



POINT DE VUE

Cette étude OBSAN est remarquable à deux égards:

1. Le jeu de données étudié a été créé en appariant pour la première fois deux statistiques établies indépendamment l'une de l'autre, faisant émerger de nouvelles questions cliniquement pertinentes. L'OFS ne peut qu'être encouragé à appairer davantage les statistiques établies afin de mieux exploiter le potentiel de connaissances.
2. L'étude fait la lumière sur un aspect des soins médicaux en Suisse qui a reçu peu d'attention à ce jour: les soins d'urgence des patients dans les 30 jours suivant un traitement hospitalier en soins somatiques aigus. Les résultats suggèrent que de tels événements devraient être enregistrés dans le cadre des mesures d'assurance qualité.

En 2017, environ un million de cas d'hospitalisation somatiques aigus ont été effectués. Au cours des 30 jours suivant ces hospitalisations, 5,5% des patients en moyenne se sont rendus aux urgences. Toutefois, cette valeur varie considérablement lorsque les cas sont examinés par spécialité ou par type d'hôpital. Les valeurs les plus élevées sont enregistrées après les transplantations d'organes (9,5%) respectivement après les hospitalisations dans les hôpitaux universitaires (6,7%). Les raisons de ces événements peuvent être un suivi planifié, des complications inévitables ou évitables et devront être étudiées dans le cadre d'autres études qui prendront également en compte les caractéristiques des patients. Il faudra également examiner si les réhospitalisations peuvent être évitées grâce à des interventions d'urgence ciblées. Sur la base des résultats de ces études, il faudra décider si les visites aux urgences après une hospitalisation doivent être systématiquement enregistrées dans le cadre de mesures d'assurance qualité. Nous avançons l'hypothèse que ce sera le cas.

Dr méd. Markus Trutmann
Responsable du département Politique
Membre de la Direction
H+ Les Hôpitaux de Suisse

Recours aux services d'urgence suite à un séjour hospitalier en soins aigus

Les services d'urgences des hôpitaux sont souvent appréhendés de façon distincte de l'activité stationnaire (voir Obsan Dossier 64, Obsan Dossier 65). Pourtant, il n'est pas rare que, dans leur trajectoire de soins, les patients recourent aux services d'urgence en amont d'un séjour hospitalier ou en aval à celui-ci.

Certaines études abordent ces parcours de soins sous l'angle de la performance hospitalière et du recours évitable, suggérant que ceux-ci résultent, par exemple, de lacunes dans le suivi des soins ou d'effets indésirables liés à la première prise en charge. D'autres études soulignent que ces recours ne sont pas forcément problématiques dans la mesure où ils peuvent être attendus, s'avérer sans lien médical avec la prise en charge initiale ou ne sont pas forcément évitables.

Avec le développement depuis 2015 de la Statistique des patients ambulatoires des hôpitaux (PSA) de l'Office fédéral de la statistique (OFS), les patients recourant aux services d'urgence des hôpitaux suisses peuvent désormais être recensés. En appariant ces données avec celles de la Statistique médicale des hôpitaux (MS), les séjours hospitaliers effectués par ces mêmes patients peuvent être identifiés.

Pour la première fois, il est ainsi possible de décrire les trajectoires des patients combinant hospitalisations et recours aux services d'urgence. Ce Bulletin présente une description de la fréquence et des caractéristiques de la trajectoire «hospitalisation suivie de consultation aux urgences dans les 30 jours». Les données ne permettent cependant pas d'évaluer le caractère approprié ou non, du point de vue de la prise en charge, de ce que l'on observe. L'analyse se concentre sur le recours aux soins aigus (SA) hospitaliers. Cela signifie que les séjours hospitaliers en psychiatrie ou en réadaptation sont exclus de l'analyse (voir approche méthodologique).

À l'issue d'un séjour hospitalier, la transition vers le retour à domicile est considérée comme une période sensible, marquée par un risque accru de survenue d'événements indésirables. Les problèmes médicamenteux, les complications ou le manque de continuité des soins figurent parmi les causes de réadmission fréquemment citées (Blanc et al, 2017). Dans le contexte suisse, l'attention s'est concentrée sur la question des réadmissions

hospitalières. L'association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) évaluait, sur la base des données 2015, à 4,08% le taux de réadmission des patients des services de soins aigus (Eggl, 2016). Sur la base des données 2017, la part d'hospitalisation potentiellement évitables, telles que définies par l'ANQ, était d'environ 4,5% des sorties éligibles (ANQ).

Parallèlement aux réhospitalisations, le recours aux services d'urgence des hôpitaux dans les jours suivant un séjour hospitalier peut être considéré comme une autre forme d'évènement potentiellement indésirable (Kocher and Brahmajee, 2013, Rising and White, 2013, Wang, 2016). En Suisse, les données à disposition ne permettent cependant pas de se prononcer quant au caractère évitable du recours aux services d'urgence. Contrairement à la démarche suivie pour qualifier les admissions potentiellement évitables, il n'est en effet pas possible d'examiner l'aspect médical du recours aux services d'urgence et de savoir si le motif de l'admission est directement lié au séjour hospitalier ou s'il s'agit d'une nouvelle affection ou d'une maladie considérée comme difficile à guérir. L'interprétation du taux de recours aux services d'urgences suite à un séjour hospitalier doit donc être faite en tenant compte de cette limitation.

