence, l'exactitude et la compréhensibilité de l'ASSM. Le résumé est un extrait du rapport comparatif national et s'adresse à un large public. Afin de permettre une restriction aux principales conclusions et de transmettre les contenus sous une forme compréhensible et fondée, il n'est pas possible de tenir compte de tous les points de la check-list ASSM dans ce rapport, surtout les deux critères de la pertinence et de l'exactitude. Ces points sont toutefois expliqués dans le rapport comparatif exhaustif.

Lors de la publication à l'attention d'un large public, le critère de la compréhensibilité est très important.

---

<sup>3</sup> Académie Suisse des Sciences Médicales





## 5.2 Description des mesures choisies pour la publication

Les graphiques interactifs sont publiés sur le site internet de l'ANQ en même temps que le communiqué de presse.

Le communiqué de presse relate les principaux résultats, tels qu'ils sont présentés dans le rapport et est diffusé par le service presse de l'ANQ.

## 6. Autres remarques/commentaires/références

---

Le rapport comparatif national est également publié sur le site internet de l'ANQ.