



Résumé

Le Conseil fédéral a regroupé ses priorités en matière de politique de la santé sous le titre «Santé2020». Au nombre de ces priorités, la promotion de la coordination et de l'intégration des soins de santé revêt une grande importance et doit être soutenue dans tous les domaines.

L'optimisation de la coordination au sein du système de santé implique que l'on porte un intérêt particulier aux transferts des patients d'un prestataire de soins à l'autre par ce qu'il est convenu d'appeler des interfaces. L'objectif des analyses réalisées sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique est d'identifier et de quantifier les principales chaînes de prise en charge. Il s'agit en premier lieu d'évaluer l'ordre de grandeur de ces transferts au sein des soins stationnaires et de l'aide et des soins à domicile. Les données disponibles ne permettent pas de déterminer le nombre de fois où la coordination a posé problème. Dans le meilleur des cas, elles laissent entrevoir un potentiel d'amélioration (p. ex. pour les réhospitalisations).

Environ 10% des patients continuent d'être pris en charge de manière stationnaire après un séjour hospitalier en soins aigus. La moitié d'entre eux (4% du total) sont réhospitalisés dans les 10 jours qui suivent, tandis que l'autre moitié (5% du total) sont traités en clinique de réadaptation. Une petite partie seulement (1%) est transférée en clinique psychiatrique. La proportion de personnes prises en charge par l'aide et les soins à domicile ou par un établissement médico-social (3% de toutes les hospitalisations dans les deux cas) est presque équivalente à celle des personnes admises en réadaptation. Ce sont principalement les patients âgés qui nécessitent une offre de soins en dehors du domaine des soins hospitaliers aigus.

Les résultats montrent une augmentation parfois nette au fil du temps des cas ayant recours à l'aide et aux soins à domicile après un séjour hospitalier, mais aussi de ceux issus de la chaîne de prise en charge soins aigus – réadaptation – soins aigus. En revanche, le nombre de cas liés aux autres types d'interfaces sont restés constants.

Il n'a pas été possible, dans le cadre de cette étude, d'analyser dans quelle mesure ces tendances reflètent les caractéristiques des patients (patients âgés, multimorbidité, entre autres). L'impact de l'évolution démographique (part de personnes âgées) n'a pas non plus pu être pris en compte.

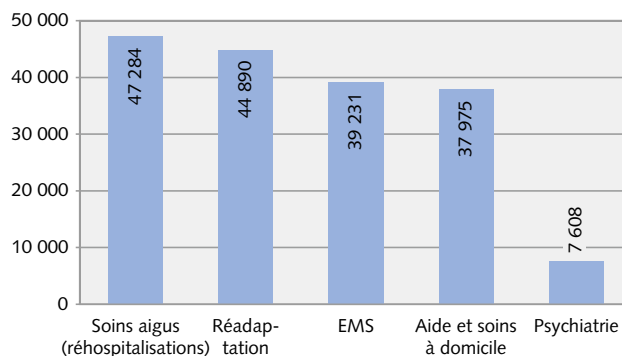
Les chaînes de prise en charge et leurs interfaces

Les interfaces dans les soins de santé décrivent les transferts d'une forme de prise en charge à une autre, par exemple quand les patients sont envoyés en réadaptation après les soins somatiques, puis pris en charge par l'aide et les soins à domicile. Dans le contexte d'une coordination optimale, il est de la plus grande importance que la qualité de la prise en charge soit assurée à toutes les étapes du traitement. En effet, c'est précisément lors de tels transferts que les problèmes de coordination surviennent. Le présent bulletin décrit les principales chaînes de prise en charge dans le domaine stationnaire et les quantifie. Il s'agit de donner un ordre de grandeur de ces interfaces. Compte tenu des données disponibles, l'accent est mis uniquement sur les interfaces du domaine stationnaire et de l'aide et des soins à domicile. Les chaînes de prise en charge suivantes sont étudiées:

