



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

Réévaluation

Prise en charge des blessés graves

Rapport explicatif pour le rattachement à la médecine hautement spécialisée

RAPPORT FINAL

Berne, 17 septembre 2015

Maison des cantons
Speichergasse 6
Case postale 684
CH-3000 Berne 7

+41 (0)31 356 20 20

office@gdk-cds.ch
www.gdk-cds.ch

Impressum

Rédaction	Document rédigé par l'organe scientifique MHS dans le cadre des travaux de planification pour la mise en œuvre de la CIMHS.
Direction du projet	Dr Eva Greganova
Collaboration	Dr Matthias Fügen, Salome Kaeslin
Correspondance	Secrétariat de projet MHS, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), Speichergasse 6, 3000 Berne 7.
Source	Cette publication peut être obtenue en français et en allemand auprès du secrétariat de projet MHS.
Forme masculine	Par souci de lisibilité, seuls les termes génériques masculins (par ex. patient, expert) seront utilisés dans ce rapport à défaut de termes épicènes; ils s'appliquent également aux hommes et aux femmes.
Nom du document	94_709/ EG/BT_Schlussbericht_Trauma_Reeval_Zuordn_Publ_DEF_f.docx

Résumé

Dans le cadre de la CIMHS, la prise en charge des blessés graves a, en tant que domaine médical, été rattachée pour la première fois à la médecine hautement spécialisée en 2011. Une première attribution des prestations pour le traitement des blessés graves a eu lieu simultanément (12 centres de traumatologie ont été sélectionnés). Cette décision, ainsi que les mandats de prestations y afférents restent en vigueur jusqu'au 31.12.2014 et seront soumis à une réévaluation. Conformément aux directives du Tribunal administratif fédéral, il convient désormais, pour la planification de la MHS, de suivre une procédure en deux temps qui distingue entre rattachement d'un domaine de prestations à la MHS (définition du domaine MHS) et attribution des prestations. En outre, une procédure de candidature sera organisée préalablement à l'attribution des nouveaux mandats de prestations (attribution), et ce, afin d'offrir aux fournisseurs de prestations intéressés la possibilité ou bien de poser pour la première fois leur candidature à un mandat de prestations, ou bien de renouveler celui qui leur avait déjà été confié. Le rapport explicatif du 19 février 2015 sert de base à la consultation relative à la définition du domaine MHS «Prise en charge des blessés graves» en ce qui concerne la poursuite du rattachement à la MHS).

Par blessés graves, on entend en général les patients qui, à la suite d'une lésion isolée très grave ou de lésions multiples complexes (traumatisme multiple) se trouvent en danger aigu de mort. Un blessé grave représente toujours une urgence clinique et exige un traitement immédiat adéquat sur le lieu même de l'accident puis dans un centre de traumatologie spécialisé. Sur les quelque 790 000 personnes qui, selon la statistique de la Suva, sont victimes chaque année d'un accident en Suisse (accidents du travail, accidents de la route, de sport, accidents domestiques ou durant les loisirs), seule une infime minorité présente des blessures graves. Environ 700-800 blessés graves nécessitent une prise en charge complexe hautement spécialisée entrant dans le champ d'application de la CIMHS. Dans le cadre de la MHS, les blessés graves sont définis comme ceux présentant une seule ou plusieurs lésions graves avec un score de gravité selon l'Injury Severity Score (ISS) d'au moins 20 points ou ayant été victimes d'un traumatisme cranio-cérébral significatif avec un score de gravité ≥ 3 selon l'Abbreviated Injury Score (AIS). Le pronostic de ces patients dépend éminemment de la rapidité de la prise en charge, de son caractère adapté à la pathologie en cause et axé sur les priorités. Un acheminement rapide dans un centre de traumatologie disposant des structures et des moyens humains adaptés est par conséquent d'une grande importance pour l'obtention de résultats optimaux.

La prise en charge des blessés graves dans un centre de traumatologie est considérée comme efficace et adéquate, ce qui se reflète dans l'amélioration de l'outcome fonctionnel. Compte tenu du petit nombre de cas, des coûts considérables de traitement ainsi que de la nécessité de traitements multidisciplinaires complexes avec un investissement humain important, ce domaine satisfait en outre aux autres critères exigés pour être faire partie de la médecine hautement spécialisée (selon l'art. 1 et l'art. 4 de la CIMHS).

Le traitement des blessés graves dans un centre de traumatologie n'est pas seulement nécessaire pour améliorer sans cesse les résultats thérapeutiques, mais aussi pour assurer une bonne formation post-graduée du personnel soignant et des médecins, ainsi que pour renforcer la recherche et l'innovation dans ce secteur. Ces aspects permettent en fin de compte d'accroître la compétitivité des hôpitaux suisses. A cet égard, le registre suisse de traumatologie récemment introduit vient encore renforcer cette évolution positive et aider à mieux définir les frais de prise en charge des blessés graves.

Recommandation pour la décision de rattachement à la MHS

L'organe scientifique MHS recommande de poursuivre la procédure de rattachement de la prise en charge des blessés graves à la MHS.

Table des matières

Mandat	4
Démarche	4
Démarche et résultats de la réévaluation	5
Résultats de la consultation	5
Description du domaine MHS	10
Critères de rattachement à la médecine hautement spécialisée	13
Perspectives	17
Conclusion	18
Annexes	19
A1 Références	19
A2 Abréviations	21

Mandat

Les cantons sont tenus d'établir conjointement une planification pour l'ensemble de la Suisse dans le domaine de la médecine hautement spécialisée (art. 39, al.^{2bis}, LAMal). C'est à cette fin qu'ils ont signé la convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009, et se sont ainsi engagés, dans l'intérêt d'une prise en charge médicale adaptée aux besoins, de haute qualité et économique, à planifier et à attribuer de conserve les prestations hautement spécialisées. La CIMHS constitue la base légale pour l'attribution des prestations; elle fixe les processus de décision et définit les critères qu'une prestation doit remplir pour être considérée comme hautement spécialisée (voir à ce propos le chapitre «Critères de rattachement à la médecine hautement spécialisée»). Les décisions d'attribution prises dans le cadre de la mise en œuvre de la CIMHS ont force légale dans toute la Suisse et, en vertu de l'art. 9, al. 2, prévalent sur les attributions de prestations cantonales. En ratifiant la convention, les cantons ont délégué à l'organe de décision MHS la compétence pour définir et planifier le domaine de la MHS. La CIMHS fixe par ailleurs certains principes qui doivent être respectés dans la planification à l'échelle nationale. Ne sont concernées que les prestations cofinancées par les assurances sociales suisses, en particulier l'assurance obligatoire des soins (AOS) (art. 7, al. 4, CIMHS). Afin de parvenir à des synergies, il convient de veiller à ce que les prestations médicales faisant l'objet d'une concentration soient attribuées à un petit nombre de centres universitaires ou d'autres centres multidisciplinaires (art. 7, al. 1, CIMHS). La planification doit inclure l'enseignement et la recherche et tenir compte des interdépendances entre les différents domaines médicaux hautement spécialisés (art. 7, al. 2 et 3, CIMHS).

