



**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

# «Traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux»

### **Rapport explicatif pour l'attribution des prestations**

RAPPORT FINAL

Berne, 18 janvier 2018

Maison des cantons  
Speichergasse 6  
Case postale  
CH-3001 Berne

+41 (0)31 356 20 20

[office@gdk-cds.ch](mailto:office@gdk-cds.ch)  
[www.gdk-cds.ch](http://www.gdk-cds.ch)

## **Impressum**

Rédaction	Document élaboré par l'organe scientifique MHS dans le cadre des travaux de planification pour la mise en œuvre de la CIMHS. Les considérations et la décision de l'organe de décision MHS à l'occasion des réunions du 23 novembre 2017 et du 18 janvier 2018 y ont également été intégrées. Ce document est également disponible en français. La version allemande fait foi.
Direction du projet	Matthias Fügen, Ph.D.
Correspondance	Secrétariat de projet MHS, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), Speichergasse 6, Case postale, 3001 Berne
Source	Cette publication peut être obtenue en français et en allemand auprès du secrétariat de projet MHS.
Nom du document	94_706 / MF / BT_Stroke_Re1_Zuteil_SchlussBT_Pub_20180206_def_f.docx

# Table des matières

Résumé	3
Mandat	5
Contexte	5
Résultats de l'audition	6
Critères de planification	13
Analyse des besoins en soins	16
Evaluation des candidatures soumises	23
Attribution de la fourniture des prestations MHS	27
Remarques finales	29
Annexes	30
A1 Exigences spécifiques auxquelles doivent satisfaire les fournisseurs de prestations	30
A2 Méthodologie de l'examen de l'économicité	33
A3 Méthodologie de l'analyse des besoins	35
A4 Liste des destinataires	37

## Résumé

Le traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux a été, en tant que domaine médical, rattaché pour la première fois à la médecine hautement spécialisée en 2011. Simultanément, huit centres ont bénéficié d'une première attribution de mandats de prestations MHS<sup>1</sup>. Ces mandats étaient valables jusqu'au 31 décembre 2014 et font l'objet d'une réévaluation.

Le 19 février 2015, l'organe de décision MHS a voté le rattachement du traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux (AVC) à la MHS. Conformément à l'arrêt du Tribunal administratif fédéral (C-2251/2015) du 9 juin 2016, cette décision n'est pas susceptible de recours et a donc force exécutoire. C'est sur la base de cet arrêt que les procédures de candidature et d'attribution des prestations ont alors été organisées.

Les mandats de prestations MHS sont attribués pour l'ensemble du domaine MHS du traitement complexe des AVC, tel qu'il est défini dans la décision du 19 février 2015. Dix fournisseurs de prestations au total – les huit prestataires MHS actuels et deux nouveaux candidats (l'hôpital cantonal de Lucerne et la clinique Hirslanden de Zurich) – ont présenté leur candidature lors de la procédure de déclaration en vue de l'admission sur la liste des hôpitaux MHS.

Après avoir procédé à une analyse approfondie de la situation des soins et de l'évolution prévisible du nombre de cas jusqu'en 2025, l'organe scientifique MHS a estimé qu'une attribution du traitement complexe des AVC aux dix fournisseurs de prestations certifiés comme Stroke Centers est, tant du point de vue qualitatif que sur le plan des régions géographiques et linguistiques, justifiée et garantit ainsi un accès rapide aux soins à tous les patients.

L'organe de décision avait d'abord estimé qu'il n'existait pas de preuve que l'absence des nouveaux candidats expose la population à un risque médical accru, et par conséquent que cela devait être examiné dans le cadre de la procédure de consultation. Les besoins actuels en soins au niveau national seraient couverts de façon suffisante par les huit fournisseurs de prestations MHS existants. C'est la raison pour laquelle l'organe de décision MHS avait décidé de soumettre à la consultation la proposition d'attribution des prestations aux seuls huit fournisseurs de prestations MHS actuels. Les participants à la consultation avaient par conséquent l'occasion de présenter des contre-arguments qui ont été minutieusement examinés par les organes de la CIMHS. La majorité des participants à l'audition était d'accord avec la proposition d'attribuer les prestations aux huit fournisseurs de prestations MHS actuels. Une minorité s'est prononcée pour dix centres MHS, dont certains cantons et la majorité des sociétés savantes ayant participé à l'audition.

Le fait que l'organe de décision ne se soit pas rangé à la recommandation de l'organe scientifique a fourni l'occasion à ce dernier, après la consultation, de procéder à un réexamen approfondi de son avis. Aux yeux de l'organe scientifique, l'attribution des prestations à l'hôpital cantonal de Lucerne demeurait incontestée. Il s'avérait toutefois que la recommandation d'attribution à la clinique Hirslanden de Zurich reposait avant tout sur des prévisions d'une augmentation des besoins en lits à l'avenir, en particulier dans la région de Zurich. Ces prévisions sont cependant entachées d'incertitudes. Une majorité des membres de l'organe scientifique ne voyait par conséquent pas de nécessité d'extension de l'offre dans la région de Zurich. A la majorité, l'organe scientifique a donc décidé de recommander à l'organe de décision, en plus des

---

<sup>1</sup> Kantonsspital Aarau, Inselspital Bern, Universitätsspital Basel, Hôpitaux Universitaires de Genève, Kantonsspital St. Gallen, Ente Ospedaliero Cantonale/site de l'Ospedale Regionale di Lugano, Centre hospitalier universitaire vaudois, Universitätsspital Zürich

huit fournisseurs de prestations MHS actuels, l'attribution d'un mandat de prestations seulement à l'hôpital cantonal de Lucerne, mais pas à la clinique Hirslanden de Zurich.

L'organe de décision a suivi l'avis de la minorité de l'organe scientifique et, en plus des huit fournisseurs de prestations MHS actuels, a attribué un mandat de prestations dans le domaine du traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux aussi bien à l'hôpital cantonal de Lucerne qu'à la clinique Hirslanden de Zurich. L'argument avancé est que l'hôpital cantonal de Lucerne tout comme la clinique Hirslanden de Zurich effectuent déjà de tels traitements et contribuent ainsi à l'offre de soins actuelle. Ces deux prestataires disposent d'un mandat de prestations cantonal qui, étant donné que la validité des prestations intercantionales attribuées en vertu de la CIMHS a déjà expiré, s'applique jusqu'à nouvel ordre. Par ailleurs, l'organe scientifique et l'organe de décision s'accordent à reconnaître que les besoins futurs en soins augmenteront. L'évolution du spectre thérapeutique entraîne une augmentation du nombre des traitements hautement complexes des AVC. Dans l'agglomération zurichoise en particulier, il n'est donc pas exclu de voir apparaître des problèmes de sous-capacité surtout en cas d'accroissement important du nombre de cas. Dans la mesure où il s'agit dans le cas présent d'interventions en urgence pour lesquelles le facteur temps est absolument critique, l'accès des patients au traitement en temps utile revêt une importance toute particulière. En raison de l'indication, il n'existe pas de risque d'inflation du nombre d'actes par les fournisseurs de prestations. Dans ces conditions, pour des raisons de politique de santé, il est indiqué d'avoir recours à l'offre actuelle. On ne peut pas assumer la responsabilité que les patients soient exposés à des situations de sous-capacité potentielles, car en de tels cas le retard à la mise en œuvre du traitement réduit à néant les chances d'une évolution favorable.

### Décision d'attribution

Le traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux est par conséquent attribué à l'ensemble des dix fournisseurs de prestations certifiés comme Stroke Center; toutefois, en raison de l'insuffisance de la base de données sur les nombres de cas atteints par les deux nouveaux candidats (hôpital cantonal de Lucerne et clinique Hirslanden de Zurich), cette attribution est assortie d'une condition additionnelle qui les oblige à atteindre le nombre minimal de cas fixé en 2018 et en 2019 (moyenne des deux années). Dans le cas contraire, ils perdront leur mandat de prestations trois ans après l'entrée en vigueur de la décision d'attribution. Un mandat de prestations MHS pour le traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux, limité à 6 ans, est ainsi attribué aux fournisseurs de prestations suivants:

- AG: Kantonsspital Aarau (KSA)
- BE: Insel Gruppe AG, site de l'Inselspital Bern, Universitätsspital Bern (Insel)
- BS: Universitätsspital Basel (USB)
- GE: Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)
- LU: Luzerner Kantonsspital (LUKS)<sup>2</sup>
- SG: Kantonsspital St. Gallen (KSSG)
- TI: Ente Ospedaliero Cantonale (EOC), site de l'Ospedale Regionale di Lugano
- VD: Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
- ZH: Klinik Hirslanden Zürich (Hirslanden)
- ZH: Universitätsspital Zürich (USZ)

---

<sup>2</sup> Les nombres de cas seront de nouveau déterminés la troisième année après l'attribution du mandat de prestations (2020), sur la base des deux années précédentes (2018 et 2019). Si les nombres minimaux de 400 admissions de patients victimes d'AVC par an et la réalisation de 40 traitements complexes hautement spécialisés d'AVC par an (moyenne de 2018 et 2019) ne sont pas atteints, le mandat de prestations expirera trois ans après son entrée en vigueur.

## 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<sup>2bis</sup> 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<sup>er</sup> 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. 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.

## Contexte

Le traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux a déjà été, en tant que domaine médical, rattaché pour la première fois à la médecine hautement spécialisée en 2011. Simultanément, huit hôpitaux ont bénéficié d'une première attribution de prestations<sup>3</sup>:

- AG: Kantonsspital Aarau (KSA)
- BE: Inselspital Bern (Insel)
- BS: Universitätsspital Basel (USB)
- GE: Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)
- VD: Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
- SG: Kantonsspital St. Gallen (KSSG)
- TI: Ente Ospedaliero Cantonale (EOC), site de l'Ospedale Regionale di Lugano
- ZH: Universitätsspital Zürich (USZ)

Les mandats de prestations aux huit prestataires susmentionnés – et par conséquent les listes des hôpitaux MHS dans ce domaine – étaient valables jusqu'au 31 décembre 2014 et font l'objet d'une réévaluation.