- Soins aigus stationnaires → réadaptation
- Soins aigus stationnaires → psychiatrie
- Soins aigus stationnaires → aide et soins à domicile/
établissement médico-social
- Soins aigus stationnaires → réadaptation
→ aide et soins à domicile/
établissement médico-social
- Soins aigus stationnaires → soins aigus stationnaires

Prises en charge après un séjour en soins aigus, cas totaux, 2013

Fig. 1



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux/exploitation Obsan

© Obsan 2015

La chaîne de prise en charge des soins aigus aux soins aigus, avec un bref séjour hors de l'hôpital, (cas des réhospitalisations) ne correspond pas à une interface au sens strict. Elle a toutefois également été étudiée vu son importance en tant qu'indicateur de qualité dans le contexte d'une prise en charge coordonnée.

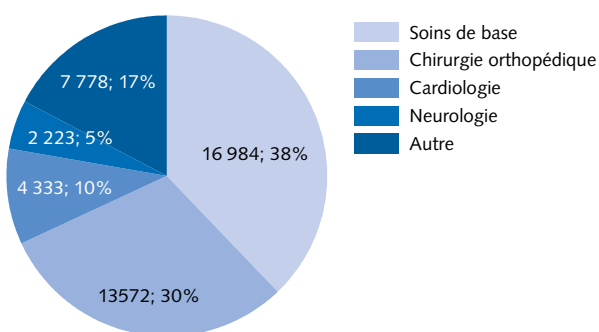
En 2013, 52'498 cas sur plus de 1,1 million, soit 5%, ont été envoyés en réadaptation (44'890, 3,9%) ou en psychiatrie (7608, 0,7%) après avoir été hospitalisés en soins aigus. Un nombre presque équivalent de cas (47'284, 4,1%) ont dû être réhospitalisés 10 jours après avoir quitté un hôpital de soins aigus. En outre, 39'231 cas (3,4%) ont été admis dans un établissement médico-social et 37'975 (3,3%) ont été pris en charge par l'aide et les soins à domicile à leur sortie d'hôpital (figure 1).

Soins aigus → réadaptation

Le transfert de patients le plus fréquent est celui qui s'opère entre un hôpital de soins aigus et une clinique de réadaptation. Le plus grand nombre de ces cas proviennent du domaine de prestations des soins de base (38%), sans qu'il soit possible de les attribuer à un domaine de soins spécifique. Les diagnostics les plus fréquents sont les fractures du col du fémur, l'insuffisance cardiaque et les maladies respiratoires obstructives chroniques. Le domaine de prestations des soins de base est suivi de la chirurgie orthopédique (30%), de la cardiologie (10%) et de la neurologie (5%) (figure 2).

Des soins aigus en réadaptation, après un séjour en soins aigus, 2013

Fig. 2



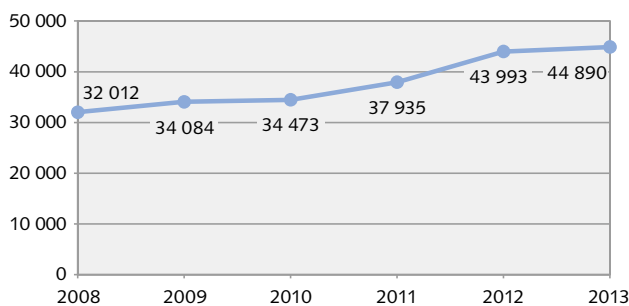
Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux/exploitation Obsan © Obsan 2015

Le nombre de cas transférés des soins aigus à la réadaptation, en hausse depuis 2008, a connu une stabilisation au cours des deux dernières années (figure 3).

On constate qu'il y a davantage d'hommes que de femmes de moins de 65 ans qui sont admis en réadaptation après une hospitalisation en soins aigus. Mais au-delà de 65 ans, la proportion de femmes nécessitant un séjour dans un établissement de réadaptation augmente jusqu'à être deux fois plus élevée chez les plus de 85 ans (figure 4).