Démarche

Le traitement des blessés graves a déjà été rattaché à la médecine hautement spécialisée en 2011. Cette décision s'est accompagnée simultanément, dans le cadre de la CIMHS, d'une première attribution de prestations à 12 centres de traumatologie pour la prise en charge spécialisée des blessés graves. Ces mandats de prestations – et par conséquent les listes des hôpitaux MHS dans ce domaine – sont valables jusqu'au 31 décembre 2014 et vont être réévalués au cours d'une procédure ad hoc.

En matière de planification de la médecine hautement spécialisée, il convient, conformément aux directives du Tribunal administratif fédéral (TAF), de suivre une procédure formellement séparée en deux temps, qui distingue entre rattachement à la MHS (définition du domaine MHS) et attribution des prestations (liste des hôpitaux MHS). Le rapport explicatif du 19 février 2015 définissait le domaine médical du traitement des blessés graves et discutait de la pertinence des critères de la CIMHS pour ce domaine. Il servait ainsi de base à la consultation concernant la proposition de définition du domaine MHS «Prise en charge des blessés graves» en vue de la poursuite du rattachement à la MHS. Dans le cadre de la procédure de consultation, un large éventail de destinataires a pu se prononcer sur le choix et la définition du domaine MHS considéré. Les divers avis formulés ont été compilés de façon systématique dans un rapport sur les résultats¹ (publié sur le site internet de la CDS²). La

¹ Consultation relative à la définition du domaine MHS «Prise en charge des blessés graves», résultats de la consultation du 10 mars 2015, rapport sur les résultats du 17 septembre 2015.

² www.gdk-cds.ch/

décision de rattachement à la MHS prise par l'organe de décision est publiée dans la Feuille fédérale. Ce n'est qu'une fois le rattachement entériné que débutera la deuxième phase de planification en vue de l'attribution des prestations. Une procédure de candidature sera organisée préalablement à l'attribution des nouveaux mandats de prestations; elle offrira aux fournisseurs de prestations intéressés la possibilité de poser leur candidature à un mandat de prestations.

Démarche et résultats de la réévaluation

La réévaluation visant à savoir si le domaine médical «Prise en charge des blessés graves» doit continuer à être rattaché à la médecine hautement spécialisée était fondée sur l'examen des éléments clés suivants:

- Examen critique de la définition des traitements hautement spécialisés, c.-à-d. quels types de lésions et quelles parties des traitements doivent-ils être considérés comme hautement spécialisés
- Nouvel examen du degré de respect des critères CIMHS selon l'art. 1 CIMHS
- Examen complémentaire du degré de respect des critères CIMHS selon l'art. 4, al. 4.

Les résultats de la réévaluation et les recommandations de l'organe scientifique MHS ont été rassemblés dans le rapport explicatif du 19 février 2015³, qui a été soumis pour avis aux diverses parties concernées en mars 2015. Les résultats de la consultation ainsi que les principales adaptations de fond qui en découlent sont succinctement présentés dans le chapitre «Résultats de la consultation». En se fondant sur ces résultats, le présent rapport contient les recommandations définitives de l'organe scientifique MHS pour le rattachement des traitements décrits à la MHS.

Résultats de la consultation

Le secrétariat de projet MHS a reçu au total 60 avis sous forme d'un questionnaire standardisé et 11 avis sous une autre forme.

Rattachement à la MHS sur la base des critères CIMHS

Une forte majorité des participants à la consultation accueille favorablement le rattachement du domaine du traitement complexe des blessés graves à la médecine hautement spécialisée en vertu de la CIMHS. 7 hôpitaux régionaux ainsi que les Cliniques privées suisses (CPS) et la Société Médicale du Valais (SMV) se prononcent contre ce rattachement (voir tableau 1).

³ Prise en charge des blessés graves, rapport explicatif pour le rattachement à la médecine hautement spécialisée du 19 février 2015.

Tableau 1. Approbation du rattachement de la prise en charge des blessés graves à la MHS.

	Pour	Contre	Sans avis /refusent de se prononcer
Cantons	21	0	0
Hôpitaux	25	7	3
Assureurs	2	0	1
Décanats des facultés de médecine	2	0	0
Associations professionnelles, organisations professionnelles et autres organisations concernées	6	1	2
Autres	0	1	0
Total	56	9	6

Définition du domaine MHS

En ce qui concerne la définition du domaine MHS, certains participants ont donné un feedback tout à fait positif, divers partisans du rattachement ayant cependant émis des réserves.

La SUVA estime même que l'intégration du traitement des blessés graves dans la liste des domaines MHS constitue une mesure indispensable. De même, les critères déterminants pour le rattachement à la MHS sont considérés comme pertinents; le choix d'un cut off à 20 pour l'Injury Severity Score (ISS) et à 3 pour l'Abbreviated Injury Scale Head (AIS-Head) est raisonnable et permet d'optimiser les ressources. La Société suisse de médecine d'urgence et de sauvetage (SSMUS) ainsi que la Société suisse de médecine intensive (SSMI) soutiennent également la définition des «blessés graves» basée sur ces critères.

Plusieurs partisans (ainsi que de nombreux opposants) font remarquer premièrement que le score ISS n'est pas établi à la phase pré-hospitalière au moment des secours et peut donner des résultats variables quand il est calculé à plusieurs reprises au cours de la démarche diagnostique. Quelques participants dans la région de Zurich soulignent que l'ISS est un outil subjectif et non reproductible. De plus, ils soutiennent que l'ancrage de l'ISS dans le système tarifaire SwissDRG est impossible. Ils doutent en outre que les cantons soient en mesure de contrôler d'éventuelles violations des mandats de prestations, car tous les hôpitaux n'utilisent pas une classification basée sur l'ISS. L'association Médecine Universitaire Suisse (anciennement Groupe des Quinze) et l'hôpital universitaire de Bâle ajoutent à ce sujet qu'il n'est ni possible ni du reste approprié d'obliger tous les hôpitaux à utiliser le système ISS. Quelques partisans estiment de surcroît que les patients avec un $ISS \geq 20$ peuvent aussi être traités correctement et en toute sécurité dans les grands hôpitaux de soins aigus ou les hôpitaux cantonaux ne disposant pas d'un mandat de prestations MHS «Prise en charge des blessés graves». Divers participants à la consultation font remarquer que la raison pour laquelle la définition MHS des blessés graves se base sur un score $ISS \geq 20$ et pas sur le seuil internationalement validé d'un $ISS > 15$ n'est pas claire.

Quelques participants peuvent imaginer une **extension** de la définition MHS aux lésions cardiaques, aortiques, hépatobiliaires ou pancréatiques, ainsi qu'aux lésions du bassin/acétabulum et du rachis ou encore l'inclusion d'autres DRG dans la liste.