En matière de planification de la médecine hautement spécialisée, il convient, conformément aux directives du Tribunal administratif fédéral (ATAF C-6539/2011), de suivre une procédure formellement séparée en deux temps, qui distingue entre rattachement à la MHS (définition du domaine MHS) et attribution des prestations (attribution des mandats de prestations aux prestataires). La décision de l'organe de décision du 19 février 2015 relative au rattachement du traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux (AVC) à la MHS a été publiée le 10 mars 2015 dans la Feuille fédérale. Conformément à cette décision, le domaine MHS retenu comprend les traitements suivants<sup>4</sup>:

- Traitement en urgence des AVC par thrombolyse intra-artérielle à la phase aiguë et/ou élimination mécanique du thrombus;
- Craniectomie décompressive à la phase aiguë ou subaiguë de la maladie;

---

<sup>3</sup>Décision relative à la planification de la médecine hautement spécialisée (MHS) dans le domaine du traitement hautement spécialisé des accidents vasculaires cérébraux du 21 juin 2011

<sup>4</sup>Voir aussi le rapport final pour le rattachement du traitement complexe des AVC à la médecine hautement spécialisée du 19 février 2015. Ce rapport ainsi que la liste CHOP actuellement en vigueur – SPLG NEU3.1 V2018.1.0 – peuvent être consultés sur le site internet de la CDS à l'adresse suivante: [www.gdk-cds.ch](http://www.gdk-cds.ch).

- Chirurgie de revascularisation vasculaire ou traitements de neuroradiologie interventionnelle après AVC sur les artères cérébrales obstruées réalisés en urgence ou à la phase subaiguë.

Dans le cadre de la procédure de candidature du 23 août 2016, les fournisseurs de prestations avaient l'occasion de poser leur candidature à l'intégration dans la liste MHS dans le domaine du traitement complexe des AVC. Outre les huit fournisseurs de prestations actuels, deux autres établissements se sont portés candidats à l'attribution d'un mandat de prestations, à savoir:

- Luzerner Kantonsspital (LUKS)
- Klinik Hirslanden Zürich (Hirslanden)

Le présent rapport relatif à l'attribution des mandats analyse l'offre actuelle de soins, expose les critères de planification à examiner et évalue en conséquence les candidatures des dix fournisseurs de prestations intéressés. Il présente en conclusion les décisions d'attribution prises par l'organe de décision MHS à la lumière de l'analyse effectuée.

Avant la promulgation des décisions d'attribution, ce rapport ainsi que les propositions d'attribution ont été soumis pour avis, dans le cadre d'une audition, à un large éventail de destinataires (annexe A4). Le présent rapport final sur l'attribution des prestations, qui prend autant que possible en considération les objections formulées pendant l'audition, est diffusé sur le site web de la CDS et la décision définitive d'attribution des prestations publiée dans la Feuille fédérale.

## Résultats de l'audition

Les participants à l'audition avaient à se prononcer sur la proposition de n'attribuer un mandat de prestations qu'aux huit fournisseurs de prestations MHS actuels. Les acteurs suivants ont été invités à participer à la procédure d'audition: les 26 cantons, les dix hôpitaux concernés, cinq (associations d')assureurs, les décanats des facultés de médecine des cinq universités possédant un hôpital universitaire, 19 associations et organisations professionnelles et autres organisations intéressées, ainsi que quatre autres parties concernées. Nous avons reçu 40 avis en tout: 22 cantons (tous exceptés AI, GR, SH et GE), 9 hôpitaux (tous les candidats sauf l'EOC), un assureur, deux décanats ainsi que six associations/organisations professionnelles/autres organisations intéressées (cf. Tableau 1).

Tableau 1. Attribution d'un mandat de prestations MHS aux huit fournisseurs de prestations MHS actuels

	Pour	Contre	Pas d'avis formulé
Cantons	14 (AG, BE, BL, BS, JU, NE, SG, SO, TG, TI, VD, VS, ZG, ZH)	4 (AR, LU, NW, OW)	4 (FR, GL, SZ, UR)
Hôpitaux	7 (KSA, Insel, USB, HUG, CHUV, KSSG, USZ)	2 (LUKS, Hirslanden)	0
Assureurs	1 (santésuisse)	0	0
Décanats	2	0	0

	Pour	Contre	Pas d'avis formulé
	(Uni Bern, Uni Zürich)		
Assoc. prof.	2	3	1
	(SSMUS, SSNR)	(SFCNS, SCS, SSNC)	(H+)
<b>Total</b>	<b>26 (65%)</b>	<b>9 (22,5%)</b>	<b>5 (12,5%)</b>

## 1. Partisans de l'attribution des prestations uniquement aux huit prestataires MHS actuels

La majorité des participants à l'audition accueille favorablement l'attribution des prestations du domaine du traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux (AVC) aux huit fournisseurs de prestations MHS actuels. Parmi les partisans, deux sociétés savantes (Société suisse de médecine d'urgence et de sauvetage [SSMUS]) et Société suisse de neuroradiologie [SSNR]) approuvent également l'attribution des prestations à huit centres, la SSMUS signalant toutefois que, au vu de son expérience et en l'état actuel du pourcentage supposé de patients victimes d'AVC qui mériteraient un traitement médical hautement spécialisé, le chiffre de 2 % est nettement trop faible. A l'instar de la SSNR, l'Institut de neuroradiologie diagnostique et interventionnelle de l'Inselspital ainsi que le service de neuroradiologie du centre de neurologie du KSA font remarquer que la région potentiellement desservie par Lucerne concurrence directement les zones desservies par l'Inselspital et le KSA, et que ces deux établissements ont pu couvrir sans problème les populations correspondantes au cours des années passées. Depuis l'entrée en activité du LUKS dans ce domaine, on observe une stagnation voire une baisse des nombres de cas d'AVC à Aarau et à Berne, ce qui est absurde compte tenu des investissements consentis en matière d'infrastructures. C'est la raison pour laquelle ces trois participants n'approuvent pas le transfert définitif des activités au LUKS en ce qui concerne les interventions neurovasculaires, en particulier pour le traitement des AVC.

Le canton de Zurich estime que l'attribution des prestations à dix Stroke Centers n'est pas justifiée. Il considère que l'augmentation modérée des besoins prévue pour la période 2015-2025 peut être couverte par les capacités de réserve existantes des huit Stroke Centers actuels. Confier un mandat à de nouveaux fournisseurs de prestations créerait des surcapacités et contribuerait à une extension de l'offre MHS au lieu de la concentration recherchée. De même, les cantons de Zoug et du Tessin voient dans les huit fournisseurs de prestations MHS actuels une offre éprouvée et suffisante. Zoug ajoute qu'il convient, le cas échéant, de considérer en premier lieu d'investir dans des capacités de transport spécialisées et pas dans le nombre de prestataires hospitaliers, et ce, afin que les victimes d'AVC habitant dans des régions plus éloignées des grands centres hospitaliers puissent également être prises en charge en temps voulu. Le canton d'Argovie est également d'avis que les huit centres actuels pourraient s'acquitter de leur mandat avec la qualité requise sans créer de problèmes de sous-capacité.

L'USZ tient que les huit centres actuels assurent une couverture régionalement équilibrée et presque complète de tout le territoire helvétique pour le traitement hautement spécialisé des AVC. Le décanat de la faculté de médecine de Zurich se rallie entièrement à l'avis de l'USZ; il estime que la réattribution des mandats de prestations aux huit centres constitue une solution parfaitement judicieuse et durable.

Les assureurs (santésuisse) approuvent eux aussi la décision de continuer à s'en tenir à huit centres. Dans le canton de Zurich en particulier, autoriser la clinique Hirslanden reviendrait à saper l'intention, l'esprit et la crédibilité de la CIMHS.

## 2. Opposants à l'attribution des prestations uniquement aux huit prestataires MHS actuels

Quatre cantons (AR, LU, NW, OW), deux hôpitaux (LUKS et Hirslanden), ainsi que trois associations professionnelles (Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies [SFCNS], Société cérébro-vasculaire suisse [SCS] et Société suisse de neurologie [SSN]) se sont prononcés contre la proposition d'attribution des mandats de prestations. La SFCNS et la SSN préconisent une proposition avec dix centres et soutiennent que l'organe de décision, en n'attribuant pas de mandat de prestations au LUKS, n'a pas suffisamment tenu compte des données scientifiques. Selon elles, le facteur crucial ici est que le traitement d'un AVC par élimination intra-artérielle du thrombus est une course contre la montre, autrement dit que tout retard diminue d'autant l'efficacité du traitement.<sup>5</sup> En ce qui concerne le fait que la clinique Hirslanden n'ait pas été prise en considération, elles font remarquer que les nombres de cas pour les traitements endovasculaires vont très probablement augmenter dans les années à venir. Il est donc prévisible que l'agglomération zurichoise ait probablement besoin de deux centres de traitement des AVC avec mandat MHS. Médicalement parlant, on ne peut pas assumer la responsabilité que les patients soient exposés à des situations de sous-capacité potentielles, car en de tels cas le retard à la mise en œuvre du traitement réduit à néant les chances d'une évolution favorable. La SSN se prononce également pour l'attribution d'un mandat de prestations au LUKS, estimant toutefois qu'Hirslanden n'est pas indispensable pour le traitement des patients MHS victimes d'AVC: dans l'agglomération de Zurich, on dispose avec l'USZ d'un centre de traitement des AVC situé à proximité immédiate de la clinique Hirslanden, qui garantit la prise en charge de la population concernée, même dans l'hypothèse d'une augmentation du nombre de patients victimes d'AVC et/ou du nombre de traitements interventionnels.

Les cantons de Lucerne, de Nidwald et d'Obwald partagent l'opinion du LUKS (*cf.* chapitre 2.2), d'après laquelle, si le LUKS n'obtenait pas un mandat de prestations comme centre MHS, les patients de Suisse centrale seraient nettement défavorisés par rapport à ceux d'autres cantons disposant dans leur région d'un hôpital avec un mandat de prestations MHS.

Le canton d'Appenzell-Rhodes Extérieures critique le fait que les critères d'attribution des prestations n'aient été qu'incomplètement contrôlés: c'est ainsi que le respect des missions de soins et des exigences liées à un mandat de prestations n'a selon lui pas été vérifié; la preuve de qualité repose en réalité sur l'auto-déclaration des hôpitaux. Il considère également que la hausse du nombre de cas selon le Swiss Stroke Registry (SSR) n'est pas prise en considération dans les prévisions des besoins. La reconnaissance de fournisseurs de prestations supplémentaires ne crée cependant pas de surcapacités dans la mesure où les besoins sont nettement plus importants que ceux supposés par les organes de la CIMHS.