Cas hospitaliers suivis dans les 30 jours d'une admission dans un service d'urgence

En 2017, 59 533 séjours hospitaliers dans un service de soins aigus ont été suivis d'un recours aux services d'urgence dans les 30 jours. Ceux-ci sont le fait de 54 385 patients, certains ayant effectué plusieurs séjours hospitaliers au cours de l'année. Rapportés au nombre total de cas hospitaliers en SA pour l'année 2017 (1 081 989 cas, transferts internes et externes exclus), cela signifie que **5,50% des hospitalisations en SA ont été suivies d'un recours aux services d'urgence** (concerne 6,18% des patients hospitalisés).

Ce résultat est proche de celui observé dans un hôpital universitaire turc (5,2% d'hospitalisations suivies d'une admission dans un service d'urgence, Kaya, Guven et al, 2020) mais il est inférieur à celui observé à Taiwan ou à Boston (environ 12%, Wang and Ding, 2016, Rising and White, 2013). La comparaison entre les études est toutefois limitée en raison de différences méthodologiques. Par exemple, les études étrangères s'appuient sur les données d'un seul hôpital et ignorent les admissions survenant dans le service d'urgence d'un autre hôpital. Le fait que l'ensemble des hôpitaux soient inclus dans les données pour la Suisse tend à soutenir l'idée que le **taux de recours aux urgences observé est plutôt bas en comparaison avec celui observé dans les études étrangères.**

Parmi les patients ayant eu recours à un service d'urgence dans les 30 jours suivant leur sortie de l'hôpital, un quart (P25) s'y sont rendus dans un délai de quatre jours et la moitié (médiane), dans un délai de neuf jours (cf. G1). **C'est donc dans les jours qui suivent la sortie de l'hôpital que le risque de recours aux services d'urgence est le plus élevé.** La fréquence des admissions diminue ensuite et se stabilise à partir d'environ deux semaines.

Encadré 1 : État de la littérature

Dans la littérature, le recours aux services d'urgence dans les jours suivant un séjour hospitalier est souvent considéré comme un évènement indésirable, reflétant notamment l'instabilité d'un patient à la sortie de l'hôpital (Wang and Ding, 2016, Rising and White, 2013, Mitchell and Gardiner, 2014). L'admission en service d'urgence est ainsi considérée comme une forme de retour en service de SA, au même titre que la réhospitalisation. Une part importante du recours à ces prestations hospitalières serait potentiellement évitable, reflétant une sortie prématurée ou des lacunes dans l'organisation du suivi post-hospitalisation.

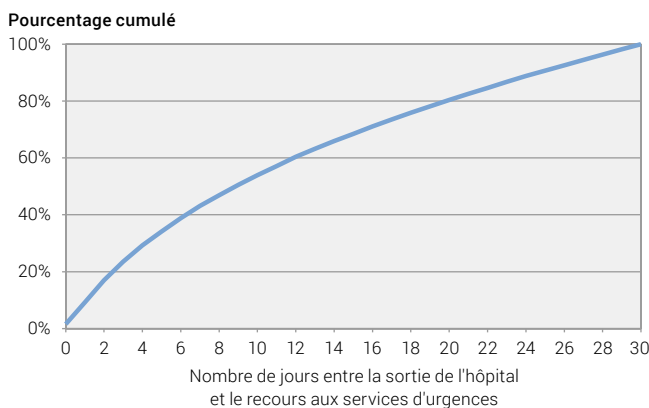
Un indicateur de la qualité des soins hospitaliers basé sur le recours aux services d'urgences suite à un séjour hospitalier semble toutefois rencontrer plusieurs limites. Par exemple, toutes les complications ne sont pas nécessairement évitables. Le recours aux services d'urgence peut également être considéré comme une alternative préférable à la réhospitalisation (Sabbatini and Keith, 2016). Et il est aussi possible que des consultations réalisées en services d'urgence soient prévues dans le cadre du suivi du patient suite à une hospitalisation (p. ex. pour un contrôle de plaie, Augustine, 2018).

En gardant à l'esprit qu'une part des admissions en service d'urgence suite à une hospitalisation est certainement non évitable, il est possible que cet indicateur puisse jouer un rôle complémentaire dans l'appréciation de la qualité de la coordination des soins dans la période critique suivant un séjour hospitalier en SA (Kocher and Brahmajee, 2013, Lauque et Fernandez, 2017).

Les études menées sur ce thème retiennent généralement les admissions survenues dans les sept ou 30 jours après le séjour hospitalier.

Cas hospitaliers suivis d'un recours à 30 jours aux services d'urgence, délai de la première admission, 2017

G1



Les admissions recensées avant la fin du cas hospitalier sont exclues (voir la définition du cas hospitalier dans l'approche méthodologique).

Encadré 2: Définition GPPH

Les GPPH sont les «groupes de prestations pour la planification hospitalière». Ils ont été développés par le canton de Zurich dans le but de refléter au mieux la réalité des hôpitaux, c'est-à-dire de combiner les services qui sont fournis par un même groupe de professionnels. Les GPPH servent principalement de base pour la planification des hôpitaux, leur utilisation à cet usage est recommandée par la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé.