Diverses **définitions alternatives** du domaine MHS ont été proposées. Quelques acteurs de la région de Zurich préféreraient une définition prenant en compte uniquement les codes CIM et CHOP. L'association Médecine Universitaire Suisse, l'hôpital universitaire de Bâle ainsi que le canton du Valais et l'hôpital cantonal de Winterthour peuvent éventuellement imaginer une combinaison des codes CIM/CHOP avec les DRG et les groupes de prestations hospitalières (GPH ou SPLG en allemand). L'Inselspital de Berne et le décanat de la faculté de médecine de l'université de Berne signalent cependant que ni les codes CIM/CHOP ni les GPH ne peuvent refléter le degré de gravité d'une lésion isolée. Ils constatent en conclusion que, pour des raisons de transparence et de reproductibilité, une définition des cas fondée sur l'ensemble de données médicales serait souhaitable – celle-ci devrait toutefois s'aligner étroitement sur les exigences AIS/ISS afin d'obtenir un classement aussi pertinent que possible sur le plan médical.

Certains participants se prononcent pour une **exclusion** partielle de certains éléments de la définition **ou** une **limitation de la définition MHS**:

Compte tenu des adaptations annuelles nécessaires ainsi que de la haute spécificité du MDC 21A «Traumatisme multiple», les hôpitaux universitaires de Zurich, Berne et Bâle en particulier estiment que les DRG ne sont pas un instrument approprié pour représenter les blessés graves au sens de la MHS. Le MDC 21A «Traumatisme multiple» rend mal compte des cas MHS et ne comprend que les polytraumatismes et pas les «blessés graves». De plus, il ne prend pas suffisamment en considération les cas de lésions graves isolées. A l'inverse, ce groupe diagnostique recense des patients qui n'appartiennent pas à la catégorie MHS. L'association Médecine Universitaire Suisse et un hôpital universitaire craignent que l'adaptation des DRG aux besoins de la catégorisation de la CIMHS puisse entraîner des distorsions; ils rejettent par conséquent cette adaptation qu'ils considèrent comme étrangère au système et oiseuse. Certains participants soulignent par ailleurs que la forme de la combinaison ISS/AIS et système SwissDRG proposée n'est pas claire.

D'autres pensent au contraire que la définition est trop large et proposent concrètement d'exclure certains DRG spécifiques de la liste. Selon l'Inselspital de Berne et le décanat de la faculté de médecine de l'université de Berne, il convient également d'exclure certains cas de traumatologie de la personne âgée de la définition MHS.

Les hôpitaux régionaux de Suisse centrale craignent d'assister à une détérioration des soins hospitaliers locaux. De ce fait, ainsi qu'en raison d'autres réserves, ils **rejettent la poursuite de la procédure de rattachement** de la prise en charge des blessés graves à la MHS. De plus, ils critiquent le fait qu'il faille déclarer son intérêt pour un mandat de prestations dès l'étape du rattachement à la MHS, ce qui revient à mêler rattachement à la MHS et attribution des prestations. La Société Médicale du Valais (SMV) se prononce également contre le rattachement à la MHS au motif que les blessés graves ne constituent pas une entité médicale exigeant un traitement dans des centres de traumatologie.

Conclusion

Les résultats de la consultation confirment clairement que la prise en charge des blessés graves doit être rattachée à la MHS (env. 80 % des participants approuvent le rattachement).

La définition médicale MHS du traitement complexe des blessés graves présentée dans la consultation ne diffère guère de la définition qui avait cours jusqu'à présent⁴. On a conservé la définition du domaine MHS fondée sur un ISS \geq 20, en se contentant seulement de préciser que le traitement des adultes victimes d'un traumatisme crânio-cérébral était rattaché à la MHS à partir d'un score AIS \geq 3. Les seuils (cut off) retenus reflètent la grande complexité, le degré de gravité et par conséquent aussi la rareté des blessures très graves qui doivent être prises en charge dans les centres assurant des soins maximaux. De plus, la saisie de la gravité des lésions avec le système AIS/ISS est obligatoire en Suisse depuis le 1^{er}.1.2015 pour tous les fournisseurs de prestations MHS dans le cadre du registre suisse de traumatologie (RST). La saisie du degré de gravité avec ces instruments internationalement reconnus permet de comparer l'outcome à la fois entre les centres suisses de traumatologie mais aussi au niveau international. L'organe scientifique tenait à ce que la définition du domaine de prestations déjà existante et établie aussi dans la pratique au niveau international soit autant que possible conservée en tenant compte des critères prédéterminés.

La décision sur le lieu de l'accident d'un transfert direct dans un centre de traumatologie MHS est prise par les services de secours pré-hospitaliers sur la base de certains paramètres cliniques et des diagnostics suspectés. Cela fonctionne très bien, en particulier à la REGA. Une nouvelle amélioration du système de triage existant est prévue en collaboration aussi bien avec le groupe d'accompagnement désigné qu'avec les services de secours d'urgence terrestres et par hélicoptère ainsi qu'avec l'Interassociation de sauvetage (IAS).

Les blessures graves exigent un traitement spécialisé interdisciplinaire aussi rapide que possible dans les 60 minutes (dites «golden hour») suivant le traumatisme, au cours desquelles un traitement approprié s'avère particulièrement important pour le pronostic. Etant donnée l'importance d'un diagnostic et d'un traitement adéquats et axés sur les priorités, aussi rapides que possible, il importe donc, lorsqu'on suspecte une blessure grave, de transférer les patients dans un centre de traumatologie, où ceux avec un score ISS \geq 20 ou un score AIS \geq 3 doivent être pris en charge. A l'inverse, les patients avec un score inférieur à 20 (ISS) ou à 3 (AIS) peuvent également être correctement traités dans d'autres hôpitaux. Par définition, le score AIS ou ISS ne doit être calculé qu'une fois le processus diagnostic achevé. Les 12 centres de traumatologie disposent de codeurs AIS/ISS certifiés de l'Association for the Advancement of Automotive Medicine (AAAM) qui garantissent un recueil et une reproductibilité corrects des scores ISS/AIS.

L'organe scientifique appuie la proposition des participants d'établir des réseaux de traumatologie avec un système hiérarchisé afin d'aboutir à une prise en charge optimale des blessés graves sur l'ensemble du territoire national. Exceptionnellement, lorsqu'un transfert très rapide s'avère impossible – notamment pour des raisons météorologiques – dans un centre de traumatologie, les soins d'urgence doivent être mis en œuvre dans un hôpital régional, à charge pour celui-ci de contacter un centre de traumatologie au

⁴ Voir décision de l'organe de décision MHS relative à la planification de la MHS dans le domaine de la prise en charge des blessés graves du 21 juin 2011.

sein de son réseau. L'organe scientifique soutient l'élaboration d'un concept pour la formation de réseaux de traumatologie (supra-)régionaux par le groupe d'accompagnement désigné en collaboration avec les centres de traumatologie.

A l'instar de ce qui s'est déjà fait dans les autres domaines MHS, on a essayé, en collaboration avec la direction de la santé du canton de Zurich, de s'appuyer sur les codes des maladies (CIM) et des opérations (CHOP) pour délimiter les prestations MHS dans le domaine des blessés graves, ce qui permettrait également qu'elles se reflètent dans les groupes de prestations hospitalières (SPLG). Cette démarche s'est avérée problématique (pour un plus ample informé, voir chapitre «Remarque sur la définition du domaine MHS»). On notera que les autres pays n'ont pas non plus réussi à représenter ce domaine dans les codes CIM et CHOP. Néanmoins, de nouveaux efforts seront entrepris à l'avenir pour examiner, avec un groupe d'experts, des solutions afin de représenter ce domaine dans les systèmes de classification CIM/CHOP et de poser ainsi les bases d'un décompte adéquat des cas complexes très coûteux dans le système tarifaire SwissDRG.

