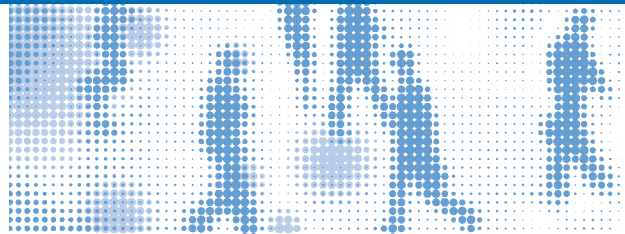




OBSAN BULLETIN 4/2016



Point de vue

L'Office fédéral de la santé publique conduit une large évaluation de la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) dans le domaine du financement hospitalier (www.bag.admin.ch/EvalFinancementHospitalier). L'un des volets de cette évaluation est l'étude des effets de la révision sur la qualité des soins hospitaliers stationnaires.

Le présent bulletin de l'Obsan actualise, avec les données 2013, les analyses de l'étude principale. Deux ans après l'introduction du nouveau système de financement des hôpitaux, on n'observe pas de détérioration de la qualité des soins hospitaliers stationnaires. Le nombre de patients qui, après un séjour en soins somatiques aigus, sont pris en charge par un service de réadaptation, par un EMS ou par le système de soins à domicile continue d'augmenter. On ne sait pas si cette évolution est due à la révision de la loi ou si elle est le reflet d'autres tendances. Les analyses effectuées jusqu'ici n'ont pas pu établir de corrélations statistiquement significatives avec la révision de la LAMal, financement hospitalier.

On n'a étudié jusqu'ici qu'une petite partie de la qualité du secteur hospitalier stationnaire. Dans les travaux à venir, les effets de la révision sur la qualité des soins hospitaliers stationnaires seront considérés sur une base plus large. Des indicateurs supplémentaires seront pris en considération pour les soins somatiques aigus. On examinera également, à l'aide d'indicateurs appropriés, la qualité de la réadaptation stationnaire et de la psychiatrie. L'ensemble de l'évaluation aboutira à la publication d'un rapport complet en 2019.

Oliver Peters, vice-directeur,
chef de l'Unité de direction Assurance maladie et accidents,
Office fédéral de la santé publique

Les effets du nouveau financement hospitalier sur la qualité des prestations stationnaires

Actualisation 2013

Les effets de la révision LAMal relative au financement hospitalier sur la qualité des soins stationnaires sont évalués sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. Le présent bulletin, qui tient compte des données de 2013, est une pierre supplémentaire à l'édifice. Il vise à répondre aux deux questions suivantes:

Comment la qualité des soins hospitaliers stationnaires a-t-elle évolué ces dernières années dans le domaine des soins somatiques aigus et quelles relations peut-on observer entre l'évolution de la qualité des soins et la mise en œuvre des mesures prévues dans le cadre de la révision?

Quelle influence ces mesures exercent-elles sur les interfaces entre les différents secteurs des soins hospitaliers stationnaires (soins somatiques aigus, psychiatrie, réadaptation) et entre le secteur stationnaire et les secteurs situés en aval (établissements médico-sociaux, soins à domicile)?

Cette étude actualise, avec les données 2013, les analyses de l'étude principale réalisée dans le cadre de l'évaluation du financement hospitalier (Kohler, Widmer et Weaver 2015).

Les analyses se sont basées sur des indicateurs établis pour mesurer la qualité des soins (méthode: voir l'encadré p. 3). Ces indicateurs portent sur trois niveaux: le patient, le personnel et les chaînes de prise en charge (cf. tab. 1).