### 2.1. Position de la clinique Hirslanden Zurich (Hirslanden)

La clinique Hirslanden rejette l'attribution des prestations à seulement huit centres envisagée par l'organe de décision MHS. Elle estime qu'un mandat de prestations MHS lui revient également, et ce, surtout parce que, dans le cas contraire, il existe un risque de sous-capacité, en particulier en Suisse orientale ainsi que dans l'agglomération de Zurich. Toujours selon elle, l'attribution d'un mandat de prestations aux huit prestataires actuels ainsi qu'à Hirslanden ne créerait pas de surcapacités, puisque cette clinique réalise déjà des interventions neurochirurgicales depuis 2008 et fournit depuis 2014 des prestations pour le traitement des AVC dans le cadre de son Stroke Center certifié. L'évaluation des capacités futures des fournisseurs de prestations repose sur des déclarations non vérifiées, raison pour laquelle il n'est pas sûr que l'USZ soit en

---

<sup>5</sup> Saver *et al.* Time to treatment with endovascular thrombectomy and outcomes from ischemic stroke: a meta-analysis. JAMA. 2016;316:1279-1288

l'occurrence en mesure d'accueillir les cas jusqu'à présent pris en charge à Hirslanden. En outre, la proposition de l'organe de décision est en contradiction avec l'objectif d'une planification efficace des soins si, face à une augmentation des nombres de cas, on ne peut pas se servir des capacités existantes de Hirslanden, mais que l'USZ doit élargir les siennes.

Qui plus est, en raison de la refonte des services de secours (sensibilisation), de l'évolution du spectre thérapeutique ainsi que des preuves scientifiques en faveur des techniques interventionnelles (recanalisation mécanique), on doit tabler sur une augmentation bien plus importante des besoins en soins que ce qui est supposé dans le rapport relatif à l'attribution des prestations. En particulier, dans la région de soins de la Suisse orientale ainsi que dans l'agglomération de Zurich, on peut se demander si les deux Stroke Centers accrédités à ce jour en Suisse orientale (l'USZ et le KSSG) peuvent réussir à faire face seuls à la hausse de la demande jusqu'en 2025.

## 2.2. Position de l'hôpital cantonal de Lucerne (LUKS)

Du côté du LUKS, on reste également attaché à la demande d'attribution d'un mandat de prestations pour le traitement complexe des AVC. Les besoins d'un centre MHS en Suisse centrale sont justifiés de la façon suivante:

Selon le LUKS, l'argument déterminant est de permettre aux patients un accès aussi rapide que possible («Time is brain») au traitement des AVC dans toutes les régions de soins. Dans les AVC, chaque demi-heure de retard dans la mise en œuvre du traitement s'accompagne d'une augmentation de 10 % du risque d'invalidité permanente et de dépendance aux soins. Plus la thrombectomie est débutée précocement après le début des symptômes, plus les résultats sont bons.<sup>5</sup> Selon Meretoja *et al.*, chaque minute de retard dans le traitement par thrombectomie s'accompagne d'une réduction de l'espérance de vie.<sup>6</sup> Le délai de 6 à 8 heures indiqué dans le rapport (pour l'audition) relatif à l'attribution des prestations signifie en effet seulement qu'une intervention ou une thrombectomie peuvent encore être effectuées pendant ce délai afin au mieux de pouvoir obtenir une amélioration et minimiser les risques (hémorragies notamment). Cela ne veut en aucun cas dire que ces délais suffisent pour une récupération optimale des atteintes neurologiques. Ils ne peuvent par conséquent en aucune façon être pris comme mesure pour un «délai utile» jusqu'à l'accès au traitement.

D'après une étude, la longueur des trajets diminuait le nombre de patients pouvant bénéficier d'une thrombectomie jusqu'à 44 %.<sup>7</sup> Le rapport pour l'audition mentionne comme hôpitaux les plus proches autorisés à effectuer une thrombectomie chez les patients de Suisse centrale le KSA (Aarau), l'USZ (Zurich) et l'Inselspital (Berne). Si l'on est réaliste, on doit cependant tabler sur le fait que jusqu'à l'arrivée dans le centre MHS le plus proche, c.-à-d. Aarau, en ambulance ou en hélicoptère, au moins 60 minutes se seront écoulées et un certain temps encore jusqu'à ce que le traitement pour l'AVC puisse débuter. Cela signifie d'une part une réduction de la durée de vie et, d'autre part, une diminution du taux de patients qui, en dépit du traitement complexe (car commencé tardivement), deviendront fonctionnellement indépendants. Selon le LUKS, ce mauvais résultat entraînerait également d'importants coûts supplémentaires pendant le suivi et une augmentation de la dépendance aux soins.

<sup>6</sup> Meretoja *et al.* Endovascular therapy for ischemic stroke. Save a minute – save a week. *Neurology* 2017;88:1-5

<sup>7</sup> Rai *et al.* A population-based incidence of acute large vessel occlusions and thrombectomy eligible patients indicates significant potential for growth of endovascular stroke therapy in the USA. *J NeuroIntervent Surg* 2016;0:1-5

L'absence d'un centre MHS dans la région crée donc un grave préjudice pour la prise en charge de la population de Suisse centrale. Malgré les compétences existant au LUKS, les patients seraient nettement défavorisés par rapport à ceux des régions de soins MHS, ce qui ne peut se justifier ni sur le plan médical, ni sur le plan éthique, ni sur le plan économique.

Toujours selon le LUKS, la prévision des besoins qui figure dans le rapport relatif à l'attribution des prestations ne tient pas compte des progrès fondamentaux enregistrés depuis 2015 dans le traitement hautement spécialisé des AVC. Des études publiées en 2016 tablent sur le fait qu'à l'avenir, avec les méthodes disponibles, 10–15 % des AVC pourront être traités avec succès par thrombectomie, avec ce que cela peut signifier quant à l'amélioration neurologique potentielle. Ces chiffres vont donc bien au-delà de la proportion de 2 % de traitements hautement spécialisés des AVC avancée dans le rapport précité. Les craintes de créer des surcapacités et de ne pas atteindre le nombre minimal de cas par centre en attribuant un mandat de prestations à un Stroke Center supplémentaire ne sont par conséquent pas fondées.

### **3. Evaluation des avis par l'organe scientifique**

Après avoir examiné les avis formulés par les participants à l'audition, l'organe scientifique demeure persuadé de la nécessité d'attribuer un mandat de prestations au LUKS. «Time is brain» constitue un argument évident en faveur d'une couverture nationale et d'une prise en charge adéquate dans toutes les régions de soins, y compris la Suisse centrale. L'organe scientifique a encore une fois analysé de façon approfondie les arguments pour ou contre l'attribution d'un mandat de prestations à Hirslanden. Une éventuelle attribution à cet établissement repose essentiellement sur des prévisions faisant état d'une augmentation des besoins en lits à l'avenir, en particulier dans la région de Zurich. Ces prévisions sont – comme cela a déjà été signalé – entachées de grandes incertitudes. Selon une approche conservatrice et compte tenu de l'évaluation des besoins, on ne peut pas affirmer avec suffisamment d'assurance qu'il est nécessaire de disposer de deux centres dans l'agglomération de Zurich. Alors que le facteur géographique s'avère capital pour l'attribution de prestations au LUKS, il ne joue pas un rôle essentiel dans la ville de Zurich où les deux hôpitaux sont géographiquement très proches (USZ et Hirslanden). Dans la mesure où la CIMHS inscrit expressément la promotion de l'enseignement et de la recherche dans son document de base, l'organe scientifique se prononce pour la clinique universitaire et contre la clinique privée Hirslanden (qui affiche à cet égard un bilan nettement inférieur). Le fait que l'organe scientifique ait revu sa recommandation concernant Hirslanden résulte de l'examen approfondi et de l'évaluation des besoins, ainsi que d'une meilleure prise en compte de la répartition géographique des Stroke Centers suisses, c'est-à-dire de leur proximité par rapport aux patients. Outre les huit centres MHS actuels, l'organe scientifique recommande donc à l'organe de décision d'attribuer un mandat de prestations au LUKS. Une majorité de l'organe scientifique s'est en revanche déclarée contre la recommandation d'attribution d'un mandat de prestations à Hirslanden.

### **4. Considérations de l'organe de décision**

Ayant pris connaissance des résultats de l'audition et de la recommandation de l'organe scientifique, l'organe de décision a lui aussi réexaminé la question de manière plus approfondie. Personne ne conteste le fait que le traitement (complexe) des AVC doit être aussi rapide que possible («Time is Brain»), raison pour laquelle un accès optimal des patients au traitement en temps voulu dans ce domaine est particulièrement important. L'organe de décision n'interprète pas seulement cet argument en termes géographiques, ce qui plaiderait pour un seul centre MHS supplémentaire en Suisse centrale, mais attache également de l'importance à la prévention de problèmes potentiels de sous-capacité. Même en attribuant un mandat de prestations aux deux nouveaux candidats, on ne risque guère de créer des surcapacités, car tant le LUKS qu'Hirslanden sont certifiés comme Stroke Center et fournissent déjà ce type de prestations sur

la base d'un mandat de prestations cantonal. L'autorisation des dix candidats à fournir des prestations MHS ne correspond donc pas à une extension, mais à une consolidation de l'offre existante. Par ailleurs, l'organe scientifique et l'organe de décision s'accordent à reconnaître que l'évolution du spectre thérapeutique entraînera une augmentation du nombre des traitements hautement complexes des AVC. Même pour les partisans du maintien des attributions de prestations actuelles (huit centres MHS), il est indiscutable que les besoins futurs en soins augmenteront. Cette augmentation devrait être encore renforcée dans l'agglomération zurichoise par une croissance démographique supérieure à la moyenne de celle du reste de la Suisse. Autrement dit, la non-attribution d'un mandat de prestations MHS à Hirslanden pourrait donc exposer les patients à des problèmes potentiels de sous-capacité. Dans la mesure où, dans ce domaine MHS spécial, on a affaire à des interventions en urgence pour lesquelles le facteur temps est absolument critique, et où un retard à la mise en œuvre du traitement réduit à néant les chances d'une évolution favorable, on doit accorder une importance particulière à l'accès aussi rapide que possible au traitement et donc au bien-être des patients. En outre, en raison de l'indication, il n'existe pas de risque d'inflation du nombre d'actes par les fournisseurs de prestations. C'est la raison pour laquelle il convient d'utiliser les capacités existantes.

Dès avant l'audition, l'organe de décision avait prévu d'examiner soigneusement les contre-arguments des participants et de se forger une opinion définitive par la suite. Après avoir pris connaissance des avis formulés et compte tenu des arguments avancés, il estime que, pour les motifs précités, l'attribution des prestations aux dix candidats est justifiée.