Compte tenu des nombreuses objections à la représentation complémentaire des blessures graves à l'aide de certaines DRG sélectionnées (faible spécificité, nécessité d'adaptations annuelles, divergence par rapport aux besoins de catégorisation de la CIMHS), l'organe scientifique a décidé de renoncer à la liste des DRG présentée pour la définition du domaine MHS. Le fait que l'adaptation des concepts de SwissDRG soit du ressort de SwissDRG SA et pas des organes MHS a également contribué à cette décision.

Appréciation critique d'autres remarques

Les assureurs-maladie (santésuisse) accueillent favorablement une coopération au sein d'un réseau de traumatologie comprenant des hôpitaux périphériques (qui adressent les patients à un centre de traumatologie). Quelques hôpitaux et cantons proposent un système hiérarchisé avec intégration dans un réseau de traumatologie selon les critères de la société allemande de chirurgie traumatologique (*Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie*, DGU) ou sur le modèle du système américain (avec des centres de niveau 1-3). D'aucuns observent par ailleurs qu'une collaboration étroite et précoce avec les centres en charge du suivi est nécessaire.

Afin d'évaluer correctement l'impact du rattachement à la MHS et l'amélioration des résultats thérapeutiques, la FMH recommande d'exploiter les données actuelles concernant le nombre de cas, le diagnostic, le traitement, la qualité, l'économicité, etc. Quelques cantons et certains hôpitaux proposent également que l'exploitation du registre de traumatologie serve de base pour l'évaluation des nombres de cas et des résultats thérapeutiques de façon générale. L'organe scientifique préconise l'exploitation des données sur la base du registre suisse de traumatologie. Après une phase de développement et une phase pilote, le recueil véritable des données dans ce registre a débuté le 1^{er} janvier 2015 (cf. les données relatives à la rareté p. 13).

La procédure en deux temps (disjonction du rattachement à la MHS et de l'attribution des prestations) est bien accueillie par tous les acteurs. Ceux-ci estiment en général que le rapport explicatif constitue un outil appréciable pour la connaissance du domaine de prestations.

Par ailleurs, les hôpitaux régionaux de Suisse centrale ainsi que les organisations faïtières des hôpitaux (H+ et CPS) se montrent très critiques envers les exigences complémentaires impo-

sées aux hôpitaux (notamment conduite d'un registre, procédure de reconnaissance officielle) sans une réglementation du financement des coûts supplémentaires en résultant par les organes MHS.

Enfin, les hôpitaux régionaux de Suisse centrale de même que les organisations faîtières des hôpitaux (H+, CPS et VNS) remettent en question la légitimité de la CIMHS pour la planification de ce domaine, au motif que la prise en charge des blessés graves tombe la plupart du temps sous le coup de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA). Selon les organes MHS, bien que la CIMHS se fonde sur la norme de compétence décrite à l'art. 39, al. 2bis, LAMal, elle n'a cependant pas exclu les accidents dans le concordat même. Le rattachement à la médecine hautement spécialisée se fait indépendamment de la cause (maladie ou accident). Le champ d'application de la LAMal comprend aussi des accidents (voir art. 1a, al. 2, let B, LAMal). De surcroît, il arrive souvent qu'on ne puisse pas encore savoir au début de l'hospitalisation si le cas relève de la LAA.

Adaptations de fond basées sur les résultats de la consultation

La description du domaine MHS (définition MHS) ainsi que des critères de rattachement à la MHS demeurent inchangés dans le rapport sur le rattachement à la MHS. La proposition de définition du domaine MHS a été adaptée dans la mesure où seule la définition médicale (ISS ≥ 20 , AIS ≥ 3) est conservée; en revanche, la représentation des blessures graves / traumatismes multiples dans le système tarifaire SwissDRG a été retirée du rapport explicatif et les adaptations correspondantes ont été effectuées dans le texte principal du rapport.

Description du domaine MHS

Par blessés graves, on entend les patients qui, à la suite d'une lésion isolée très grave ou de lésions multiples complexes (traumatisme multiple) se trouvent en danger aigu de mort. Le terme de «traumatisme multiple» s'applique à une lésion simultanée de plusieurs régions du corps ou de plusieurs appareils [1]. On parle de traumatisme multiple en présence de plusieurs lésions et/ou lorsque l'Injury Severity Score⁵ (ISS) > 15 points [2]. Une seule de ces lésions ou la combinaison de plusieurs peut déjà suffire à engager le pronostic vital. Les principales causes de traumatisme multiple sont les accidents de la circulation, les accidents du travail⁶, les accidents domestiques ainsi que ceux survenant durant les loisirs ou résultant de voies de fait [3, 4].

Les symptômes sont variables; ils dépendent du type et de la gravité de la lésion ainsi que des organes touchés. Divers types de lésions permettent de conclure à l'existence d'une blessure grave à haut risque, notamment un traumatisme cranio-cérébral sévère, une lésion abdominale importante ou encore une lésion thoracique grave [1, 5].

Les blessés graves ou les traumatismes multiples sont toujours synonyme d'urgence clinique. La mortalité est élevée – de l'ordre de 13-24 % – et représente la première cause de décès dans la tranche d'âge allant jusqu'à 40 ans [6]. Le traitement initial d'un des blessés graves

⁵ L'Injury Severity Score est une unité de mesure reflétant la gravité des lésions; il représente la somme des carrés des 3 AIS les plus élevés des 3 à 6 (au maximum) régions corporelles les plus atteintes.

⁶ Il s'agit en particulier des lésions dues à des explosions, à des causes thermiques ou chimiques, ou encore à des irradiations.

débuté déjà sur le lieu de l'accident, le traitement définitif se poursuivant idéalement dans un centre de traumatologie spécialisé.

Dans le cadre des travaux de planification de la médecine hautement spécialisée, l'accent est mis sur le traitement des blessés graves qui doivent être traités dans un centre de traumatologie assurant une prise en charge maximale. Cela concerne

- D'une part les patients avec une seule ou plusieurs lésions graves mettant en jeu le pronostic vital, autrement dit un score de gravité d'au moins 20 points selon l'Injury Severity Score (ISS) [7],
- D'autre part, les patients victimes d'un traumatisme cranio-cérébral grave c.-à-d. un AIS-head ≥ 3 ⁷.

La prise en charge de tels patients (dont le pronostic vital est engagé) est un processus très complexe qui, du fait de son caractère imprévisible, exige énormément en termes d'organisation des secours et de gestion des processus et se fait en urgence. Les lésions nécessitent un traitement interdisciplinaire spécialisé aussi rapide que possible. La rapidité du diagnostic et du traitement, leur adéquation aux lésions et le fait qu'ils soient axés sur les priorités sont cruciaux pour le pronostic d'un blessé grave. L'importance du transport direct des blessés graves depuis le lieu de l'accident jusque dans un centre hospitalier approprié et l'avantage d'une prise en charge dans un centre de traumatologie par rapport à celle dans un centre périphérique est amplement décrite dans la littérature scientifique [8-11].