L'attribution des prestations médicales aux groupes de prestations se fait à l'aide du Catalogue suisse des interventions chirurgicales (CHOP) et de la Classification internationale des maladies (CIM-10). Dans quelques cas, d'autres variables (comme l'âge) sont également utilisées.

Initialement, 130 GPPH ont été définis. Dans le cadre de ce bulletin, ceux-ci ont été regroupés en 24 catégories.

Caractéristiques des cas hospitaliers

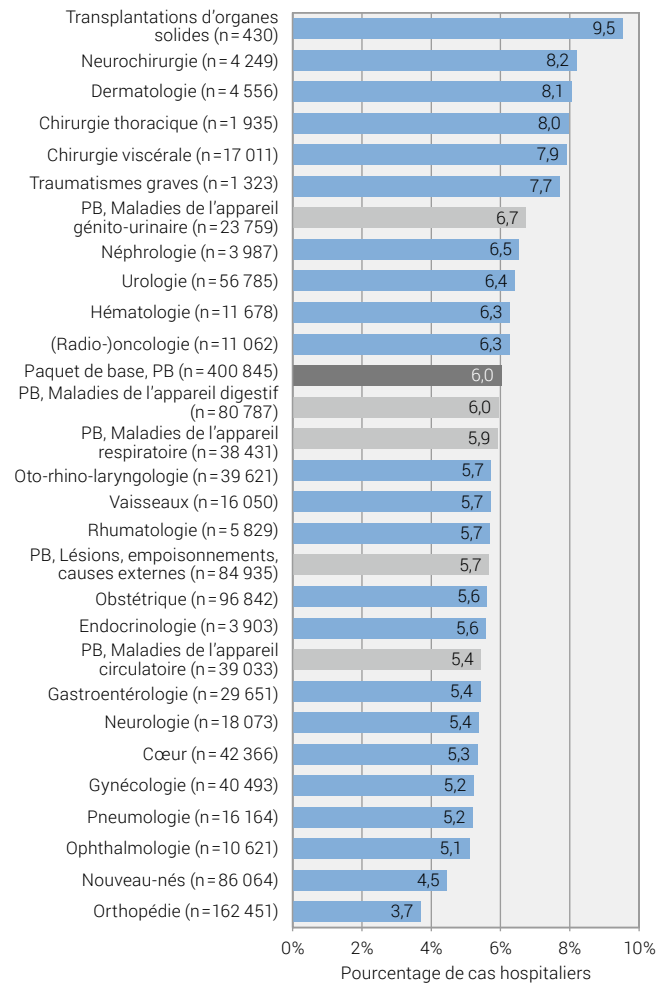
Le domaine des soins aigus comprend des motifs variés de prise en charge. **La proportion de séjours hospitaliers suivis d'un recours aux services d'urgence diffère ainsi selon le domaine de prestation** (ou le type de GPPH, voir Encadré 2). C'est dans le domaine des transplantations d'organes solides que les séjours hospitaliers sont le plus souvent suivis d'un recours aux urgences dans les 30 jours (9,5%, cf. G2) Suivent ensuite la neurologie (8,2%), la dermatologie (8,1%) et la chirurgie thoracique (8,0%). En fin de classement, l'orthopédie apparaît comme le domaine de prestation le moins souvent suivi d'un recours aux services d'urgences (3,7%).

Les séjours hospitaliers réunis au sein du groupe de prestations «Paquet de base» représentent 37% des cas hospitaliers retenus. En moyenne, 6,0% de ces séjours sont suivis d'un recours aux services d'urgence dans les 30 jours. Selon les groupes de diagnostics concernés (selon la CIM-10), le taux de recours aux services d'urgence de ce groupe de prestations varie toutefois également. Par exemple, ce taux est de 5,4% pour les diagnostics de maladies de l'appareil circulatoire et de 6,7% pour les maladies de l'appareil génito-urinaire.

D'autres caractéristiques liées à des différences de recours aux services peuvent être mises en évidence. Au niveau de **l'âge des patients**, le taux de recours aux services d'urgence en aval d'une hospitalisation tend à être le plus élevé chez les enfants en bas âge puis diminue chez les enfants et adolescents, tout en présentant des fluctuations (cf. G3). Ce taux remonte chez les jeunes adultes et diminue ensuite progressivement avec l'avancée en âge. Chez les enfants de moins d'une année, il faut tenir compte du fait que la naissance à l'hôpital est comptabilisée comme un séjour en soins aigus.

Le recours aux services d'urgences s'avère un peu plus fréquent chez les **hommes** (5,6%) que chez les femmes (5,3%, Tableau 1). La présence de **comorbidité** selon l'indice d'Elixhauser apparaît également comme liée à un recours plus fréquent aux urgences (5,7% contre 5,3% en l'absence de comorbidité).