## Conclusion

La prestation MHS «traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux» est attribuée aux dix fournisseurs de prestations ayant fait acte de candidature. Cela correspond à la proposition originale de l'organe scientifique MHS à l'organe de décision MHS. Les données concernant les nombres de cas atteints étant à ce jour encore insuffisantes pour les deux nouveaux candidats (LUKS et Hirslanden), le mandat de prestations pour ces deux prestataires est assorti d'une condition supplémentaire: si le nombre minimal de cas exigé n'est pas atteint en 2018 et 2019 (moyenne des deux années), le mandat de prestations MHS expirera trois ans après son entrée en vigueur.

Du fait que le processus de réévaluation globale en deux temps (rattachement à la MHS et attribution des prestations) prend beaucoup de temps, et dans la mesure où la réévaluation des mandats de prestations suppose de disposer de suffisamment de données, l'attribution des mandats de prestations pour six ans est donc justifiée. Le respect des exigences doit être surveillé pendant toute cette durée à l'aide du contrôle des données du Swiss Stroke Registry (SSR).

***Le mandat de prestations MHS est lié au respect des conditions suivantes, qui doivent être toutes remplies par l'ensemble des fournisseurs de prestations bénéficiant d'un mandat MHS, et ce, pendant toute la période d'attribution des prestations:***

- a) Remise d'un rapport annuel sur les données recueillies dans le Swiss Stroke Registry relatives à la qualité des processus et des résultats, y compris le nombre d'interventions (nombres de cas), destiné aux organes de la CIMHS, ainsi que remise d'un rapport relatif à l'enseignement, à la formation postgraduée et à la recherche deux et cinq ans après l'attribution des prestations;
- b) Divulgarion dans les meilleurs délais des éventuels manquements aux exigences de qualité et des modifications intervenues en termes de structures et de personnel qui affectent l'assurance qualité (notamment restructuration du centre, vacance du poste de directeur du centre ou de la direction médicale ou paramédicale);

- c) Certification comme Stroke Center par la Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies (SFCNS);
- d) Réalisation et administration de traitements (médicaux, interventionnels, chirurgicaux) en temps voulu chez les patients victimes d'un AVC 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7;
- e) Respect des concepts thérapeutiques comprenant l'établissement du diagnostic, le traitement, la prévention, les soins, la réadaptation précoce, la planification de la réadaptation et le suivi;
- f) Admission d'au moins 400 patients victimes d'AVC par an et réalisation d'au moins 40 traitements hautement spécialisés d'AVC par an;
- g) Pour chaque patient MHS, recueil et transmission des informations de l'ensemble minimal de données au Swiss Stroke Registry;
- h) Participation aux frais du Swiss Stroke Registry à proportion de la contribution à celui-ci;
- i) Audits réguliers des données recueillies dans le Swiss Stroke Registry à des fins d'assurance qualité et prise en charge des frais en résultant; communication des résultats de l'audit aux organes de la CIMHS ou autorisation donnée à l'organisme d'audit de transmettre les résultats de l'audit auxdits organes, ainsi que de leur mentionner nommément le nom du centre ayant fait l'objet d'un audit;
- j) Analyses biologiques (coagulation, NFS, biochimie; disponibilité 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7; résultats disponibles dans un délai max. de 45 minutes après la prise de sang);
- k) Offre de et participation active à des programmes reconnus de formation postgrade et continue pour le personnel médical, paramédical et les autres spécialistes dans le domaine du traitement complexe des AVC;
- l) Participation à des activités de recherche clinique dans le domaine du traitement complexe des AVC;
- m) Prise en considération particulière du domaine MHS «Traitement complexe des AVC» dans le concept de formation postgrade accessible au public;
- n) Obligation de collaborer en ce qui concerne le respect des conditions et le contrôle du respect de celles-ci.

## Critères de planification

### 1. Bases de planification selon la CIMHS

La CIMHS fixe certains principes qui doivent être respectés dans la planification et la concentration de la MHS à l'échelle nationale (art. 7, al. 1 à 3, CIMHS). 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). Enfin, la planification tient compte des prestations du système de santé suisse en faveur de l'étranger ainsi que d'éventuelles possibilités de coopération avec les pays voisins (art. 7, al. 6 et 7, CIMHS).

### 2. Critères de planification des soins

Outre les principes de planification, il importe, lors de l'établissement de la liste intercantonale des hôpitaux MHS, de respecter les mêmes exigences prescrites par les dispositions de la LAMal et de ses ordonnances d'exécution que pour la liste cantonale des hôpitaux (art. 39, al. 1, LAMal, art. 58a et suiv., OAMal<sup>8</sup>). On doit également tenir compte des autres principes spécifiques de la planification des capacités au sens de l'art. 8 CIMHS. Les considérations suivantes doivent illustrer l'approche suivie dans l'application de ces critères de planification.

L'*offre* à retenir a été déterminée à partir des nombres de cas du Swiss Stroke Registry (SSR) (2014/2015). Entre-temps, on dispose également des nombres de cas pour 2016. Ce registre n'existant pas encore depuis longtemps, on ne peut pas encore se fier vraiment aux données. Elles doivent donc être utilisées avec prudence pour s'assurer que la sécurité des soins reste garantie.

Afin de *déterminer les besoins*, on a procédé à une analyse des besoins. Celle-ci prévoit les besoins futurs qui seront déterminants pour la suite de la planification en tenant compte des prévisions démographiques, épidémiologiques ainsi que de l'évolution technico-médicale. Par ailleurs, les facteurs pouvant influencer sur les besoins en prestations médicales et donc sur l'évolution des nombres de cas au cours des années à venir ont été étudiés avec le concours d'experts. Les *besoins futurs* se réfèrent au total des nombres de cas recensés auquel s'ajoute la croissance prévue du nombre de cas. Par ailleurs, l'interprétation des besoins en soins prévus par l'analyse des besoins prend en considération de très récentes évolutions qui n'étaient pas encore prévisibles au moment où l'analyse des besoins a été effectuée et n'y figurent par conséquent pas.

En ce qui concerne l'évaluation des *capacités* nécessaires, il importe de noter que les traitements attendus peuvent être assurés par les fournisseurs de prestations proposés, mais qu'en termes de sécurité médicale et de qualité du traitement, le nombre annuel d'opérations dans les différents établissements ne descendra pas au-dessous d'un volume critique (nombre minimal de cas).

Lors de l'attribution des prestations, il importe de s'assurer que *les patients aient accès au traitement dans un délai utile* au sein d'une région linguistique ou géographique. En ce qui concerne le traitement complexe des AVC, il s'agit d'interventions en urgence où chaque minute compte,

---

<sup>8</sup> Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (RS 832.102)

raison pour laquelle dans le cas présent ce critère doit avoir un poids particulièrement important.

Dans ce domaine MHS, il n'existe pas de régions ni de cantons prédéfinis où les patients doivent être obligatoirement adressés. Les AVC se produisent au hasard à n'importe quel moment dans n'importe quel lieu en Suisse. Puisqu'il s'agit d'interventions en urgence, les patients doivent être hospitalisés au plus vite dans le centre le plus proche, ce qui explique que les *flux de patients* jouent un rôle secondaire dans ce domaine MHS.

La déclaration relative à la *disponibilité et à la capacité de l'établissement à remplir le mandat de prestations* constitue un pré-requis pour l'attribution des prestations et est demandée directement aux hôpitaux postulant à un mandat de prestations (auto-déclaration).

Enfin, la qualité et de l'économicité des fournisseurs de prestations sont également prises en considération, comme cela est décrit au chapitre suivant.

### 3. Critères d'évaluation des fournisseurs de prestations

L'évaluation des prestataires en vue de l'attribution d'un mandat de prestations MHS se fonde en principe sur les critères de la CIMHS (art. 4, al. 4) et sur les dispositions de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (art. 58b, al. 4 et 5, OAMal). Ces prescriptions réglementaires fondamentales sont résumées dans le Tableau 2.

Selon l'art. 4, al. 3, ch. 3, de la CIMHS, l'organe scientifique fixe les conditions qui doivent être remplies pour l'exécution d'une prestation ou d'un domaine de prestations en ce qui concerne le nombre de cas, les ressources personnelles et structurelles et les disciplines de soutien. Dans ce contexte, en se fondant sur les critères de la CIMHS et de l'OAMal, l'organe scientifique fixe pour chaque domaine MHS des exigences spécifiques au domaine concerné (*cf.* annexe A1) que les fournisseurs de prestations sont tenus de respecter. Le questionnaire de candidature standardisé soumis aux prestataires intéressés dans le cadre de la procédure de candidature comprend notamment ces exigences spécifiques.

Tableau 2. Exigences auxquelles doivent satisfaire les fournisseurs de prestations selon la CIMHS et l'OAMal

Exigence	Opérationnalisation de l'exigence	Respect de l'exigence
<b>Qualité de la fourniture de prestations, y compris:</b> Personnel hautement qualifié et formation d'équipe Disciplines de soutien	Les fournisseurs de prestations déclarent le degré de respect de la qualité des structures et des processus et l'efficacité de la fourniture des prestations par rapport aux exigences spécifiques au domaine concerné ( <i>cf.</i> annexe A1). Outre l'auto-déclaration de la fourniture de prestations, le contrôle des critères repose également sur la certification comme Stroke Center (qui sert de preuve de qualité déterminante).	Auto-déclaration concernant la qualité des structures et des processus au moyen du questionnaire standardisé conjointement avec la certification (Stroke Center) comme preuve de qualité.
Exploitation des synergies	La collaboration entre les spécialistes et les synergies en résultant constituent une condition pour la certification des Stroke Centers (voir critères de certification) et sont examinées dans le cadre de la procédure de certification.	
<b>Nombres minimaux de cas</b>	Les nombres de cas annuels des traitements complexes <sup>9</sup> pour 2014 et 2015 ont été calculés au moyen d'un extrait du SSR. La limite du	Réalisation de 40 traitements complexes hautement spécialisés selon le

<sup>9</sup> Traitements complexes selon la liste CIM/CHOP figurant dans l'annexe A1 du rapport final «Traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux» du 19 février 2015

Exigence	Opérationnalisation de l'exigence	Respect de l'exigence
	<p>nombre de cas minimal est passée de 50 à 40 par rapport à la dernière période de fourniture des prestations. En fixant à 40 le cut-off, l'organe scientifique s'est inspiré du nombre de cas minimal pour les traitements d'un AVC aigu dans les critères de certification pour les Stroke Centers. Le nombre de cas minimal de 70 par an qui y est exigé comprend aussi bien les traitements complexes (traitements endovasculaires aigus, c.-à-d. traitements endovasculaires dans les AVC aigus) que non complexes (thrombolyse intraveineuse), ces derniers étant très fréquents. L'organe scientifique constate que plus de la moitié des cas sont des cas complexes et que par conséquent le chiffre de 40 cas est indiqué comme seuil minimal standard.</p>	<p>catalogue CIM/CHOP publié (cf. annexe A1 dans le rapport final du 19 février 2015)</p>
<p><b>Enseignement, formation postgraduée et recherche</b></p>	<p>Les activités dans le domaine de l'enseignement, de la formation postgrade et de la recherche ont été recensées et évaluées à l'aide d'un questionnaire standardisé distinct. En outre, la formation postgrade et la recherche sont contrôlées dans le cadre de la procédure de certification des Stroke Centers.</p>	<p>Preuve des activités de recherche et d'enseignement selon le questionnaire standardisé, conjointement avec la certification (Stroke Center).</p>

L'*examen de l'économicité* se fait par des comparaisons entre établissements. Deux approches différentes ont été retenues pour ce faire – une comparaison sur la base des coûts par cas pondérés selon le degré de gravité et une analyse des coûts moyens par cas des hôpitaux dans un «domaine de prestations MHS défini».