Conclusion

La prise en charge des blessés graves constitue une urgence et exige beaucoup de l'équipe soignante. Une bonne prise en charge préhospitalière et un traitement en temps utile dans un centre de traumatologie disposant du personnel et de l'infrastructure nécessaires améliorent la qualité de vie ultérieure, et réduisent également les coûts considérables liés au suivi chez ces patients souvent jeunes.

Remarque sur la définition du domaine MHS

La détermination du degré de gravité des lésions joue un rôle important dans la pratique clinique quotidienne. L'Abbreviated Injury Score (AIS) et l'Injury Severity Score (ISS) dont il est dérivé sont les instruments d'évaluation de la gravité des lésions les plus utilisés tant au niveau international que dans les centres suisses de traumatologie. L'AIS et l'ISS sont de plus des normes internationalement reconnues pour les travaux scientifiques dans le domaine de la traumatologie. Depuis le 1^{er} janvier 2015, la saisie des informations avec le système AIS/ISS est obligatoire pour l'ensemble des 12 centres de traumatologie en Suisse. Certains hôpitaux emploient en outre les systèmes de classification CIM/CHOP pour le codage des patients, notamment ceux de traumatologie. Les codes CIM/CHOP contribuent à l'établissement des DRG, des statistiques et à la sélection des patients pour la gestion de la qualité et les travaux scientifiques.

Ces dernières années, des efforts ont été entrepris en matière de planification de la médecine hautement spécialisée afin qu'outre la définition médico-clinique, les différents domaines MHS soient également représentés au niveau CIM/CHOP. L'organe scientifique MHS

⁷L'AIS est une échelle d'évaluation utilisée pour quantifier la gravité des lésions isolées.

s'est par conséquent efforcé de traduire aussi pour le domaine MHS «Prise en charge des blessés graves» les diagnostics et les degrés de gravité du système AIS/ISS dans les codes CIM/CHOP.

A cette fin, le groupe de patients «traumatismes multiples» a été représenté dans la liste CIM/CHOP élaborée par une combinaison de codes des régions corporelles suivantes: tête, thorax, abdomen, reins, organes uro-génitaux, rachis et moelle épinière, membres supérieurs et inférieurs. On a également essayé de caractériser le groupe de patients atteints d'un traumatisme crânio-cérébral sévère par une combinaison de plusieurs codes de la région «tête». Cette approche s'est avérée problématique parce que:

1. Le score AIS comprend 1840 lésions isolées alors que le codage CIM n'en comprend que 1290.
2. Les classifications AIS/ISS et CHOP/CIM divergent les unes des autres sur des points essentiels.
3. Le codage CIM ne comporte pas de composantes pour la gradation des degrés de gravité et n'est absolument pas spécifique dans bien des parties. C'est ainsi qu'on ne dispose que d'un seul code CIM pour l'hématome sous-dural, alors qu'il existe de nombreuses variantes dans l'AIS. Une différenciation selon l'extension, la localisation, la pression intra-crânienne, etc. fait donc défaut dans les traumatismes crâniens graves. Ceci serait pourtant nécessaire pour distinguer clairement les divers stades de gravité de cet hématome.
4. La complexité et en fin de compte le degré de gravité d'une seule ou de plusieurs lésions graves mettant en jeu le pronostic vital (c'est-à-dire avec $ISS \geq 20$ ou $AIS\ Head \geq 3$) ne peuvent être décrits par la simple somme de plusieurs lésions isolées provenant du système CIM/CHOP.

Une autre approche venue d'Allemagne montre qu'une traduction des codes CIM/CHOP (en rapport avec les lésions) en codes AIS et le calcul d'un score IS fondé sur ces derniers est en principe possible [12]. Dans 75 % des cas étudiés, le score IS calculé concorde cependant mal avec le score IS établi à partir des protocoles de salle de déchocage des cas de traumatismes multiples, notamment en raison de l'imprécision du codage des diagnostics à l'aide des codes CIM ou du manque d'informations complémentaires provenant des méthodes diagnostiques basées sur l'imagerie médicale, les analyses biochimiques et la clinique. Les scores IS calculés à l'aide des systèmes CIM/CHOP étaient le plus souvent plus faibles que lorsque les lésions étaient directement codées avec les codes AIS, un effet du reste déjà plusieurs fois signalé [13].

En conclusion, il ressort de ces considérations que:

- Le système AIS/ISS est une norme internationalement validée pour la caractérisation de la gravité des lésions des blessés graves, et ce, contrairement aux codes CIM/CHOP qui ne prennent pas en compte le degré de gravité.
- L'expérience des pays étrangers montre qu'une traduction des codes du système AIS/ISS dans le système CIM/CHOP demeure une opération à l'issue incertaine. Néanmoins un groupe d'experts sera mis en place pour examiner les solutions possibles pour l'amélioration de la représentation du traitement des blessés graves dans les systèmes de classification CIM/CHOP.

Dans ces conditions, l'organe scientifique MHS a décidé, pour la réévaluation actuelle, de fonder la définition MHS des blessés graves sur la description médicale internationalement validée que constituent l'AIS et l'ISS.

Critères de rattachement à la médecine hautement spécialisée

Les domaines et prestations médicaux relevant de la planification de la médecine hautement spécialisée au sens de la convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée sont ceux qui se caractérisent par leur rareté, leur potentiel d'innovation prononcé, un investissement humain ou technique élevé ou par des méthodes de traitement complexes (art. 1 CIMHS). Au moins trois des critères mentionnés doivent être remplis pour le rattachement à la MHS, celui de la rareté de l'intervention devant toujours l'être.

Selon l'art. 4, al. 4, de la CIMHS, d'autres critères doivent être pris en considération pour l'intégration dans la liste des domaines MHS. Il s'agit notamment de l'efficacité et de l'utilité, de la durée d'application technique et économique, ainsi que des coûts de la prestation médicale concernée. On doit enfin tenir compte de son importance pour l'enseignement et la recherche ainsi que pour la compétitivité internationale de la Suisse.

Critères CIMHS concernant le traitement complexe des blessés graves

Rareté. Chaque année, quelque 790 000 personnes sont victimes d'un accident en Suisse [14]. Toutefois, le nombre de blessés graves en Suisse n'est que d'environ 800 - 1000 cas par an^{8,9}. Par conséquent, seule une infime minorité des lésions – environ 0,1-0,2 pour cent – relève d'un traitement complexe hautement spécialisé au sens de la CIMHS.

Potentiel d'innovation. Ces dernières années ont vu l'éclosion de nouvelles connaissances scientifiques et l'expérimentation d'approches thérapeutiques inédites, surtout dans le domaine des séquelles systémiques d'accidents, de leur diagnostic précoce et de leur traitement, notamment dans les chocs, les défaillances d'organe, les septicémies, l'hémostase par des actes de radiologie interventionnelle ou le traitement conservateur des lésions spléniques et hépatiques.