Pourcentage de cas hospitaliers suivis d'un recours à 30 jours aux services d'urgence, par GPPH, 2017 G2

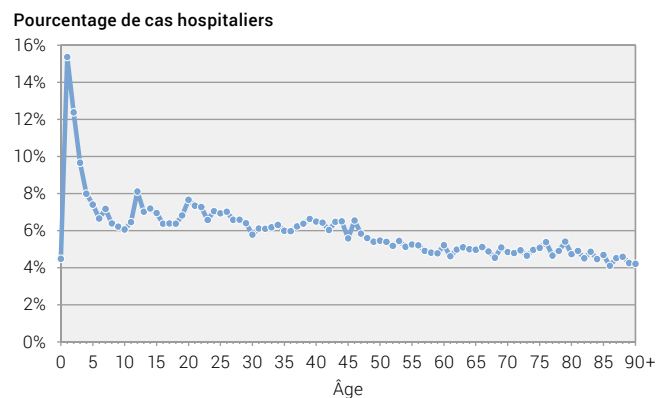


Pour le GPPH «Paquet de base», les résultats détaillés pour les cinq groupes de diagnostics les plus fréquents sont présentés.

Source: OFS – MS 2016–2017; PSA 2017/analyse Obsan

© Obsan 2021

Pourcentage de cas hospitaliers suivis d'un recours à 30 jours aux services d'urgence, par âge, 2017 G3



Source: OFS – MS 2016–2017; PSA 2017/analyse Obsan

© Obsan 2021

Caractéristiques des cas hospitaliers suivis d'un recours à 30 jours aux services d'urgence, 2017

T 1

		Taux d'hospitalisation avec recours aux services d'urgence dans les 30 jours (en %)	Cas hospitaliers avec recours aux urgences dans les 30 jours suivant la sortie	Cas hospitaliers sans recours aux urgences dans les 30 jours suivant la sortie
Caractéristiques patient	Âge médian	–	49	54
	Âge moyen	–	47	50
	Hommes	5,6	47,8%	46,3%
	Femmes	5,3	52,2%	53,7%
	Indice de comorbidité moyen (Elixhauser)	–	1,2	1,16
	Absence de comorbidité	5,3	49,9%	51,9%
	Présence de comorbidité	5,7	50,1%	48,1%
Caractéristiques du séjour	Durée médiane de séjour (jours)	–	3	3
	Durée moyenne de séjour (jours)	–	5,3	4,9
	Hospitalisations en urgence	6,5	50,8%	42,1%
	Hospitalisation planifiée	4,7	49,2%	57,9%
	Passage aux soins intensifs	7,4	6,0%	4,0%
	Pas de passage aux soins intensifs	5,4	94,0%	96,0%
	Séjour avec sortie intermédiaire	13,2	1,4%	0,6%
Séjour sans sortie intermédiaire	5,4	98,6%	99,4%	
Caractéristiques de fin de séjour¹	Sortie sur l'initiative du patient	8,3	1,0%	0,7%
	Sortie sur l'initiative du traitant	5,5	98,4%	98,7%
	Séjour au domicile à la sortie	5,6	96,1%	94,5%
	Séjour en établissement de santé à la sortie	3,8	3,3%	4,8%
	Prise en charge ambulatoire ou soins à domicile	5,6	53,6%	52,6%
	Pas de prise en charge à la sortie	5,4	40,0%	40,3%

¹ L'ensemble des modalités concernant la décision de sortie, le séjour et la prise en charge à la sortie de l'hôpital ne sont pas représentées.

Sources: OFS – MS 2016–2017; PSA 2017/analyse Obsan

© Obsan 2021

Au niveau du séjour hospitalier, plusieurs caractéristiques sont liées à un recours subséquent plus fréquent aux services d'urgence: avoir été **hospitalisé en urgence** (6,6% contre 4,7% pour une hospitalisation planifiée), un **passage en soins intensifs** (7,4% contre 5,4% sans passage aux soins intensifs) ainsi qu'une **sortie intermédiaire au cours du cas hospitalier** (13,2% contre 5,4% en l'absence de sortie intermédiaire). De plus, une **durée de séjour plus longue** est associée à un taux de recours aux urgences plus élevé. Par exemple, 5,3% des séjours de 2 à 4 jours sont suivis dans les 30 jours d'une admission dans un service d'urgence. Cette part monte à environ 6% lorsque le séjour a duré environ deux semaines et à 8% pour les séjours d'environ un mois (données non représentées).

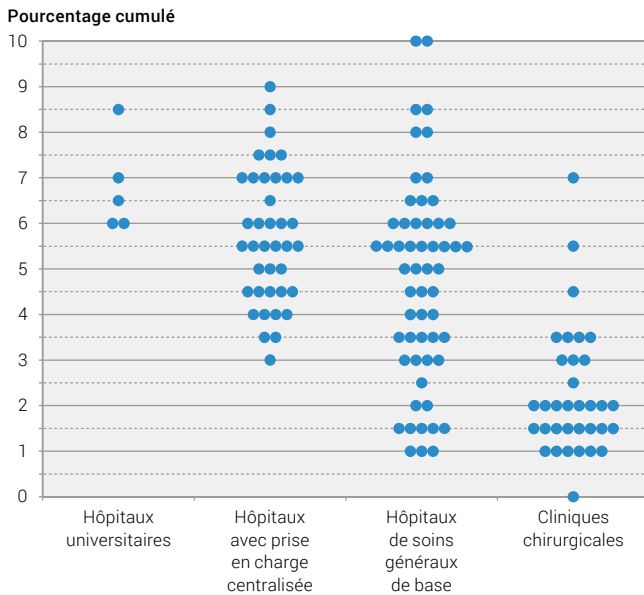
Dans la plupart des cas, la sortie de l'hôpital est décidée par le traitant et le patient retourne à son domicile. Même si ces cas de figure sont relativement peu fréquents, les **séjours avec sortie sur l'initiative du patient** (contre l'avis du médecin) découlent sur des taux de recours aux urgences plus élevés (8,3% contre 5,5% pour les sorties sur l'initiative du traitant) alors qu'un séjour dans un établissement de santé, médicalisé ou non, découle sur un recours aux urgences plus bas (3,8% contre 5,6% en cas de **retour au domicile**).