Tab. 1 Indicateurs de qualité analysés

Niveaux	Variables analysées
Patient	Durée de séjour Réhospitalisations à 18/30 jours Mortalité hospitalière Mortalité par infarctus du myocarde Mortalité par insuffisance cardiaque Mortalité par attaque cérébrale
Personnel	Equivalents plein temps (EPT) par niveau de formation Qualification des soins («skill/grade mix») Ratio médecin/lit Ratio personnel soignant/lit
Chaînes de prise en charge	Soins aigus → réadaptation/psychiatrie Soins aigus → EMS/soins à domicile par nombre de cas et durée de séjour

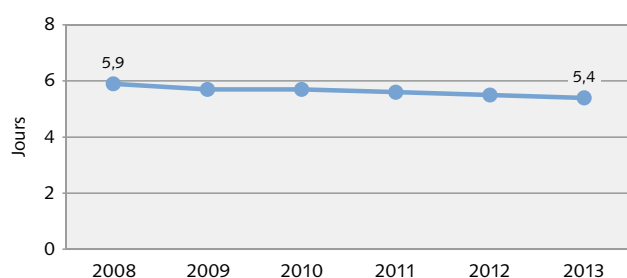
Indicateurs au niveau du patient

Durées de séjour

Depuis 2008, la durée de séjour moyenne en soins somatiques aigus a diminué constamment, passant de 5,9 à 5,4 jours (figure 1). Les analyses montrent que ce recul, même en tenant compte d'autres variables telles que l'âge, la comorbidité, les diagnostics, etc. (voir l'encadré p. 3) est statistiquement significatif. En revanche, on ne peut pas démontrer que l'introduction du nouveau système de financement en 2012 ait eu un effet sur les durées de séjour.

Evolution de la durée moyenne de séjour, 2008–2013

Fig. 1



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux

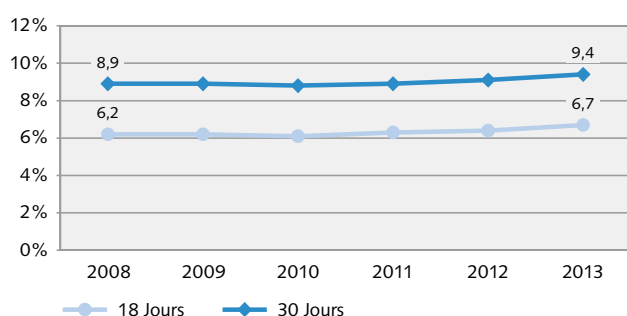
© Obsan 2016

Réhospitalisations à 18/30 jours

Les taux de réhospitalisation à 18 jours et à 30 jours n'ont pratiquement pas changé au cours de ces dernières années. Ils étaient de 6,2% et 8,9% en 2008, de 6,7% et 9,4% en 2013. Les taux de réhospitalisation sont constants de 2008 à 2010, puis ils augmentent légèrement (figure 2). Compte tenu des autres variables déterminantes, cette augmentation n'est pas significative. Les analyses montrent en revanche que la probabilité de réhospitalisation à 18 ou 30 jours a augmenté après 2012 dans les hôpitaux qui facturaient déjà au forfait par cas avant 2012. Les raisons n'en sont pas claires. Comme cet effet est minime et qu'il n'y a pas de différence statistique au cours du temps, on peut provisoirement le négliger. Cet indicateur devra toutefois être observé dans la suite de l'évaluation.

Evolution des réhospitalisations à 18/30 jours, en %, 2008–2013

Fig. 2



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux

© Obsan 2016

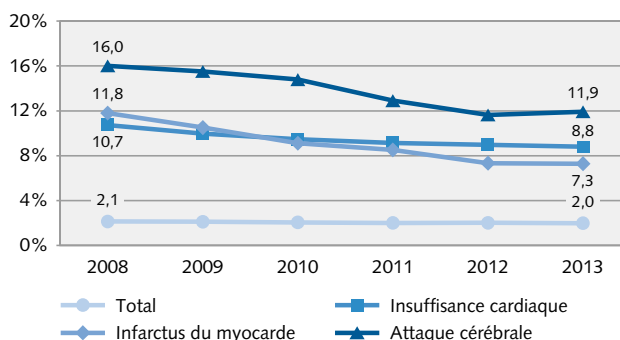
Taux de mortalité hospitalière

Le taux général de décès hospitaliers est, depuis 2008, constant à 2,0% pour l'ensemble des patients stationnaires. Il est en baisse pour certains diagnostics tels que l'infarctus du myocarde, l'insuffisance cardiaque et l'attaque cérébrale (figure 3). De 2008 à 2013, le risque a baissé d'environ