Dans le traitement en urgence des blessés graves, des innovations telles que les «salles d'intervention intégrées multifonctionnelles guidées par l'image» (*multifunctional image-guided therapy suite* ou MIGTS) ont été introduites et peuvent permettre d'accélérer les étapes initiales du traitement, de réduire les transports et les transferts au sein d'un même établissement [15]. Par ailleurs, il existe aussi un potentiel d'innovation dans le transport et l'organisation de la prise en charge des blessés graves. Une collaboration intensive des centres de traumatologie avec les services de secours permet ainsi de garantir que les patients, après avoir bénéficié de mesures ciblées sur le lieu de l'accident, soient dirigés vers le service de traumatologie approprié et que le transfert s'y effectue sans difficultés [16, 17]. Afin d'améliorer la qualité de la prise en charge clinique, de nombreux pays – notamment les États-Unis, l'Allemagne et les Pays-Bas – ont rationalisé la prise en charge des blessés graves sous forme de réseaux de traumatologie et disposent de centres de traumatologie

⁸ Selon les chiffres recueillis dans les hôpitaux concernés pour la période 2005 – 2009.

⁹ 7 centres de traumatologie ont participé à la phase pilote du registre suisse de traumatologie en 2014, et 147 cas ont été recensés. Le recueil véritable a commencé le 1^{er} janvier 2015; début juin 2015, on avait enregistré environ 205 cas émanant de 10 centres de traumatologie.

équipés et établis en conséquence [18, 19]. Il existe encore à cet égard en Suisse un potentiel d'amélioration; cependant, la concentration de la prise en charge de ces patients (dans le cadre de la CIMHS) dans 12 centres de traumatologie mise en place depuis trois ans a déjà permis d'enregistrer des progrès sensibles en matière de collaboration, y compris la formation d'un registre national pour la collecte des données relatives aux patients, du degré de gravité des lésions et des résultats.

Investissement humain élevé. Les décisions et procédures complexes de la prise en charge pré-hospitalière et hospitalière des blessés graves se font en urgence et exigent donc beaucoup de l'équipe soignante. Les soins aigus prodigués aux blessés graves doivent se dérouler selon des algorithmes standardisés, comme par exemple le protocole Advanced-Trauma-Life-Support (ATLS) de l'American College of Surgeons qui s'est imposé comme le «golden standard» depuis les années 90 dans la plupart des pays européens mais également en Suisse depuis 1998. La prise en charge initiale et à long terme des blessés graves est une tâche pluridisciplinaire et nécessite la collaboration intensive de spécialistes issus de diverses disciplines (notamment médecine d'urgence, orthopédie, chirurgie traumatologique, anesthésie, médecine intensive, neurochirurgie, radiologie). Qui plus est, cela suppose que des spécialistes en chirurgie thoracique, en chirurgie vasculaire, en chirurgie maxillo-faciale, ORL et ophtalmologie soient disponibles 24 h/24 [20].

Investissement technique élevé. La prise en charge des blessés graves exige un nombre suffisant de places en salle de déchocage qui soient utilisables 24 h/24 et 365 jours par an. Un plateau technique spécialisé ainsi que l'expertise appropriée pour les interventions à visée diagnostique et thérapeutique sont en outre nécessaires. C'est ainsi qu'une installation complète d'imagerie médicale, comprenant notamment une échographie, un scanner et une angiographie, doit être disponible dans un délai de 30 minutes, et ce, 24 h/24 et 365 jours par an [20].

Complexité. Les blessés graves ayant un ISS d'au moins 20 points ou souffrant d'un traumatisme cranio-cérébral sévère – selon la définition des blessures graves pour les prestations MHS – présentent des lésions qui engagent en général le pronostic vital. La prise en charge initiale adéquate des blessés graves exige un bilan rapide et systématique du type des lésions, le choix du traitement prioritaire par une équipe multidisciplinaire pour les lésions mettant en jeu le pronostic vital de façon immédiate, ainsi que des moyens d'acheminement rapides. Il s'agit là de la règle dite «des trois R» bien connue des spécialistes – «Get the Right patient to the Right hospital in the Right time» [21]. Dans ce contexte, il importe que les services de secours interviennent promptement puis évacuent rapidement le patient vers un hôpital disposant du personnel et du plateau technique nécessaires (ceux-ci étant disponibles 24h/24 et 365 jours par an). La prise en charge adéquate des blessés graves exige par conséquent non seulement des moyens humains spéciaux ainsi qu'une équipe pluridisciplinaire, mais aussi en particulier des conditions structurelles et organisationnelles appropriées à un traitement médical coordonné.

Efficacité et utilité. Dans son article 32, la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal, RS 832.10) mentionne les concepts d'efficacité, d'adéquation et d'économicité des prestations (EAE) comme condition pour la prise en charge des coûts par l'AOS. Ces critères EAE sont déterminants pour le choix et le contrôle des prestations de l'assurance-maladie (art. 32 et 33 LAMal). Le contrôle des critères EAE est assuré par la Commission fédérale des prestations générales et des principes (CFPP). Les traitements des blessés graves ici envisagés constituent des prestations prises en charge par l'AOS et sont par conséquent considérées comme efficaces et appropriées.

L'importance et l'avantage du transfert direct des blessés graves depuis le lieu de l'accident jusqu'à un centre hospitalier disposant de l'infrastructure adéquate sont largement documentés dans la littérature scientifique [8-10]. Il s'accompagne d'une réduction des décès évitables ainsi que d'une amélioration de l'outcome fonctionnel [22-26]. Le traitement des blessés graves dans des centres de traumatologie spécialisés permet de réduire leur mortalité immédiate et à long terme jusqu'à 25 % par rapport à une prise en charge dans des centres non spécialisés [24]. Une étude prospective (cohorte) sur 280 patients présentant un polytraumatisme fermé a par ailleurs montré que la mortalité était supérieure de 46 % lorsque ces polytraumatisés n'étaient pas directement évacués vers un centre de traumatologie mais y arrivaient après avoir transité par de petits hôpitaux [27].

Durée d'application technique et économique. L'évolution des méthodes d'examen et de traitement basée sur une vaste expérience et sur de nouvelles méthodes conduit à des progrès médico-techniques dans la prise en charge des patients – avec pour conséquence la nécessité d'une adaptation technique et médicale permanente afin de pouvoir continuer à garantir une très haute qualité de prise en charge des blessés graves. Cela concerne notamment les progrès accomplis en matière d'imagerie médicale à visée diagnostique et interventionnelle, de techniques opératoires et de traitements des chocs et des septicémies en soins intensifs.

Coûts de la prestation. En 2011, les dépenses totales pour l'assurance-accidents (AA) représentaient environ 4,4 % des dépenses totales (136 milliards de francs) des assurances sociales, soit quelque 10 % (60 milliards) des dépenses de santé totales, avec un taux de progression d'environ 1 % par an de 2009 à 2012 [28]. Un accident grave génère d'une part des coûts primaires directs et, d'autre part, des coûts indirects liés au suivi, car un accidenté ne peut plus travailler pendant une certaine période voire de façon permanente¹⁰. Ces patients étant souvent jeunes et en général en bonne santé au moment de l'accident, leur perte de productivité grève lourdement la société.