D'autres facteurs pertinents pour l'analyse n'ont pas pu être analysés, faute de données disponibles. Par exemple, il serait utile de savoir si le patient dispose d'un médecin traitant, quel type de médication lui a été prescrit ou encore quel est son niveau socio-économique.

Le taux de recours aux services d'urgence diffère passablement entre les hôpitaux. En examinant les résultats par catégorie d'hôpitaux, il apparaît que les **cinq hôpitaux universitaires affichent les taux les plus élevés**, se situant entre 6.0% et 8,3% pour une moyenne (entre les hôpitaux) de 6,8% (cf. G4). Les hôpitaux non universitaires avec prise en charge centralisée affichent des taux de recours plus bas, se situant en moyenne à 5,7%. Les hôpitaux procurant des soins de base affichent des taux de recours moyens encore inférieurs, se situant en moyenne à 4,7%, mais avec des résultats assez hétérogènes. Quant aux cliniques spécialisées, le taux de recours aux services d'urgence dans les trente jours y est le plus bas, avec une moyenne entre les établissements de 2,3%.

Pourcentage de cas hospitaliers suivis d'un recours à 30 jours aux services d'urgence, par type d'hôpital lors du séjour hospitalier, 2017

G4



Données arrondies à la demi-unité.
Les hôpitaux avec moins de 50 cas ne sont pas inclus dans les analyses.

Source: OFS – MS 2016–2017; PSA 2017/analyse Obsan

© Obsan 2021

Admissions en service d'urgence dans les 30 jours suivant un séjour hospitalier

Du point de vue des admissions en services d'urgence, en 2017, près de 69 674 admissions concernent des patients sortis de l'hôpital après un séjour en SA au cours des 30 jours précédents (G4). Rapportées à un total de 1 693 026 admissions dans les services d'urgence enregistrée, cela représente **4,12% de l'ensemble des admissions en 2017**.

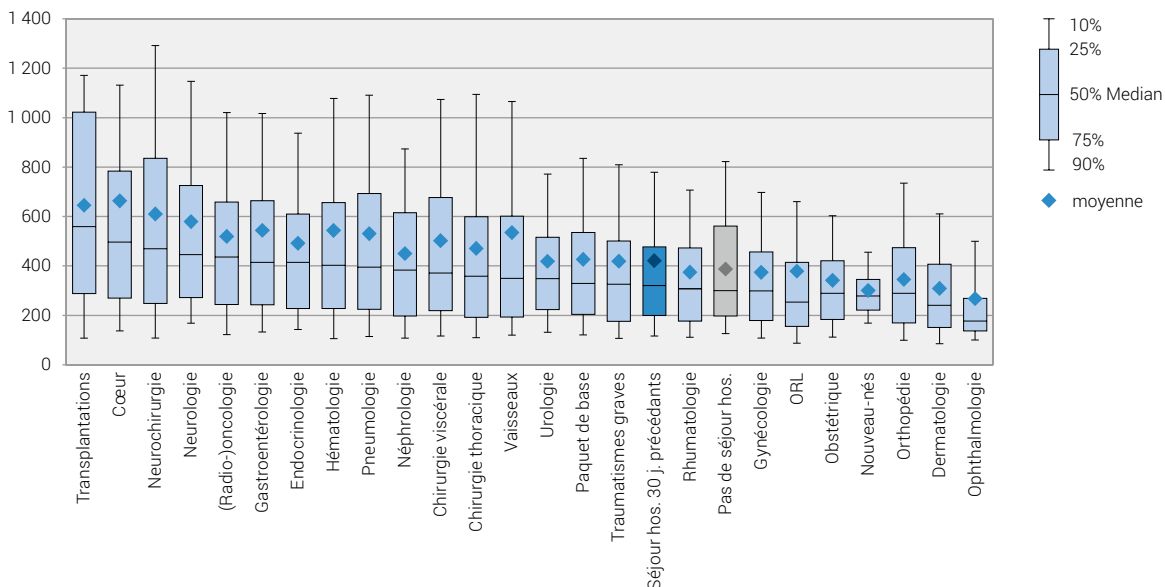
Ces admissions sont à rapporter à 54 256 patients¹: 92,0% ayant recouru une fois aux services d'urgence dans les 30 jours et 8,0% y ayant eu recours plusieurs fois. Ces patients représentent 4,32% de l'ensemble des patients des urgences en 2017.