Des soins aigus en réadaptation, cas totaux, 2008–2013

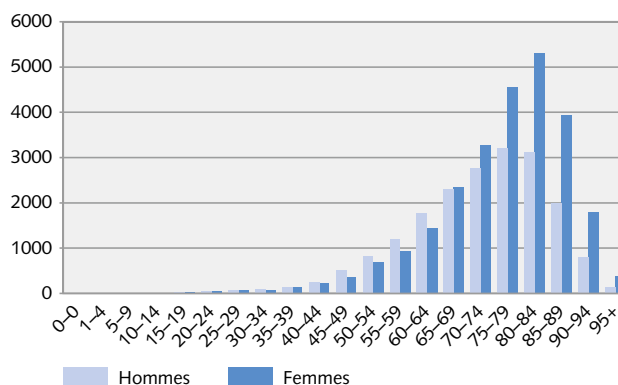
Fig. 3



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux/exploitation Obsan © Obsan 2015

Des soins aigus en réadaptation par âge et par sexe, 2013

Fig. 4



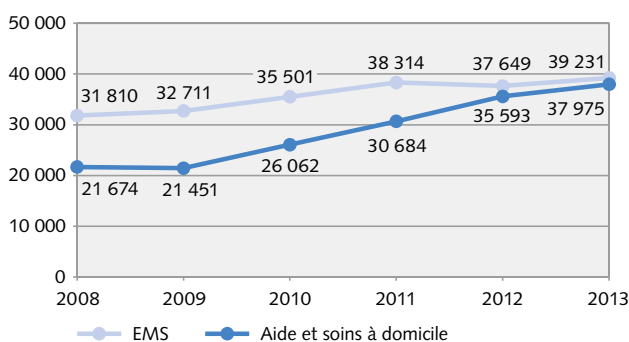
Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux/exploitation Obsan © Obsan 2015

Soins aigus → aide et soins à domicile/établissement médico-social

La prise en charge post-hospitalière peut avoir lieu en clinique de réadaptation ou en clinique psychiatrique, mais aussi souvent dans un établissement médico-social (39'231 cas) ou être assurée par les services d'aide et de soins à domicile (37'975). Le transfert dans un EMS s'est fait dans des proportions équivalentes en 2013 à celles des deux années précédentes; par contre, le nombre de cas pris en charge par l'aide et les soins à domicile a considérablement augmenté depuis 2009, de plus de 10% en moyenne par an (figure 5).

Des soins aigus à l'aide/soins à domicile (Spitex) ou en EMS, cas totaux, 2008–2013

Fig. 5

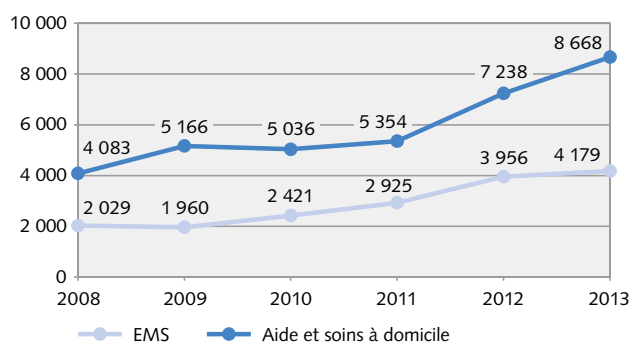


Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux/exploitation Obsan © Obsan 2015

Soins aigus → réadaptation → aide et soins à domicile / établissement médico-social

Sur les 44'890 cas admis dans un établissement de réadaptation en 2013 après une hospitalisation en soins aigus, 8668 (19%) ont ensuite été pris en charge par l'aide et les soins à domicile et quelque 4179 sont entrés dans un établissement médico-social 89%. Cette tendance, en particulier dans le cas de l'aide et des soins à domicile, s'est nettement renforcée ces dernières années (figure 6). Les données utilisées ici ne permettent pas de savoir si ces séjours dans les EMS ou la prise en charge par l'aide et les soins à domicile sont de nature définitive ou temporaire.

De la réadaptation à l'aide/soins à domicile (Spitex) ou en EMS, cas totaux, 2008–2013 Fig. 6



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux/exploitation Obsan © Obsan 2015

Définitions

L'étude prend en compte tous les patients qui sont sortis de l'hôpital au cours de l'année considérée (cas statistiques A), enfants inclus. Les données 2013 ne tiennent pas compte des patients qui ont quitté l'hôpital en 2014. Cela peut avoir une incidence sur les taux de réhospitalisation dans un délai de 30 ou de 60 jours.