Dans une étude de Häussler *et al.* de 2001 portant sur un échantillon de 63 polytraumatisés, l'âge moyen au moment de l'accident était de 34 ans [29]. Le coût total d'un accident avec un blessé grave était en moyenne de CHF 780 000, un patient sur trois étant victime d'un dommage corporel permanent. Cette invalidité était à l'origine d'une augmentation du coût moyen allant jusqu'à 1,85 millions de francs suisses par patient accidenté. Près des 2/3 de ces coûts résultaient de la perte de travail à court et à long terme. Les dépenses pour les services de secours et le traitement aigu en milieu hospitalier ne représentent qu'une faible partie de ces coûts totaux (voir tableau 2). C'est ainsi que les frais de secours par cas étaient en moyenne de CHF 1400. Un traumatisme multiple était remboursé à hauteur de 22 200 ± 35 763 francs selon le tarif en vigueur (LAA et LAMal) pour les frais hospitaliers; le coût effectif total était en revanche en moyenne de 39 650 ± 53 814 francs, le montant maximal s'élevant à CHF 293 906. Hormis les frais hospitaliers, les charges financières importantes que doivent supporter les centres impliqués dans la prise en charge des blessés graves tiennent également aux importantes prestations de réserve justifiées par les fluctuations saisonnières et par le risque permanent d'arrivée simultanée de plusieurs blessés graves. L'importance des coûts primaires et des coûts relatifs au suivi sont des raisons majeures plaidant pour la coordination et la concentration de la prise en charge des blessés graves au niveau régional ou supra-régional [30, 31]. L'optimisation de la prise en charge des blessés graves permet d'aboutir à des économies significatives. Afin de chiffrer ces dernières, il est nécessaire de calculer de façon précise et continue les coûts de la prise en charge des bles-

¹⁰ Les allocations pour pertes de gain dans les accidents s'élevaient à environ 1,706 milliards de francs en 2011 et correspondaient à peu près à 1,4 % du montant total des prestations sociales. Le taux de progression de 2010 à 2011 était d'environ 2,3 %.

sés graves, ce qui sera à l'avenir possible grâce au registre suisse de traumatologie récemment mis en place.

Tableau 2. Synopsis de la répartition des coûts totaux pour l'ensemble des patients et en fonction de la rente (coûts moyens par patient accidenté).

	Tous patients			Patients sans rente			Patients avec rente		
Frais préhospitaliers	CHF	1400	0,2%	CHF	1220	0,6%	CHF	1 750	0,1%
Frais hospitaliers	CHF	39 650	5,1%	CHF	23 260	11,1%	CHF	69 160	3,7%
Frais pour soins de suite	CHF	142 240	18,2%	CHF	24 270	11,6%	CHF	362 080	19,6%
Autres coûts liés au suivi	CHF	86 330	11,1%	CHF	54 340	25,9%	CHF	145 900	7,9%
Perte de productivité à court terme	CHF	109 710	14,0%	CHF	57 660	27,5%	CHF	206 720	11,2%
Perte de productivité à long terme	CHF	308 350	39,5%	CHF	0	0%	CHF	883 000	47,9%
Perte de productivité à d'autres niveaux	CHF	93 300	11,9%	CHF	49 000	23,4%	CHF	175 700	9,5%
Coûts totaux	CHF	780 980	100%	CHF	209 750	100%	CHF	1 844 310	100%

Source: [29]

Importance pour la recherche, l'enseignement et la compétitivité internationale. La recherche en traumatologie intéresse bon nombre des disciplines impliquées, notamment toutes les spécialités chirurgicales, la médecine d'urgence, la radiologie à visée diagnostique et interventionnelle, l'anesthésie, la médecine intensive, l'hématologie et l'infectiologie. L'objet de la traumatologie expérimentale et de la recherche clinique dans ce domaine concerne entre autres les questions pratiques de chirurgie relatives au traitement des fractures et d'autres lésions. Les progrès enregistrés dans les domaines de la biomécanique, des sciences des matériaux et du «tissue engineering» sont à la base des nouveaux implants et des nouvelles méthodes de traitement. De nouvelles procédures et techniques opératoires sont évaluées, leur efficacité étant ensuite contrôlée dans le cadre d'études cliniques prospectives contrôlées. La recherche en orthopédie, en traumatologie, en anesthésie et en radiologie en Suisse est très variée et jouit d'une excellente réputation internationale basée sur une longue tradition.

La recherche sur la prise en charge médicale, c'est-à-dire les études menées sur tous les aspects depuis le lieu de l'accident jusqu'à la réadaptation, peuvent conduire à l'identification d'éléments améliorables [32]. Grâce à la SUVA, on dispose à cet égard en Suisse d'une base de données relativement bonne qui pourrait être encore mieux utilisée en ce qui concerne les résultats chez les blessés graves.

Outre la recherche, la formation post-graduée et la formation continue des médecins et des autres spécialistes impliqués doivent également être en permanence adaptées aux évolutions et aux exigences de la médecine dans notre société. Une formation post-graduée et

continue adaptée aux besoins est particulièrement importante parce qu'on est confronté, dans ce domaine aussi, à une pénurie croissante de personnel spécialisé. Le niveau déjà élevé de la qualité de la prise en charge des blessés graves peut profiter d'un renforcement de la concentration et de la coordination des soins dans ce domaine. La compétitivité internationale en ce domaine est moins importante, car il s'agit avant tout d'urgences cliniques. Cependant, la recherche et l'enseignement constituent des atouts non négligeables pour l'attractivité des centres suisses en ce qui concerne le recrutement de spécialistes compétents.

Conclusion

Le traitement des blessures graves concerne relativement peu de patients, est complexe, coûteux et exige beaucoup de travail – toutes choses qui font qu'il doit être rattaché à la médecine hautement spécialisée. Tous les critères exigés à l'art. 1 de la CIMHS sont ainsi remplis. La pertinence des considérations précitées et le degré de respect des critères CIMHS selon l'art. 1 et l'art. 4, al. 4, sont résumés dans le tableau 3.

Tableau 3. Synopsis des critères MHS concernant le traitement hautement spécialisé des blessés graves.

Domaine MHS	Art. 1 CIMHS					Art. 4, al. 4, CIMHS						
	Rareté	Potentiel d'innovation	Investissement humain	Investissement technique	Complexité du traitement	Efficacité	Utilité	Durée d'application technique et économique	Coûts de la prestation	Recherche et enseignement	Compétitivité internationale	
Traumatisme grave	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Pondération	A	B	A	B	A	A	A	B	A	B	B	B

X, Critère CIMHS rempli; A, importance haute; B, importance moyenne

Perspectives

Dans le cadre de la réévaluation du domaine MHS «Prise en charge des blessés graves», la deuxième phase de planification – la procédure d'attribution des prestations – débutera une fois la première étape (procédure de rattachement à la MHS) achevée et débouchera sur une décision relative à l'admission d'un hôpital sur la liste des hôpitaux MHS. L'attribution des prestations est précédée par une procédure de candidature dans le cadre de laquelle les fournisseurs de prestations MHS actuels ont l'occasion de se porter candidat à la prolongation de leur mandat de prestations. En outre, les fournisseurs de prestations ne possédant pas de mandat de prestations MHS ont également la possibilité de poser leur candidature (nouvelle candidature). Qu'il s'agisse de la prolongation du mandat de prestations MHS ac-

tuel ou de l'attribution d'un mandat de prestations MHS à un prestataire s'étant nouvellement porté candidat, la décision est liée au respect des exigences tant générales que spécifiques (aux prestations considérées) en matière d'assurance qualité. Les exigences correspondantes seront définies dans une note explicative relative aux candidatures au début de la procédure de candidature. La procédure de candidature dans le domaine de la prise en charge des blessés graves débute officiellement par une publication dans la Feuille fédérale; les fournisseurs de prestations potentiels seront en outre informés par courrier de l'ouverture de la procédure et des délais impartis.