4,5 points de pourcentage pour l'infarctus du myocarde, de 2 points pour l'insuffisance cardiaque et de 4 points pour l'attaque cérébrale. Aucun lien, cependant, n'a pu être démontré avec la révision du financement hospitalier. Les raisons des baisses observées du taux de mortalité à l'hôpital n'ont pas pu être élucidées. Elles pourraient être de nature aussi bien structurelle (p. ex. souhait des patients de mourir à la maison) que médicale (amélioration du potentiel ou de la qualité des diagnostics et des traitements).

Evolution des risques de mortalité hospitalière, au total et par diagnostic, en %, 2008–2013

Fig. 3



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux

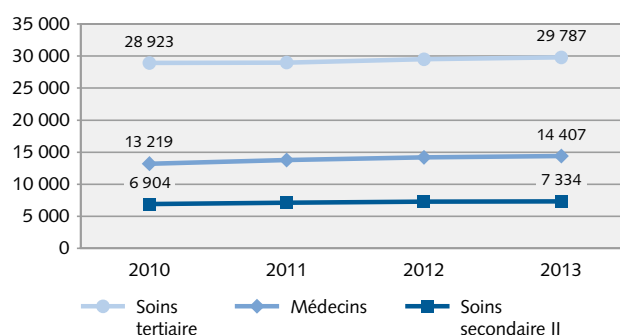
© Obsan 2016

Indicateurs au niveau du personnel

La figure 4 montre l'évolution du nombre d'équivalents plein temps, par catégories professionnelles, de 2010 à 2013. Une légère augmentation s'observe aussi bien pour le personnel soignant (formation tertiaire ou formation secondaire II) que pour les médecins. Comme cette évolution est allée de pair avec une légère augmentation du nombre de jours d'hospitalisation, le rapport postes/jours d'hospitalisation est resté constant. Le skill/grade-mix n'a pratiquement pas changé non plus: le rapport entre personnel médical et personnel soignant est de 1:2,6, le rapport entre soignants de formation tertiaire et soignants de formation secondaire II de 4,1: 1.

Evolution du nombre de postes à plein temps (EPT) par catégories professionnelles, 2010–2013

Fig. 4



Source: OFS – Statistique des hôpitaux

© Obsan 2016

Interfaces

Soins aigus → réadaptation / psychiatrie

La révision du financement des hôpitaux crée, par l'introduction des forfaits par cas dans toute la Suisse, une incitation à raccourcir les séjours en soins aigus. On peut dès lors se demander dans quelle mesure il en résulte un transfert vers les soins situés en aval. En 2008, la proportion de

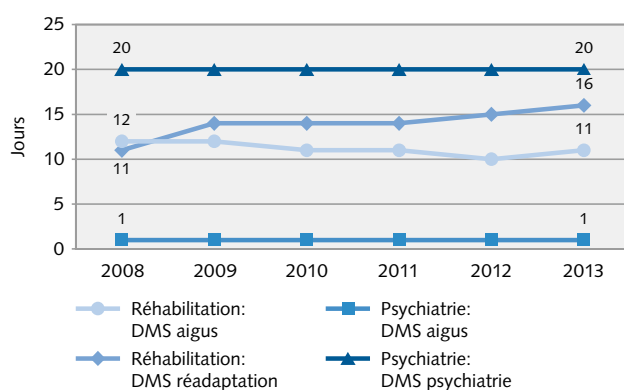
patients transférés des soins aigus vers un service de réadaptation était de 3,0%; la proportion est passée à environ 4% en 2013 (non représenté graphiquement).