Pour les personnes se rendant aux urgences suite à un séjour hospitalier, les **coûts médian et moyen de la prise en charge** en 2017 sont de respectivement 320 et 421 francs². Ces montants sont **légèrement supérieurs à ceux valant pour les autres admissions en service d'urgence**, pour lesquelles les coûts médian et moyen sont de 300 et 388 francs. Ainsi, les coûts des admissions en services d'urgence survenant dans les 30 jours suivant un séjour hospitalier représentent 4,2% de l'ensemble des coûts des consultations des services d'urgence.

Les coûts médian et moyen de la consultation varient notamment en fonction du type de prise en charge effectuée lors du séjour hospitalier. Avec un coût moyen de consultation supérieur à 600 francs, les séjours correspondant aux domaines de prestation «transplantation», «cœur» et «neurochirurgie» découlent sur les prises en charge aux urgences les plus coûteuses. En fin de

Distribution (boîtes à moustache) des montants facturés par consultation dans un service d'urgence dans les 30 jours suivant un séjour hospitalier, par type de prestation, 2017

G5



Sources: MS 2016–2017; PSA 2017/analyse Obsan

© Obsan 2021

¹ Le nombre de patients des services d'urgences ne correspond pas exactement au nombre de patients hospitalisés car la période de référence n'est pas la même (cf. encadré 3).

² Le coût de la prise en charge est défini par l'ensemble des prestations facturées par l'hôpital à un patient le jour de son admission en service d'urgence.

Recours aux services de soins aigus (séjours hospitaliers et services d'urgence), par classe d'âge, 2017

T 2

	Nbr d'admissions aux urgences pour 100 habitants	Part des admissions aux urgences correspondant à des patients sortis de l'hôpital dans les 30 jours précédents	Nbr de séjours hospitaliers pour 100 habitants	Part de séjours hospitaliers suivis dans les 30 jours d'un recours aux urgences
0 an	28,1	16,8	117,4	4,5
1-18 ans	29,5	1,4	4,2	8,3
19-45 ans	21,5	2,9	8,9	6,4
46-65 ans	14,3	4,4	11,5	5,2
66-85 ans	14,8	8	24,2	4,9
86+ ans	18,9	8	35,6	4,3

Sources: OFS – MS 2016–2017; PSA 2017–2018/analyse Obsan

© Obsan 2021

classement, les coûts de prise en charge en service d'urgence les moins élevés sont ceux des patients ayant effectué un séjour hospitalier relevant des domaines « orthopédie », « dermatologie » et « ophtalmologie » (coût moyen se situant autour de 300 francs).

Vue d'ensemble du recours aux hospitalisations et aux urgences en fonction de l'âge

Les résultats par classe d'âge montrent des différences dans les pratiques de recours aux soins aigus hospitaliers. La naissance à l'hôpital étant comptabilisée comme un séjour en soins aigus, la quasi-totalité des séjours enregistrés pour les **bébés âgés de moins d'une année** correspond à la naissance (98,2% des séjours hospitaliers). Pour cette classe d'âge, 4,5% des séjours sont suivis dans les 30 jours d'un recours aux services d'urgence, ce qui correspond à 16,8% de l'ensemble des admissions en service d'urgence pour les bébés.

Chez les **enfants et les adolescents (1 à 18 ans)**, ainsi que chez les **adultes jusqu'à 45 ans**, les taux d'hospitalisation (4,2% et 8,9%) sont plus bas que dans les classes d'âge supérieures, mais une part plus importante de séjours hospitaliers est suivie d'un recours aux services d'urgence (8,3% et 6,4%). Ces admissions ne constituent qu'une moindre part du recours aux services d'urgence au sein de ces classes d'âge (1,4% et 2,9%) et semblent s'inscrire dans une tendance plus générale à recourir plus fréquemment aux services d'urgence (taux de recours aux urgences de 29,5% chez les 1 à 18 ans et de 21,5% chez les 19–45 ans).

Chez les **46 ans et plus**, la part des séjours hospitaliers suivis d'un recours aux services d'urgence est plus basse (autour de 5%), mais comme en même temps, le taux d'hospitalisation augmente fortement avec l'avancée en âge (46–65 ans: 11,5%, 66–85 ans: 24,2%, 86+ ans: 35,6%), une part plus importante des admissions en services d'urgence suit un épisode d'hospitalisation. Par exemple, chez les 65 ans et plus, 8% des admissions en service d'urgence surviennent dans les 30 jours suivant une hospitalisation.

Ces résultats suggèrent donc que la propension à se rendre aux urgences dans les jours suivants un séjour hospitaliers pourrait, du moins en partie, refléter des différences plus générales entre les classes d'âge concernant les pratiques de recours aux soins. En d'autres termes, si les 19–45 ans recourent plus

fréquemment aux services d'urgence plutôt qu'à d'autres types de prestataires (p. ex. médecins de premier recours), il est possible que ceux-ci s'orientent également plus souvent vers ce mode de prise en charge en cas de problème de santé suite à un séjour hospitalier.