En ce qui concerne l'admission sur la liste des hôpitaux MHS, un rapport relatif à l'attribution des mandats de prestations sera établi puis les parties concernées bénéficieront du droit d'être entendus eu égard à l'attribution de prestations envisagée; ce n'est qu'ensuite que les prestations seront définitivement attribuées aux prestataires. La procédure d'audition pour l'attribution des prestations dans le domaine de la prise en charge des blessés graves débutera officiellement par une publication dans la Feuille fédérale ; les fournisseurs de prestations potentiels seront en outre informés par courrier de l'ouverture de la procédure et des délais impartis.

La concentration des blessés graves sur quelques centres hautement spécialisés entraînera une amélioration des résultats. L'évaluation permanente des patients avec possibilité de benchmarking et d'audits individuels (grâce au registre de traumatologie) favorisera cette évolution positive et contribuera à mieux définir les coûts de prise en charge.

Conclusion

L'organe scientifique MHS remercie tous les participants qui ont donné leur avis au cours de la procédure de consultation et ont ainsi contribué de manière décisive à l'amélioration de la prise en charge des blessés graves en Suisse.

Annexes

A1 Références

1. <http://www.dgu-online.de/>. Stand April 2014.
2. Copes, W.S., et al., The Injury Severity Score revisited. *J Trauma*, 1988. 28(1): p. 69-77.
3. Bardenheuer, M., et al., Epidemiologie des Schwerverletzten Eine prospektive Erfassung der präklinischen und klinischen Versorgung. *Unfallchirurg*, 2000. 103(5): p. 355-363.
4. Lanfranconi, B., Gewaltbedingte Verletzungen: Aktualisierte Zahlen, Daten der Unfallversicherer nach UVG 2013.
5. Medizinische Kommission der REGA.
6. Gries, A., et al., "Interdisziplinäres Polytraumamanagement - Teil 1: Präklinische Polytraumamanagement.". 2003: p. 489-500.
7. Baker, S.P., et al., The injury severity score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. *J Trauma*, 1974. 14(3): p. 187-96.
8. Haas, B., et al., The mortality benefit of direct trauma center transport in a regional trauma system: a population-based analysis. *J Trauma Acute Care Surg*, 2012. 72(6): p. 1510-5; discussion 1515-7.
9. Garwe, T., et al., Survival benefit of transfer to tertiary trauma centers for major trauma patients initially presenting to nontertiary trauma centers. *Acad Emerg Med*, 2010. 17(11): p. 1223-32.
10. Cudnik, M.T., et al., Level I versus Level II trauma centers: an outcomes-based assessment. *J Trauma*, 2009. 66(5): p. 1321-6.
11. West, J.G., et al., Systems of trauma care. A study of two counties. *Arch Surg*, 1979. 114(4): p. 455-60.
12. Nikolov, B., Übersetzung der verletzungsbezogenen Codes des XIX. Kapitels der ICD-10-GM 2008 in AIS 2005. 2010.
13. MacKenzie, E.J., et al., Classifying trauma severity based on hospital discharge diagnoses. Validation of an ICD-9CM to AIS-85 conversion table. *Med Care*, 1989. 27(4): p. 412-22.
14. SUVA, Unfallstatistik UVG 2013. 2013.
15. Gross, T., „Versorgungsforschung“ im chirurgischen Alltag – Beispiel Polytrauma. Wie optimierte Patientenbetreuung, interdisziplinäre Teamarbeit und wissenschaftliche Innovationsevaluation Hand in Hand gehen können. *Swiss Knife*. 2012(3).
16. Lackner, C.K., et al., Von der Rettungskette zum akutmedizinischen Netzwerk-Welche Versorgungsstrukturen braucht unsere Gesellschaft? *Notfall + Rettungsmedizin*, 2009. 12(1): p. 25-31.

17. SVR-Gesundheitswesen, Kooperation und Verantwortung als Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung / Gutachten 2007.
18. Wendt, K.W., [The trauma network in The Netherlands]. Unfallchirurg, 2008. 111(4): p. 277-9.
19. Kuhne, C.A., et al., [The Trauma Network of the German Society for Trauma 2009]. Unfallchirurg, 2009. 112(10): p. 878-84.
20. Entscheid zur Planung der hochspezialisierten Medizin (HSM) im Bereich der Behandlung von Schwerverletzten vom 21. Juni 2011.
21. Stahel, P.F., et al., Aktuelle Konzepte des Polytraumamanagements: Von ATLS zu "Damage Control". Notfall & Rettungsmedizin 2005. 8: p. 454-465.
22. Celso, B., et al., A systematic review and meta-analysis comparing outcome of severely injured patients treated in trauma centers following the establishment of trauma systems. J Trauma, 2006. 60(2): p. 371-8; discussion 378.
23. De Britz, J.N. and A.N. Pollak, The impact of trauma centre accreditation on patient outcome. Injury, 2006. 37(12): p. 1166-71.
24. MacKenzie, E.J., et al., A national evaluation of the effect of trauma-center care on mortality. N Engl J Med, 2006. 354(4): p. 366-78.
25. DuBose, J.J., et al., Effect of trauma center designation on outcome in patients with severe traumatic brain injury. Arch Surg, 2008. 143(12): p. 1213-7; discussion 1217.
26. Nathens, A.B., et al., Relationship between trauma center volume and outcomes. JAMA, 2001. 285(9): p. 1164-71.
27. Osterwalder, J.J., Could a regional trauma system in eastern Switzerland decrease the mortality of blunt polytrauma patients? A prospective cohort study. J Trauma, 2002. 52(6): p. 1030-6.
28. Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV), Schweizerische Sozialversicherungstatistik 2013.
29. Häusler, J.C., et al., Die volkswirtschaftlichen Kosten von Polytrauma. SUVA. 2001.
30. Probst, C., et al., [The economic challenges of polytrauma care]. Unfallchirurg, 2009. 112(11): p. 975-80.
31. MacKenzie, E.J., et al., The value of trauma center care. J Trauma, 2010. 69(1): p. 1-10.
32. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), Stärkung der Versorgungsforschung in der Schweiz. 2014. 9(1).

A2 Abréviations

AA	Assurance-accidents
AIS	Abbreviated Injury Score
AOS	Assurance obligatoire des soins
ATLS	Advanced-Trauma-Life-Support
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CHOP	Classification suisse des interventions chirurgicales
CIM	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes
CIMHS	Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée
EAE	Efficacité, adéquation, économicité
ISS/IS-Score	Injury Severity Score
LAA	Loi fédérale sur l'assurance-accidents
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
MHS	Médecine hautement spécialisée
ORL	Oto-rhino-laryngologie
TAF	Tribunal administratif fédéral