La *compétitivité internationale et le potentiel de développement* ne peuvent pas être considérés isolément, mais uniquement en relation avec la qualité de la fourniture des prestations ainsi qu'avec la formation postgraduée en place, l'enseignement et la recherche. C'est ainsi que ceux qui fournissent des prestations de haut niveau, encouragent la relève médicale ainsi que la formation postgraduée de la génération montante, et se consacrent activement à la recherche contribuent au renforcement de leur compétitivité internationale et du développement de concepts thérapeutiques innovants.

## Analyse des besoins en soins

Selon l'art. 39 LAMal et l'art 58 OAMal, les cantons sont tenus de couvrir les besoins en soins hospitaliers. Dans le cadre de la planification MHS, il convient de tenir compte du fait que lors de l'analyse des besoins en soins, les cas des établissements ne figurant pas sur la liste des hôpitaux MHS sont transférés sur les fournisseurs de prestations titulaires d'un mandat de prestations MHS.

Les besoins en soins à couvrir correspondent au total du nombre de cas recensés à ce jour auquel s'ajoute la croissance prévue des nombres de cas. La demande pour certaines prestations médicales peut changer, notamment en raison d'une innovation technique significative. La variation de la demande se reflète directement dans le nombre de cas traités et doit être prise en compte dans la planification.

Compte tenu de ces considérations, l'analyse, selon la méthodologie habituelle (cf. annexe A3), des besoins en soins et de la prévision des besoins dans le domaine du traitement complexe des AVC a été confiée à la Direction de la santé du canton de Zurich. Dans un premier temps, on a étudié la situation actuelle des soins, y compris les nombres de cas (demande de prestations). L'évolution prévisionnelle des nombres de cas a tenu compte des facteurs épidémiologiques, de la démographie ainsi que de l'évolution médicale. Finalement, on a établi le scénario le plus plausible pour les besoins futurs en soins en Suisse – en tenant compte des études les plus récentes sur l'efficacité des thrombectomies.

### 1. Analyse de la situation actuelle

Depuis l'intégration du traitement des accidents vasculaires cérébraux dans la MHS en 2011 et l'attribution des mandats de prestations MHS à huit centres de prise en charge maximale, la qualité des soins délivrés aux patients victimes d'AVC en Suisse s'est nettement améliorée. Les efforts des organes de la CIMHS ont conduit à ce que le concept de Stroke Units/Stroke Centers, en s'inspirant étroitement des recommandations européennes, s'établisse et soit ainsi mis en œuvre conformément au «state of the art» international. L'inclusion du traitement complexe des AVC dans la liste des domaines MHS ainsi que la certification des Stroke Centers qui en a résulté (par les organes spécialisés de la Swiss Federation of Clinical Neuro Societies, SFCNS) ont conduit à un développement structuré des coopérations des Stroke Centers aussi bien avec les hôpitaux leur adressant les patients, les Stroke Units, qu'avec, en aval, avec les établissements de réadaptation et de soins gériatriques aigus. Le processus de certification a contribué de façon décisive à une amélioration de la qualité dans la fourniture des prestations, à l'optimisation de l'infrastructure et des processus, ainsi qu'au développement des Standard Operating Procedures (SOP).

Tous les fournisseurs de prestations s'étant portés candidats aux interventions MHS sont aujourd'hui certifiés comme Stroke Center (cf. Figure 1). On dispose ainsi aujourd'hui en Suisse de Stroke Centers dans chaque région géographique et linguistique: deux en Romandie (Genève et Lausanne), un dans le Tessin (Lugano), ainsi que trois dans le Nord-ouest de la Suisse (Berne, Bâle et Aarau) et trois dans le Nord-est (Zurich et St.-Gall). La récente certification obtenue par le LUKS fait qu'on dispose également d'un Stroke Center en Suisse centrale. L'accès des patients au traitement en temps utile est donc garanti sur l'intégralité du territoire national. En outre, on compte actuellement dans l'ensemble de la Suisse 13 hôpitaux certifiés comme Stroke Units ou bien en cours de recertification.

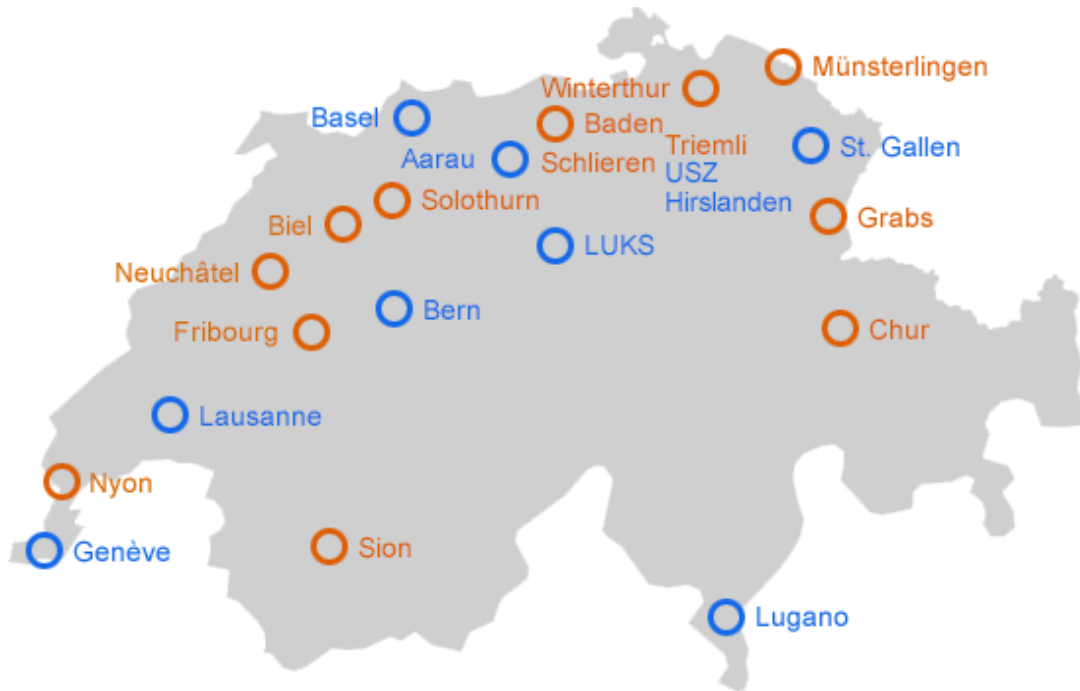


Figure 1. Répartition géographique des Stroke Centers (en bleu) et des Stroke Units (en orange) certifiés en Suisse (source: [www.sfcns.ch](http://www.sfcns.ch))

#### Flux de patients:

En 2014, 460 opérations MHS ont été réalisées dans les Stroke Centers certifiés.<sup>10</sup> La plupart des patients sont traités dans un hôpital de leur région géographique (cf. Tableau 3). C'est ainsi par exemple que les hôpitaux de Romandie (HUG et CHUV) traitent essentiellement des patients romands. La même tendance s'observe également dans le Nord-ouest et le Nord-est du pays. De plus, les patients du Tessin sont traités exclusivement dans le Tessin. Parmi les Stroke Centers, ce sont les HUG qui reçoivent la plupart des patients d'origine étrangère. L'analyse des flux de patients s'appuie sur les données de la statistique médicale de 2014 – au moment de la réalisation de l'analyse, c'étaient les données les plus récentes dont on disposait.

Tableau 3. Traitement complexe des AVC: flux de patients en 2014

Région de soins <sup>11</sup>	Hôpital	Roman- die	Nord- ouest de la Suisse	Suisse orien- tale	Suisse centrale	Tessin	Autres	Total par hôpital
Romandie	CHUV	41	0	0	0	0	2	<b>43</b>
	HUG	70	0	0	0	0	27	<b>97</b>
Nord- ouest de la Suisse	Insel	22	59	2	3	0	0	<b>86</b>
	KSA	0	46	0	3	0	1	<b>50</b>
	USB	1	25	0	0	0	2	<b>28</b>

<sup>10</sup> Ce nombre résulte de l'analyse des ensembles de données pour la statistique médicale. Afin d'identifier les cas pertinents pour le domaine MHS des AVC, les données ont été groupées avec le logiciel groupeur GPPH version 4.0.

<sup>11</sup> La définition des régions de soins MHS est expliquée dans l'annexe A3.

Région de soins <sup>11</sup>	Hôpital	Roman-die	Nord-ouest de la Suisse	Suisse orientale	Suisse centrale	Tessin	Autres	Total par hôpital
Suisse orientale	Hirslanden	0	0	6	0	0	0	6
	KSSG	0	0	24	0	0	3	27
	USZ	0	5	85	8	0	2	100
Suisse centrale	LUKS	0	0	0	0	0	0	0
Tessin	EOC	0	0	0	1	20	2	23
<b>Total Suisse</b>		<b>134</b>	<b>135</b>	<b>117</b>	<b>15</b>	<b>20</b>	<b>39</b>	<b>460</b>

#### Nombres de cas:

L'exigence relative au nombre minimal de cas a été contrôlée à l'aide des données du SSR de 2014 et 2015. Afin d'évaluer les nombres de cas, les fournisseurs de prestations membres du Swiss Stroke Registry (SSR) ont été priés de fournir un relevé du registre au secrétariat de projet MHS.<sup>12</sup> Les informations correspondantes sont rassemblées dans le Tableau 4.