Discussion et perspectives d'analyses

Les analyses menées s'inscrivent dans la discussion concernant l'opportunité d'utiliser le **recours aux services d'urgences comme indicateur de qualité des prestations hospitalières**. Le fait qu'un lien médical entre les deux types de recours ainsi que le caractère évitable du recours aux urgences ne puissent être établis est à cet égard une **limitation importante** identifiée en introduction de ce bulletin.

Par ailleurs, les résultats pour la Suisse suggèrent que, en comparaison avec les études de cas réalisées à l'étranger, le taux de recours aux urgences en aval d'un séjour hospitalier est, dans l'ensemble, relativement bas. Cette observation est notamment confortée par le fait que les données à disposition pour la Suisse permettent d'inclure les trajectoires où le recours aux services d'urgence et le séjour hospitalier sont effectués dans deux hôpitaux différents, ce qui n'est pas nécessairement le cas dans les études menées à l'étranger.

De plus, le recours aux urgences (plutôt qu'à un autre type de prestataire de soins) peut également s'inscrire dans des pratiques plus générales de recours aux soins. L'analyse des résultats par classe d'âge suggère que ce type de facteur est susceptible d'avoir un effet sur le taux de recours aux urgences suite à un séjour hospitalier. En ce sens, les variations du taux de recours aux urgences observées ne sont pas forcément le reflet de différences quant à la fréquence d'effets indésirables.

Néanmoins, des pistes sont esquissées quant à la manière dont un indicateur de recours aux urgences suite à une hospitalisation pourrait être développé afin de promouvoir la qualité des soins. D'une part, il est possible d'identifier les **caractéristiques des patients qui peuvent être associées à un risque plus élevé de recours aux urgences**. Cela ouvre la voie à la mise en place d'interventions ciblant les patients appartenant à des groupes à risque, par exemple en renforçant la coordination des soins à la sortie de l'hôpital.

D'autre part, les **hôpitaux suisses présentent des taux de recours aux urgences suite à un séjour hospitalier variables**. Une analyse approfondie, dépassant le cadre de ce bulletin, pourrait viser à comparer les établissements hospitaliers en tenant compte de facteurs tels que le type d'interventions réalisées ou les caractéristiques individuelles des patients. Les établissements pourraient ainsi évaluer l'existence en leur sein d'une potentielle marge de progression.

En Suisse, ce sont pour l'heure les réhospitalisations évitables qui font l'objet d'indicateurs de qualité, mais ce bulletin met en lumière un autre type de recours aux services hospitaliers susceptible d'intervenir suite à un séjour hospitalier. En montrant la manière dont les services hospitaliers de soins aigus ambulatoires et stationnaires s'articulent dans la prise en charge des patients, il suggère également que la **prise en considération des retours en services d'urgence pourrait compléter l'appréciation qui est faite de la qualité des soins hospitaliers, de la coordination des soins à la sortie de l'hôpital ainsi que du suivi du patient**.

Enfin, ce bulletin a examiné le poids représenté par les admissions survenant suite à un séjour hospitalier au sein des services d'urgence. Il a été observé que celles-ci représentaient un peu plus de 4% des admissions et des coûts des consultations des urgences. Il est possible qu'une diminution des admissions évitables puisse décharger les services d'urgence des hôpitaux mais la part de ces admissions évitables n'étant pas connue, l'ampleur d'un tel effet ne peut être estimée.

Encadré 3 : Approche méthodologique

Données utilisées

Les données utilisées proviennent de la **Statistique médicale des hôpitaux (MS)** et des **données ambulatoires des patients (PSA)**. Les données de la MS et de la PSA ont été appariées à l'aide du code de liaison anonyme, lequel permet d'identifier de manière unique mais anonyme qu'il s'agit de la même personne.

Dans le domaine stationnaire, ce bulletin ne considère que les séjours hospitaliers en **soins somatiques aigus** des patients domiciliés en Suisse. Cela signifie que les séjours hospitaliers en psychiatrie ou en réadaptation ont été exclus de l'analyse. La délimitation des domaines de soins est présentée sur le site internet de l'Obsan: www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/delimitation-et-definition-du-cas-MS. De plus, les cas hospitaliers suivis d'un transfert interne ou externe ont également été exclus de l'analyse.

Les **séjours hospitaliers** recensés correspondent aux cas hospitaliers selon SwissDRG. Cela signifie qu'en cas de réadmission dans les 18 jours pour le même groupe majeur de diagnostic (MDC), la date d'entrée enregistrée est celle de la première entrée, et la date de sortie, celle de la sortie définitive. Cette définition explique qu'un certain nombre d'admissions aux services d'urgences soit recensé au cours d'un cas hospitalier.

Dans le domaine ambulatoire, les **admissions en service d'urgence** ont été identifiées au moyen de la position Tarmed 35.0610 (forfait d'admission en urgence, service reconnu). Il est à noter que dans certains cantons, la garde médicale est en partie ou complètement intégrée aux services d'urgence.

Jeux de données et calcul des indicateurs

Partant de l'année de référence 2017, deux jeux de données ont été constitués afin de décrire, d'une part, le nombre et les caractéristiques des cas hospitaliers concernés et d'autre part, le nombre et les caractéristiques des admissions en services d'urgence concernées.