On distingue les types de prise en charge suivants:

- Soins aigus: hospitalisations dans un hôpital de soins aigus (typologie OFS K1 ou K231-K233), sans centres de coûts principaux M500, M900, M950 (psychiatrie, gériatrie et réadaptation).
- Réadaptation: hospitalisations avec comme centre de coûts principal M900 ou M950.
- Psychiatrie: hospitalisations avec centre de coûts principal (M500).

Les domaines de prestations définis correspondent aux groupes de prestations selon la planification hospitalière (SPLG) recommandés par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS).

Interfaces:

- Par interfaces on entend ici les transferts d'une forme de prise en charge à une autre, par exemple quand les patients sont envoyés en réadaptation après des soins aigus à l'hôpital. Le transfert doit avoir eu lieu dans un certain laps de temps. Un délai de 10 jours a été défini, car il se peut que les patients rentrent par exemple à la maison à court terme jusqu'à ce qu'une place se libère en réadaptation.

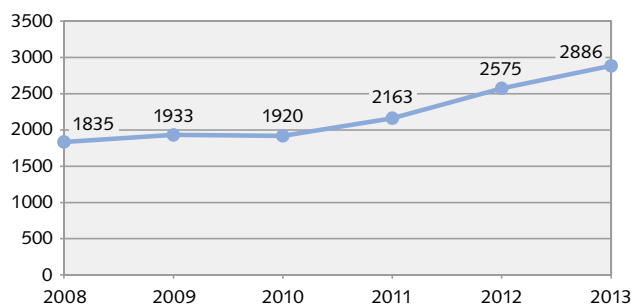
Prise en charge post-hospitalière:

- La prise en charge post-hospitalière englobe les soins et l'encadrement fournis par les services d'aide et de soins à domicile et les établissements médico-sociaux. Les soins médicaux ambulatoires post-hospitaliers ne sont pas considérés ici, les données y relatives faisant défaut.

Soins aigus → réadaptation → soins aigus

Les interfaces « doubles » soins aigus – réadaptation – soins aigus sont nettement moins fréquentes: sur les 44'890 patients transférés des soins aigus en réadaptation, 2886 ont été réhospitalisés en soins aigus (6%). Si le nombre de ces cas tend à augmenter fortement, leur proportion par rapport à l'ensemble des patients en réadaptation n'a progressé que légèrement, passant de 5,7% en 2008 à 6,4% en 2013.

Chaîne de prise en charge – soins aigus – réadaptation – soins aigus, cas totaux, 2008–2013 Fig. 7

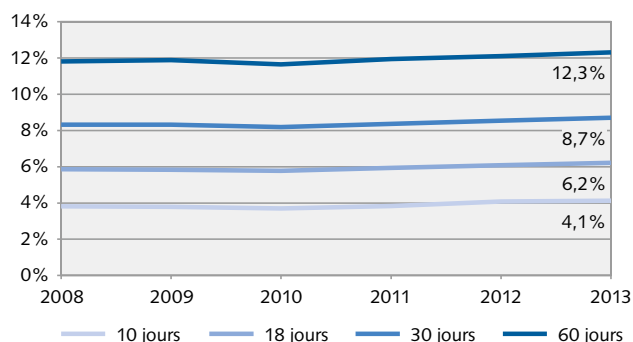


Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux/exploitation Obsan © Obsan 2015

Soins aigus → soins aigus (réhospitalisations)

Les données sur les réhospitalisations servent souvent d'indicateur de la qualité de la prise en charge dans le domaine des soins aigus. Elles sont considérées ici dans le contexte de l'interface entre les soins aigus et les soins aigus, soit d'une interface au sens large. Sont prises en compte les réhospitalisations dans les 10/18/30/60 jours, qu'elles aient été planifiées ou non et que les patients aient ou non demandé une prise en charge post-hospitalière (par exemple en réadaptation). Il ressort de la figure 8 que 47'284 cas en soins aigus (4,1%) sont réhospitalisés dans les 10 jours suivant leur sortie de l'hôpital. Les taux de réhospitalisations sont restés constants au fil du temps, que ce soit pour ces réhospitalisations dans les 10 jours ou pour celles dans les 18/30/60 jours suivant la sortie de l'hôpital (figure 8).