De 2008 à 2013, la durée de séjour moyenne (DSM) en soins somatiques aigus des patients transférés par la suite dans un service de réadaptation a diminué de 12 à 11 jours, mais cette diminution s'observe déjà en 2009, année où la révision est entrée en vigueur (figure 5). Inversement, la durée de séjour moyenne en réadaptation a augmenté de 5 jours au cours de la même période, passant de 11 à 16 jours. Une première hausse de 11 à 14 jours s'observe de 2008 à 2009, puis la durée de séjour a augmenté encore d'un jour par an de 2011 à 2013. L'analyse n'a pas permis de déterminer si cette évolution est due au nouveau financement des hôpitaux ou à des changements dans les caractéristiques des patients.

Les chiffres relatifs au passage entre les soins somatiques aigus et la psychiatrie sont restés stables au cours des 6 dernières années. La part des patients transférés d'un hôpital de soins aigus vers une clinique psychiatrique est de 0,7% (non représenté). La durée de séjour moyenne (médiane) était de un jour en soins somatiques aigus et de 20 jours en soins post-hospitaliers psychiatriques (figure 5).

Evolution des durées moyennes de séjours (DMS) des patients transférés des soins aigus en réadaptation ou en psychiatrie, en jours, 2008–2013

Fig. 5



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux

© Obsan 2016

Données et méthodes

Les analyses se basent sur les données de la statistique des hôpitaux et de la statistique médicale des hôpitaux établies par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Elles couvrent les années 2008–2013.

Il s'agit généralement d'une étude comparative «avant-après» selon la méthode présentée dans le rapport Obsan 62 (Kohler, Widmer, Weaver, 2015). Pour les indicateurs relatifs au personnel et aux interfaces, on a procédé à des analyses descriptives; pour les indicateurs relatifs aux patients, on a utilisé en outre des modèles multivariés qui tiennent compte des variables suivantes: âge, sexe, diagnostic et comorbidité (indice de Charlson). Au niveau de l'hôpital, on a tenu compte de l'indice case-mix, de la proportion de patients de plus de 65 ans et du mode de facturation avant 2012.

Pour analyser le parcours de traitement individuel des patients, on a utilisé leur code de liaison. L'autorisation de croiser les données nous a été accordée par l'OFS. Le calcul de la prise en charge post-hospitalière (soins à domicile, EMS) s'appuie sur les données de la statistique médicale. Il est donc possible que les chiffres réels s'écartent des données présentées ici.

Définitions

Les durées de séjour sont calculées conformément aux règles de SwissDRG (date de sortie – date d'entrée).

On appelle interface le passage d'un secteur à un autre dans une chaîne de soins, par exemple le passage d'un patient du secteur hospitalier de soins aigus au secteur de la réadaptation. Le passage doit se faire dans un temps donné. La limite a été fixée à 10 jours, les patients ayant la possibilité, par exemple, de rentrer à la maison avant d'entrer en réadaptation.

Références

Les résultats détaillés des analyses sont publiés séparément dans un dossier d'accompagnement:

www.bag.admin.ch/EvalFinancementHospitalier

Des informations contextuelles sur cette étude, sur la méthodologie et sur les premiers résultats sont disponibles dans:

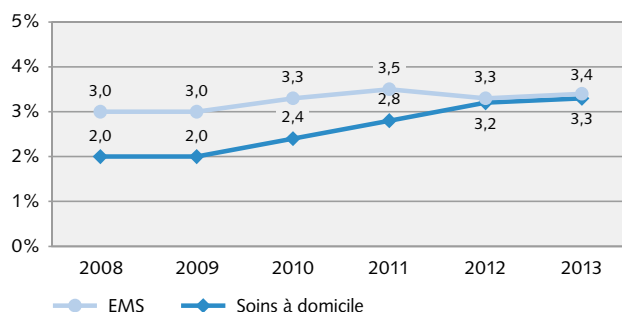
Kohler, D., Widmer, M. & Weaver, F. (2015). *Les effets du nouveau financement hospitalier sur la qualité des prestations hospitalières stationnaires. Etude principale, 1^{re} étape, 2008–2012.* (Obsan Rapport 62). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Soins aigus → EMS/soins à domicile (SAD)

La prise en charge des patients issus d'un hôpital de soins aigus a nettement augmenté, au cours des dernières années. L'évolution est peu marquée pour les EMS: 3,0% des patients sont passés dans un EMS en 2008, 3,5% en 2011, 3,4% en 2013 (figure 6). En revanche, la prise en charge dans le cadre des soins à domicile a fortement augmenté depuis 2009 (2,0%) pour atteindre 3,3% en 2013.