Dans le premier cas, le jeu de données comprend les cas hospitaliers recensés en 2017, distingués selon qu'une admission dans un service d'urgence a été recensée ou non dans les 30 jours suivants, et ce jusqu'au 30 janvier 2018.

Dans le deuxième cas, le jeu de données comprend les admissions en services d'urgences recensées en 2017, distingués selon la survenue ou non d'un séjour hospitalier s'étant terminé dans les 30 jours précédant, et ce jusqu'au 1^{er} décembre 2016. Il en découle que les données des hospitalisations et du recours aux services d'urgence pour l'année 2017 ne sont pas le miroir exact l'une de l'autre.

Pour les deux ensembles de données, la mise en relation entre le recours aux services d'urgence et les séjours hospitaliers a été effectuée au moyen d'un code de liaison anonyme permettant d'identifier les mêmes individus.

Avec cette approche, les données disponibles ne permettent pas encore un suivi des indicateurs dans le temps mais dans les années à venir, les évolutions temporelles devraient pouvoir être décrites.

Limites des données

Il est possible que dans certains cas, un même patient se soit vu attribuer plusieurs codes d'identification différents. Ce problème concernait 7% des cas hospitaliers en 2015 et 1% en 2016 (Tuch et al. 2018). La part de cas hospitaliers concernés en 2017 n'est pas connue. En conséquence, la part de recours conjoint aux services d'urgence et aux hospitalisations est peut-être légèrement sous-estimée.

L'attribution des prestations médicales aux groupes de prestations se fait à l'aide du Catalogue suisse des interventions chirurgicales (CHOP) et de la Classification internationale des maladies (CIM-10). Dans quelques cas, d'autres variables (comme l'âge) sont également utilisées.

Initialement, 130 GPPH ont été définis. Dans le cadre de ce bulletin, ceux-ci ont été regroupés en 24 catégories.

Références

Augustine, J. J. (2018) *Return ED Visits: Poor Performance or Flawed Metric?* www.acepnw.com.

Eggl, Y. (2017). Rapport comparatif national 2016 (données OFS 2015) de l'indicateur des réadmissions potentiellement évitables SQLape.

ANQ, Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et cliniques (2016). *Réadmissions potentiellement évitables. Soins aigus. Rapport comparatif national*. Données de l'OFS 2017. Version 1.1, juillet 2019.

ANQ (2018). *Auswertungskonzept Potenziell vermeidbare Rehospitalisationen und Reoperationen mit SQLape ab BFS-Daten 2016*. Bern: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ).

Kocher, K. E., Nallamothu, B. K., Birkmeyer, J. D., & Dimick, J. B. (2013). *Emergency department visits after surgery are common for Medicare patients, suggesting opportunities to improve care*. *Health Affairs*, 32(9), 1600-1607.

Lauque, D., Fernandez, S., Lecoules, N., Charpentier, S., Azéma, O., Edlow, J., & Bellou, A. (2017). *Revue de la littérature sur les retours précoces aux urgences pour améliorer la qualité et la sécurité des soins*. *Annales françaises de médecine d'urgence*, 7(2), 106-116.

Merçay, C. (2018). *Le recours aux services d'urgence en Suisse. Description des différences cantonales* (Obsan Dossier 64). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Rising, K. L., White, L. F., Fernandez, W. G., & Boutwell, A. E. (2013). *Emergency department visits after hospital discharge: a missing part of the equation*. *Annals of emergency medicine*, 62(2), 145-150.

Tuch, A., Jörg, R., Hedinger, D. & Widmer, M. (2018). *Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009–2016*. Schlussbericht (Obsan Dossier 65). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Wang, C. L., Ding, S. T., Hsieh, M. J., Shu, C. C., Hsu, N. C., Lin, Y. F., & Chen, J. S. (2016). *Factors associated with emergency department visit within 30 days after discharge*. *BMC health services research*, 16(1), 190.

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution mandatée par la Confédération et les cantons. L'Obsan analyse les informations existant en Suisse dans le domaine de la santé. Il soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions du secteur de la santé publique dans leur planification, leur prise de décisions et leur action. Pour plus d'informations, veuillez consulter www.obsan.ch.

Impressum

Éditeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Auteurs

Merçay Clémence (Obsan)

Référence bibliographique

Merçay, C. (2021). *Recours aux services d'urgence suite à un séjour hospitalier en soins aigus* (Obsan Bulletin 01/2021). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Renseignements / informations

Observatoire suisse de la santé
Espace de l'Europe 10, CH-2010 Neuchâtel, Tél. 058 463 60 45,
obsan@bfs.admin.ch, www.obsan.ch

Langue du texte original

Français, cette publication est également disponible en allemand (Numéro OFS: 1033-2101)

Traduction

Services linguistiques de l'Office fédéral de la statistique (OFS)

Mise en page/graphiques

Office fédéral de la statistique (OFS), Section DIAM, Prepress/Print

En ligne

www.obsan.ch → Publications

Imprimés

www.obsan.ch → Publications
Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel,
order@bfs.admin.ch, tél. 058 463 60 60
Impression réalisée en Suisse

Numéro OFS

1034-2101

© Obsan 2021



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.