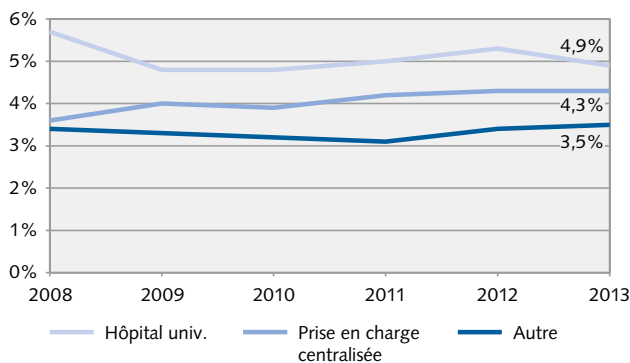
Réhospitalisations en soins aigus dans les 10/18/30/60 jours, proportion par année, 2008–2013 Fig. 8



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux/exploitation Obsan © Obsan 2015

Si l'on considère les réhospitalisations dans les 10 jours suivant la sortie de l'hôpital, on observe que les taux de réhospitalisations sont plus élevés dans les grands hôpitaux, ce qui correspond aux particularités de la prise en charge dans ces établissements (les soins hautement spécialisés et complexes font augmenter les taux de réhospitalisations). Les données ne permettent pas de déterminer si la réhospitalisation était planifiée ou non.

Réhospitalisations dans les 10 jours après un séjour en soins aigus, proportion par typologie de l'hôpital et par année, 2008–2013 Fig. 9



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux/exploitation Obsan © Obsan 2015

Données utilisées

Les analyses se basent sur les données de la statistique médicale des hôpitaux et de la statistique des hôpitaux établies par l'OFS pour les années 2008–2013.

Le parcours de soins des patients a été analysé à l'aide de leur code de liaison. L'OFS a autorisé la demande d'appariement y relative.

Les calculs relatifs à la prise en charge post-hospitalière par les services d'aide et de soins à domicile et les établissements médicosociaux correspondent aux informations fournies dans la statistique médicale. Par conséquent les chiffres réels peuvent s'écarter des données présentées ici.

Une nouvelle définition des cas est entrée en vigueur dès 2012 dans la statistique médicale: lorsqu'une personne est réhospitalisée dans les 18 jours suivant sa sortie de l'hôpital avec le même groupe de diagnostic principal (MDC: Major Diagnostic Category), elle compte comme un seul cas, alors qu'avant 2012, elle aurait compté comme deux cas distincts. Afin d'assurer la comparabilité des données sur toute la période considérée, les cas ont été reconstruits pour ces calculs sur la base de l'ancienne définition (une sortie=un cas) à l'aide des indications sur les sorties intermédiaires.

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution mandatée par la Confédération et les cantons. L'Observatoire suisse de la santé 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

Editeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Auteur

Marcel Widmer, Dimitri Kohler (Obsan)

Mandant

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Direction du projet OFSP

Gabriele Wiedenmayer, Service Evaluation et recherche

Référence bibliographique

Widmer, M. & Kohler, D. (2015). *Les chaînes de prise en charge et leurs interfaces* (Bulletin Obsan 1/2015) 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

Graphisme/Layout

DIAM, Prepress/Print, OFS

Langue du texte original

Allemand (traduction: services linguistiques de l'OFS)

Commande

Tél. 058 463 60 60 / Fax 058 463 60 61

order@bfs.admin.ch

Numéro de commande 1034-1501

Cette publication est également disponible en allemand (numéro de commande 1033-1501)

Téléchargement du fichier PDF

www.obsan.ch → Publications

© Obsan 2015



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali 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 DF



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.