Tableau 4. Nombres de cas «Traitement complexe des AVC» 2014 et 2015: extrait du Swiss Stroke Registry (SSR)

Prestataires	Nombre de cas 2014 <sup>13</sup>	Nombre de cas 2015	Commentaire
Kantonsspital Aarau	110 interventions MHS (dont 86 dans le SSR)	116 interventions MHS (dont 106 dans le SSR)	Du fait de la collaboration interdisciplinaire, toutes les interventions MHS n'ont pas été enregistrées dans le SSR dans le passé. Depuis 2016, toutes les interventions MHS sont intégralement consignées dans le SSR.
Insel Gruppe AG site de l'Inselspital, Universitätsspital Bern	174 interventions MHS	228 interventions MHS	Les statistiques de neurochirurgie et de neuroradiologie ont permis d'identifier en plus les interventions MHS suivantes en plus: craniectomie pour AVC: 2014: chiffre non disponible, 2015: 13; chirurgie de revascularisation de la carotide: 2014: 90, 2015: 113.
Universitätsspital Basel	57 interventions MHS	157 interventions MHS	Les endartériectomies carotidiennes aiguës/subaiguës n'ont pas été enregistrées dans le SSR en 2014 et 2015. Ensemble des interventions MHS pour AVC aigu 2015: 157 (13 stentings d'artères cérébrales, 7 cranio-

<sup>12</sup> Dans la mesure où le SSR était en train d'être mis en place en 2014 et en 2015, il avait été décidé que les responsables de chaque Stroke Center devaient mettre leurs données à disposition sur la base de leur relevé individuel du SSR et pouvaient donc aussi les commenter. Depuis 2017, les organes CIMHS reçoivent les données du SSR directement du coordinateur de ce registre (cela concerne donc pour la première fois l'ensemble de données de 2016).

<sup>13</sup> L'évaluation de la direction de la santé du canton de Zurich (cf. Tableau 3) se fonde sur les données de la statistique médicale directement réclamées aux hôpitaux et qui ont été groupées avec le logiciel groupeur GPPH version 4.0. On n'a utilisé que les cas entrant dans le GPPH «NEU3.1». Cela explique le décalage entre les nombres de cas figurant dans le Tableau 3 et ceux provenant du SSR (Tableau 4).

Prestataires	Nombre de cas 2014 <sup>13</sup>	Nombre de cas 2015	Commentaire
			tomies, 72 endartériectomies d'artères cérébrales et 65 thrombolyse ou thrombectomies intra-artérielles percutanées sélectives).
Hôpitaux Universitaires de Genève	107 interventions MHS	91 interventions MHS	
Luzerner Kantonsspital	Absence de données	Absence de données	L'hôpital cantonal de Lucerne n'était pas jusqu'à présent certifié comme Stroke Center
Kantonsspital St. Gallen	45 interventions MHS	145 interventions MHS	Les chiffres des EC (endartériectomies carotidiennes) et des CAS (carotid artery stenting) pour 2014 sont trop faibles. La raison tient au transfert des données d'une base de données locale sur la base de données suisse.
Ente Ospedaliero Cantonale, site de l'Ospedale Regionale di Lugano	35 interventions MHS	50 interventions MHS	
Centre hospitalier universitaire vaudois	75 interventions MHS	103 interventions MHS	
Klinik Hirslanden, Zürich	Absence de données	41 interventions MHS	Le SSR venant alors juste d'être introduit, les données de 2014 sont incomplètes.
Universitätsspital Zürich	93 interventions MHS	194 interventions MHS	

Entre-temps, on a également eu connaissance des nombres de cas de 2016 provenant du SSR (voir Tableau 5). Ces chiffres ont été directement communiqués aux organes CIMHS par le coordinateur du SSR dans le cadre du rapport annuel.

Tableau 5. Nombres de cas «Traitement complexe des AVC» 2016: extrait du Swiss Stroke Registry (SSR)

Prestataires	Interventions MHS 2016
Kantonsspital Aarau	146
Insel Gruppe AG, site de l'Inselspital, Universitätsspital Bern	365
Universitätsspital Basel	92
Hôpitaux Universitaires de Genève	149
Luzerner Kantonsspital	56
Kantonsspital St. Gallen	160
Ente Ospedaliero Cantonale (EOC), site de l'Ospedale Regionale di Lugano	83
Centre hospitalier universitaire vaudois	159
Klinik Hirslanden, Zürich	42
Universitätsspital Zürich	116
<b>Total</b>	<b>1368</b>

Selon les prestataires actuels, seul un tout petit nombre de patients victimes d'AVC justifiant un traitement complexe a dû être refusé ou transféré en 2014 et 2015 pour cause de sous-capacités (voir Tableau 6). Selon les propres données des Stroke Centers eux-mêmes, il n'existait donc aucune sous-capacité significative.

Tableau 6. Problèmes de sous-capacités en 2014 et 2015

Prestataires	Sous-capacités*
Kantonsspital Aarau	0
Insel Gruppe AG, site de l'Inselspital, Universitäts-spital Bern	0
Universitätsspital Basel	0
Hôpitaux Universitaires de Genève	0
Luzerner Kantonsspital	Six patients ont dû être transférés en 2014 et 2015, car le service de neuroradiologie interventionnelle était encore en construction. Depuis le 1 <sup>er</sup> juillet 2015, nous avons développé les capacités de telle sorte que depuis lors une permanence 24 h/24 est assurée par trois spécialistes de neuroradiologie interventionnelle et que plus aucun patient n'a dû être transféré.
Kantonsspital St. Gallen	5
Ente Ospedaliero Cantonale (EOC), site de l'Ospe-dale Regionale di Lugano	0
Centre hospitalier universitaire vaudois	2 cas par an (transfert à Genève/HUG et à Berne/In-selspital)
Klinik Hirslanden, Zürich	1
Universitätsspital Zürich	0

\* Patients victimes d'AVC chez lesquels un traitement complexe était indiqué et qui n'ont pas pu être hospitalisés ou ont dû être transférés en 2014 et 2015 en raison de problèmes de sous-capacité.

## 2. Prévisions des besoins

Les prévisions des experts concernant les besoins futurs dans le domaine du traitement complexe des AVC varient considérablement, comme on peut également l'observer dans d'autres spécialités. L'évolution des nombres de cas dépend avant tout de la croissance démographique, du vieillissement de la population ainsi que de la probabilité de maladie (ou de décès) spécifique pour l'âge (facteurs épidémiologiques). Alors que la croissance démographique et le vieillissement de la population ont pour conséquence une augmentation du nombre de cas, les facteurs épidémiologiques contrecarrent, dans toutes les pathologies cardiovasculaires (AVC inclus), cette augmentation du nombre de cas. Ceci est dû en particulier à l'amélioration de la prévention et du traitement initial. Le nombre de patients dans le monde décédés à la suite d'un AVC ischémique a crû annuellement d'environ 2 % entre 1990 et 2013.<sup>14</sup> Avec (la poursuite de) l'évolution des méthodes de détection et de traitement, le spectre thérapeutique pourrait se transformer et conduire à une augmentation supplémentaire du nombre des traitements hautement

<sup>14</sup> Roth GA *et al.* Demographic and epidemiological drivers of global cardiovascular mortality. *N Engl J Med* 2015, 372: 1333-41

complexes des AVC. Il importe donc aussi à l'avenir de suivre de près l'évolution dans ce domaine. Compte tenu des prévisions des besoins, on doit tabler sur une croissance du nombre de cas de 28,5 % (soit env. 590 cas) d'ici 2025. Ces prévisions se fondent sur les données de la statistique médicale de 2014. Les chiffres et les évolutions plus récents suggèrent cependant une hausse plus marquée et par conséquent des besoins en soins plus importants à couvrir. C'est ainsi que, selon le SSR, le nombre de cas en 2016 était déjà deux fois plus élevé que ce qui était prévu pour 2025, une indication que le spectre thérapeutique a effectivement évolué. Cela est confirmé par de toutes récentes études: d'un côté, potentiellement, il est probable que 10 à 15 % des patients victimes d'AVC peuvent aujourd'hui bénéficier d'un traitement relevant de la MHS, avec des chances d'amélioration neurologique.<sup>15</sup> De l'autre, parmi les patients n'ayant pas reçu le traitement initial nécessaire au cours des 6 à 8 premières heures, certains peuvent en outre, sous certaines conditions, se qualifier pour une intervention intra-artérielle neuroradiologique<sup>16</sup>. Grâce à la sensibilisation du corps médical et de la population à ces nouvelles possibilités, on doit donc s'attendre au cours des prochaines années à une augmentation considérable des traitements hautement complexes des AVC.

### 3. Besoins futurs en soins

Si l'on s'en tient aux prévisions très conservatrices des besoins avec à peine 600 cas MHS prévus à l'horizon 2025, les besoins en soins dans le domaine MHS «Traitement complexe des AVC» pourraient probablement être couverts par les huit fournisseurs de prestations MHS actuels durant les prochaines années. D'après les informations qu'ils ont eux-mêmes fournies, ceux-ci disposent de capacités suffisantes et une augmentation ultérieure des capacités serait également possible (cf. Tableau 7).<sup>17</sup> D'un autre côté, on ne peut pas négliger les considérations précitées au sujet de l'extension du spectre thérapeutique ni le fait que le temps est un facteur extrêmement crucial («Time is Brain») pour la réussite du traitement. Un accès aussi rapide que possible au traitement des AVC doit être garanti à tous les patients dans toutes les régions de soins de Suisse.

Tableau 7. Possibilités d'augmentation de la capacité par an et par hôpital pour le traitement complexe des AVC

Prestataires	Nombre annuel de patients victimes d'AVC qui pourront à l'avenir être pris en charge pour un traitement complexe en plus du volume actuel de traitements
Kantonsspital Aarau	En raison de l'augmentation du nombre de patients, les capacités de monitoring sont déjà passées de 6 à 13 places cette année.