Evolution de la proportion de patients transférés des soins aigus vers un EMS ou vers les soins à domicile, en %, 2008–2013

Fig. 6



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux

© Obsan 2016

Discussion

Les changements qu'on observe dans les indicateurs de qualité du secteur stationnaire de soins aigus ne peuvent pas être clairement attribués à la révision du système de financement des hôpitaux.

Au cours de la période étudiée, les indicateurs concernant les patients montrent certains changements. La durée de séjour, par exemple, diminue constamment depuis quelques années. Mais les analyses approfondies ne permettent pas de démontrer l'existence d'un lien avec la révision de la LAMal, au niveau du financement hospitalier. Les taux de réhospitalisation (à 18/30 jours) ont tendance à augmenter depuis 2011. Mais cette évolution n'est pas significative et s'explique par d'autres facteurs (démographie, comorbidité, etc.). Le taux de mortalité hospitalière, pour certains diagnostics, a reculé de 2008 à 2013. Mais cette tendance s'observait déjà auparavant. Un lien avec le financement hospitalier ne peut pas être démontré.

L'analyse des indicateurs relatifs aux patients montre donc globalement une qualité des soins hospitaliers inchangée. Les analyses approfondies montrent également que les changements observés ne peuvent pas être rapportés à la mise en œuvre du nouveau système de financement hospitalier.

Les indicateurs relatifs au personnel montrent une stabilité de l'emploi dans les hôpitaux. Le nombre de postes à plein temps chez les médecins comme dans le personnel soignant a légèrement augmenté au cours des dernières années. Mais rapporté au nombre de jours de soins, il est resté constant. Le skill-mix entre personnel médical et personnel soignant, et aussi au sein du personnel soignant (tertiaire vs secondaire II) est également resté inchangé.

Les changements les plus importants se trouvent dans la prise en charge post-hospitalière des patients du secteur des soins aigus stationnaires. On constate une forte hausse des prises en charge post-hospitalières dans les secteurs réadaptation, soins à domicile et EMS. La hausse est nettement plus forte dans les soins à domicile que dans les deux autres secteurs. L'allongement observé de la durée de séjour en réadaptation, avec parallèlement un raccourcissement de la durée de séjour en soins aigus, pourrait correspondre à un effet de transfert. Pour le démontrer statistiquement, il faudrait toutefois procéder à d'autres analyses en tenant compte de cofacteurs tels que l'âge, la comorbidité, etc.

Globalement, la révision du financement hospitalier ne semble avoir aucun effet sur les indicateurs de qualité intra-hospitaliers, et sur les interfaces. Même si des questions restent ouvertes, pour ces dernières, elles devront être analysées plus précisément à l'avenir. Les résultats des analyses ne diffèrent donc pas de ceux publiés dans l'étude principale (Obsan rapport 2015).

Un monitoring des indicateurs décrits plus haut est prévu pour les années qui viennent. Il est prévu aussi d'étudier de manière plus approfondie des secteurs tels que la réadaptation et la psychiatrie, où des changements de tarification sont prévus.

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)

Auteurs

Marcel Widmer, Dimitri Kohler (Obsan)

Mandant

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Direction de projet OFSP

Gabriele Wiedenmayer, service évaluation et recherche

Référence bibliographique

Widmer, M. & Kohler, D. (2016). Les effets du nouveau financement hospitalier sur la qualité des prestations stationnaires. Actualisation 2013 (Obsan Bulletin 4/2016). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Renseignements/Informations

Observatoire suisse de la santé

Espace de l'Europe 10

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 1034-1604

Cette publication est également disponible en allemand (numéro de commande: 1033-1604)

Téléchargement du fichier PDF

www.obsan.ch → Publications

© Obsan 2016



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Confédération 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 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.