<sup>15</sup> Campbell BCV *et al.* Safety and efficacy of solitaire stent thrombectomy. Individual patient data meta-analysis of randomized trial. *Stroke* 2016;47:798-806; Saver JL *et al.* Time to treatment with endovascular thrombectomy and outcomes from ischemic stroke: a meta-analysis. *JAMA* 2016;316:1279-1288; Meretoja A *et al.* Endovascular therapy for ischemic stroke. Save a minute – save a week. *Neurology* 2017;88:1-5; Sablot D *et al.* Thrombectomy accessibility after transfer from a primary stroke center: Analysis of a three-year prospective registry. *International Journal of Stroke* 2016. doi: 10.1177/1747493017701151; Rai AT *et al.* A population-based incidence of acute large vessel occlusions and thrombectomy eligible patients indicates significant potential for growth of endovascular stroke therapy in the USA. *J NeuroInterventSurg* 2016;0:1-5. doi: 10.1136/neurintsurg-2016-012515

<sup>16</sup> Rodrigues FB *et al.* Endovascular treatment versus medical care alone for ischaemic stroke: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2016;353:i1754; Jovin TG *et al.* Thrombectomy within 8 Hours after Symptom Onset in Ischemic Stroke *N Engl J Med* 2015; 372:2296-2306; Goyal M *et al.* Randomized assessment of rapid endovascular treatment of ischemic stroke. *N Engl J Med* 2015;372:1019–30; Saver JL *et al.* Stent-retriever thrombectomy after intravenous t-PA vs. t-PA alone in stroke. *N Engl J Med* 2015;372:2285–95; Berkhemer OA *et al.* A Randomized Trial of Intraarterial Treatment for Acute Ischemic Stroke. *N Engl J Med* 2015; 372:11-20; Campbell BC *et al.* Endovascular Therapy for Ischemic Stroke with Perfusion-Imaging Selection. *N Engl J Med*, 2015

<sup>17</sup> Auto-déclaration des fournisseurs de prestations dans le questionnaire pour la candidature au mandat de prestations MHS dans le domaine du «Traitement complexe des AVC» dans le cadre de la procédure de candidature du 23 août 2016

Prestataires	Nombre annuel de patients victimes d'AVC qui pourront à l'avenir être pris en charge pour un traitement complexe en plus du volume actuel de traitements
Insel Gruppe AG, site de l'Inselspital, Universitäts-spital Bern	En cas d'augmentation des besoins, les capacités de traitement pourraient à l'avenir être encore rapidement adaptées.
Universitätsspital Basel	Pas de limitation
Hôpitaux Universitaires de Genève	20
Luzerner Kantonsspital	Env. 50  On doit tabler à moyen terme sur au moins 50 patients de plus par an. Dans les thrombectomies, compte tenu de l'importance de la population couverte, on doit s'attendre à moyen terme à une augmentation des nombres de cas à au moins 100-120 patients par an. Compte tenu de l'augmentation du nombre de cas dans la Stroke Unit du LUKS, on doit aussi prévoir un accroissement du degré de gravité des cas d'AVC. Davantage de patients nécessiteront donc une craniectomie. Par ailleurs, la centralisation de la prise en charge des AVC au LUKS fait qu'on doit aussi compter sur une nette augmentation des gestes de revascularisation élective sur l'artère carotide interne.
Kantonsspital St. Gallen	20 (estimation)
Ente Ospedaliero Cantonale (EOC), site de l'Ospedale Regionale di Lugano	30
Centre hospitalier universitaire vaudois	Thrombectomies à la phase aiguë: +50 (i.e. 30 % de plus)  Hémicraniectomies: pas de limitation  Chirurgie de revascularisation: + 50 (i.e.100 % de plus)  Neuroradiologie interventionnelle: +30
Klinik Hirslanden, Zürich	100
Universitätsspital Zürich	50

## Evaluation des candidatures soumises

A la suite de la procédure de candidature ouverte du 23 août au 18 octobre 2016, le secrétariat de projet MHS a reçu dix candidatures pour l'intégration sur la liste des hôpitaux MHS – dont huit pour la prolongation du mandat de prestations MHS actuel pour la prochaine période de fourniture de prestations et deux nouvelles candidatures (voir chapitre «Contexte»). On trouvera ci-après la description des résultats de l'évaluation des candidatures qui nous ont été soumises.

**Disponibilité à remplir le mandat de prestations.** Tous les candidats ayant posé leur candidature se déclarent prêts à assumer toutes les missions de soins définies dans le rapport relatif au rattachement à la MHS<sup>18</sup> et à satisfaire aux exigences liées à la fourniture des prestations de soins (cf. Tableau 9).

**Qualité.** Tous les candidats possèdent une certification comme Stroke Center.<sup>19</sup> Ils indiquent qu'ils remplissent l'ensemble des exigences en matière d'assurance qualité (cf. Tableau 9). Seul le LUKS signale qu'il n'a à ce jour pas établi de rapport à l'intention des organes CIMHS, car il n'était jusqu'à présent pas centre MHS pour le traitement complexe des AVC. Il assure toutefois qu'il remplira immédiatement ces exigences lorsqu'il sera accrédité comme centre MHS.

**Nombres minimaux de cas - Autodéclaration.** Selon le formulaire d'autodéclaration, neuf des dix candidats satisfont au nombre minimal de cas prédéterminé de 40 traitements complexes hautement spécialisés par an (moyenne calculée sur 2014 et 2015) (cf. Tableau 9).<sup>20</sup> Hirslanden, qui, selon ses propres indications, n'atteint pas le nombre minimal de cas, fait à ce sujet remarquer que du fait de l'attribution du mandat de prestations pour la prise en charge hautement spécialisée des patients victimes d'AVC dont elle bénéficie et des directives MHS demandant la formation d'un réseau avec l'USZ, une coopération accrue entre les deux Stroke Center dans le canton de Zurich devra forcément se développer à l'avenir, ce qui améliorera l'offre des soins dans le canton de Zurich et pour la population couverte, et contribuera en fin de compte à accroître encore les nombres de cas.

**Nombres minimaux de cas – Swiss Stroke Registry (SSR).** Outre l'auto-déclaration, le contrôle des nombres minimaux de cas repose sur les données du SSR. A cet égard, les fournisseurs de prestations raccordés au registre étaient priés de fournir un relevé du registre au secrétariat de projet MHS. Selon ces indications, les huit centres MHS actuels remplissent les nombres minimaux de cas. La clinique Hirslanden de Zurich atteint le nombre minimal de cas pour 2015, mais on ne dispose d'aucune donnée pour 2014.<sup>21</sup> Le LUKS n'a obtenu le statut de Stroke Center certifié que depuis le 7 novembre 2016 et n'était jusqu'à cette date pas encore raccordé au SSR. C'est la raison pour laquelle les données du SSR sur cet établissement ne permettent pas de se prononcer sur le respect du nombre minimal de cas.

---

<sup>18</sup> «Traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux», rapport explicatif pour le rattachement à la médecine hautement spécialisée. Rapport final du 19 février 2015

<sup>19</sup> La certification comme Stroke Center est une condition nécessaire mais pas suffisante pour l'attribution d'un mandat de prestations MHS. Tout fournisseur de prestations certifié comme Stroke Center n'a pas automatiquement droit à un mandat de prestations MHS correspondant.

<sup>20</sup> Selon ses propres indications, le LUKS satisfait également – bien qu'il ne bénéficiât jusqu'à présent pas d'un mandat de prestations MHS – au nombre minimal de cas: «De janvier 2016 jusqu'au dépôt de la demande, nous avons réalisé au total 37 thrombectomies, 8 implantations de stent sur l'artère carotide interne et 7 craniotomies pour des AVC expansifs. Le nombre d'interventions de revascularisation sur la carotide interne était de 45 en 2014 et de 40 en 2015. D'ici la fin de l'année 2016, 50 thrombectomies auront probablement été effectuées.»

<sup>21</sup> Remarque: la clinique Hirslanden de Zurich est certifiée comme Stroke Center depuis le 16 mai 2014. Selon elle, les données de 2014 sont incomplètes parce que le SSR venait alors juste d'être introduit.

**Enseignement, formations postgraduée et recherche.** Les données sur la mise en œuvre des conditions relatives à l'enseignement, à la formation postgraduée et à la recherche ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire d'évaluation standardisé et exploitées par l'organe scientifique. La formation postgrade et la recherche sont en outre contrôlées dans le cadre du processus de (re)certification comme Stroke Center. Tous les candidats remplissent les attentes en termes d'enseignement, de formation postgrade et de recherche. Comme on pouvait s'y attendre, les hôpitaux universitaires ont publié davantage et mieux que les autres candidats. Les centres MHS ont mené des études communes; il existe ainsi de nombreuses études multicentriques suisses auxquelles participent à chaque fois plusieurs Stroke Centers. La recherche dans les Stroke Centers suisses est de bon aloi et la collaboration entre les centres fonctionne correctement.

**Economicité.** L'analyse des données pour l'examen de l'économicité des fournisseurs de prestations a été effectuée par un tiers mandaté pour ce faire. Un groupe d'experts s'est penché sur les analyses puis a établi un rapport avec les principales conclusions de l'examen de l'économicité. Les résultats de ce dernier sont résumés dans le Tableau 8 et la démarche méthodologique dans l'annexe A2.

Les analyses se fondent sur la comparaison des coûts moyens par cas pour chaque hôpital ajustés pour le case-mix (valeurs de base) de 2015. Outre l'évaluation au niveau de l'ensemble de l'hôpital, on a également tenu compte de l'économicité de la fourniture des prestations MHS. Deux approches différentes ont donc été employées:

1. **Méthodologie ITAR\_K®:** dans l'évaluation des données ITAR\_K® relatives aux coûts, les coûts des hôpitaux à prendre en compte pour le calcul des valeurs de base ajustées pour le case-mix sont déterminés en s'inspirant des «Recommandations pour l'examen de l'économicité»<sup>22</sup> formulées par la CDS. Les valeurs de référence sont représentées par les médianes des hôpitaux candidats en tenant compte de la catégorie d'hôpital (hôpitaux universitaires: CHF 11 058, autres hôpitaux de soins aigus: CHF 9 992) (cf. Tableau 8, colonne de gauche).
2. **Méthodologie SwissDRG:** dans l'évaluation selon la méthode de SwissDRG, les valeurs de base des hôpitaux ajustées pour le case-mix sont calculées pour les cas concernés du spectre MHS spécifique. Comme valeurs de référence, on se sert d'une part des médianes des hôpitaux candidats en tenant compte de la catégorie d'hôpital (hôpitaux universitaires: CHF 11 489, autres hôpitaux de soins aigus: CHF 9 993) (cf. Tableau 8, colonne du milieu) et, d'autre part, des médianes pondérées pour le nombre de cas (PNC) des hôpitaux candidats en tenant compte de la catégorie d'hôpital (hôpitaux universitaires: CHF 10 690, autres hôpitaux de soins aigus: CHF 9 604) (cf. Tableau 8, colonne de droite).

On ne tient compte des différences de coûts de nature régionale pour l'appréciation de l'économicité ni dans l'utilisation de la publication des coûts selon la méthode ITAR\_K®, ni dans les données SwissDRG. C'est ainsi que, faute d'une méthodologie largement acceptée, la variation locale des coûts salariaux n'est pas corrigée. Qui plus est, l'évaluation selon SwissDRG ne permet pas de se prononcer de façon statistiquement fiable lorsque le nombre de cas est faible. Les énoncés sur l'économicité doivent donc être relativisés.

---

<sup>22</sup> Les recommandations relatives à l'examen de l'économicité valent aussi par analogie pour l'examen de l'économicité MHS.

Tableau 8. Classement des hôpitaux en «plutôt économiques»<sup>a)</sup>, «neutres»<sup>b)</sup> et «plutôt pas économiques»<sup>c)</sup> selon trois méthodes distinctes

Hôpital	Valeur de référence		
	Médiane ITAR_K®	Médiane SwissDRG	Médiane SwissDRG PNC
Kantonsspital Aarau	± R	< R	< R
Insel Gruppe AG, site de l'Inselspital, Universitätsspital Bern	< R	< R	< R
Universitätsspital Basel	± R	> R	> R
Hôpitaux Universitaires de Genève	> R	± R	> R
Luzerner Kantonsspital <sup>d)</sup>	< R		
Kantonsspital St. Gallen	> R	> R	> R
Ente Ospedaliero Cantonale (EOC), site de l'Ospedale Regionale di Lugano	< R	< R	± R
Centre hospitalier universitaire vaudois	> R	< R	< R
Klinik Hirslanden, Zürich	> R	> R	> R
Universitätsspital Zürich	± R	> R	> R

<sup>a)</sup> «< R» : Les coûts moyens par cas (pondérés selon le degré de gravité) de l'hôpital sont inférieurs de plus d'1,0 % à la valeur de référence.

<sup>b)</sup> «± R» : L'écart des coûts moyens par cas (pondérés selon le degré de gravité) de l'hôpital par rapport à la valeur de référence est inférieur à 1,0 %.

<sup>c)</sup> «> R» : Les coûts moyens par cas (pondérés selon le degré de gravité) de l'hôpital excèdent de plus d'1,0 % la valeur de référence.

<sup>d)</sup> En 2015, le LUKS n'a pas eu de cas correspondant aux critères de sélection. Cela tient au fait que cet établissement n'était pas encore certifié comme Stroke Center en 2015. L'ensemble des évaluations selon Swiss DRG a par conséquent été réalisé sans le LUKS.

L'examen de l'économicité selon ITAR\_K® montre qu'aucun des candidats ne se situe à plus de 12 % au-dessus de la valeur de référence. L'évaluation des données SwissDRG révèle elle aussi que neuf des dix candidats se situent ou bien au-dessous ou bien à moins de 12 % au-dessus de la valeur de référence. Seule la clinique Hirslanden se distingue des autres hôpitaux par un écart bien supérieur puisqu'elle se situe à presque 57 % au-dessus de la valeur de référence «médiane SwissDRG» (presque 63 % au-dessus de la valeur de référence «médiane SwissDRGPNC»). On suppose que la comptabilité d'Hirslanden n'a pas éliminé correctement et complètement les coûts non pertinents pour le benchmarking, notamment les honoraires médicaux pour des assurés bénéficiant d'une assurance complémentaire. En outre, l'analyse pour cette clinique se base seulement sur 17 cas SwissDRG – soit trop peu pour permettre d'en tirer des conclusions statistiquement significatives.

#### Appréciation de l'organe scientifique concernant l'examen de l'économicité

L'examen de l'économicité de la fourniture des prestations MHS a été réalisé avec deux méthodes différentes – la première incluant tout l'hôpital, la seconde avec des données plus spécifiques pour le domaine MHS. Il existe naturellement des limitations et des simplifications méthodologiques, et la fiabilité du calcul des coûts est restreinte en raison du petit nombre de patients concernés. Pour toutes ces raisons, le groupe d'expert «Économicité MHS» estime que l'importance à attribuer au contrôle de l'économicité dans la décision d'at-

tribution des prestations devrait être la plus minime possible. L'organe scientifique et l'organe de décision suivent cette recommandation. Compte tenu des autres facteurs infiniment plus importants comme les conditions en matière professionnelle et d'infrastructure auxquelles les centres doivent satisfaire, ainsi que les contraintes géographiques qui doivent permettre un accès équitable et en temps voulu aux soins, l'économicité n'a joué qu'un rôle secondaire dans la décision d'attribution.

Le Tableau 9 résume les résultats de l'évaluation des candidatures soumises.

Tableau 9. Respect des exigences par fournisseur de prestations

Prestataire	Disponibilité <sup>1)</sup>	Qualité: certification comme Stroke Center	Qualité: auto-déclaration <sup>2)</sup>	Nombre minimal de cas <sup>3)</sup>	Enseignement, formation postgrade et recherche <sup>4)</sup>	Examen de l'économicité <sup>5)</sup>
KSA	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Insel	oui	oui	oui	oui	oui	oui
USB	oui	oui	oui	oui	oui	oui
HUG	oui	oui	oui	oui	oui	oui
LUKS*	oui	oui	en partie <sup>a)</sup>	non renseigné <sup>b)</sup>	oui	oui
KSSG	oui	oui	oui	oui	oui	oui
EOC	oui	oui	oui	oui	oui	oui
CHUV	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Hirslanden**	oui	oui	oui	en partie <sup>c)</sup>	oui	oui
USZ	oui	oui	oui	oui	oui	oui

Fond bleu: signifie que l'établissement satisfait à l'exigence concernée

\* Ne disposait pas jusqu'à présent d'un mandat de prestations MHS

\*\*Ne disposait pas jusqu'à présent d'un mandat de prestations MHS. En raison de l'effet suspensif de son recours et de l'arrêt du Tribunal administratif fédéral [C-4154/2011], Hirslanden avait cependant le droit ces dernières années de fournir des prestations MHS dans le domaine du traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux.

<sup>1)</sup>Déclaration sur la disponibilité et la capacité de l'établissement à remplir le mandat de prestations; <sup>2)</sup>Contrôle selon le catalogue figurant dans l'annexe A1; <sup>3)</sup>Contrôle basé sur les nombres de cas déclarés par les fournisseurs de prestations et en partie commentés extraits du Swiss Stroke Registry pour 2014 et 2015 (nombre minimal de cas : 40/an, moyenne calculée sur deux ans); <sup>4)</sup>Évaluation basée sur les indications des fournisseurs de prestations dans le questionnaire standardisé sur l'enseignement, la formation postgrade et la recherche; <sup>5)</sup>La démarche méthodologique employée pour l'examen de l'économicité est résumée dans l'annexe A2.

<sup>a)</sup> Dans la mesure où le LUKS ne détenait pas jusqu'à présent de mandat de prestations MHS pour le traitement complexe des AVC, il ne remettait pas non plus de rapport aux organes CIMHS. Il s'engage cependant à remplir immédiatement ces exigences dès qu'il sera accrédité comme centre MHS. <sup>b)</sup> Le LUKS n'est certifié comme Stroke Center que depuis le 7 novembre 2016 et n'était donc pas encore raccordé au SSR en 2010/2015. <sup>c)</sup> Hirslanden satisfait au nombre minimal de cas pour 2015; on ne dispose pas de données pour 2014. Selon elle, les données de 2014 sont incomplètes parce que le SSR venait alors juste d'être introduit.

## Attribution de la fourniture des prestations MHS

En considérant tous les aspects importants, l'organe de décision opte pour l'attribution suivante de la fourniture de prestations MHS:

### **Attribution d'un mandat de prestations aux dix centres suivants**

Tableau 10. Attribution des mandats de prestations MHS dans le domaine «Traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux»

Prestataires	Mandat de prestations	Justification de l'attribution des prestations
Kantonsspital Aarau	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences.
Insel Gruppe AG, site de l'Inselhospital, Universitätsspital Bern	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences.
Universitätsspital Basel	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences.  Compte tenu de la situation géographique à la frontière avec l'Allemagne et la France, possibilité également de fournir des prestations à ces pays voisins.
Hôpitaux Universitaires de Genève	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences.  Compte tenu de la situation géographique à la frontière française, possibilité également de fournir des prestations à ce voisin.
Luzerner Kantonsspital	Limité à 6 ans <sup>23</sup>	Satisfait à la plupart des exigences. Les nombres de cas n'ont pas pu être évalués, car cet établissement n'est pas raccordé au SSR.  Compte tenu de sa situation géographique, l'accès à ce centre est également assuré pour les patients de Suisse centrale.  En raison de l'absence de données sur les nombres de cas, le mandat de prestations est lié à la condition additionnelle d'atteindre les nombres minimaux de cas en 2018 et en 2019.
Kantonsspital St. Gallen	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences.  Compte tenu de sa situation géographique, l'accès à ce centre est également assuré pour les patients des Grisons.
Ente Ospedaliero Cantonale (EOC), Standort Ospedale Regionale di Lugano	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences.  Compte tenu de sa situation géographique, l'accès à ce centre est également assuré pour les patients venant de Suisse italophone.

<sup>23</sup> Les nombres de cas seront de nouveau déterminés la troisième année (2020) après l'attribution du mandat de prestations, sur la base des deux années précédentes (2018 et 2019). Si le nombre minimal de 400 admissions de patients victimes d'AVC par an et la réalisation de 40 traitements complexes hautement spécialisés d'AVC par an (moyenne de 2018 et 2019) ne sont pas remplis, le mandat de prestations expirera trois ans après son entrée en vigueur.

Prestataires	Mandat de prestations	Justification de l'attribution des prestations
		Compte tenu de la situation géographique à la frontière avec l'Italie, possibilité également de la fourniture de prestations à ce voisin.
Centre hospitalier universitaire vaudois	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences.
Klinik Hirslanden, Zürich	Limité à 6 ans <sup>23</sup>	Satisfait à toutes les exigences sauf le nombre minimal de cas. Les nombres de cas pour 2014 n'ont pas été communiqués.  En raison du caractère incomplet des données sur les nombres de cas, le mandat de prestations est lié à la condition additionnelle d'atteindre les nombres minimaux de cas en 2018 et en 2019.
Universitätsspital Zürich	Limité à 6 ans	Satisfait à toutes les exigences.

**Considérations.** L'organe de décision constate que les besoins actuels sont suffisamment couverts par les huit fournisseurs de prestations MHS actuels. Si l'on prend pour base de la planification des besoins les prévisions conservatives des besoins avec tout juste 600 cas MHS prévus à l'horizon 2025, il est probable que les besoins en soins pourraient encore être couverts par les huit prestataires MHS actuels dans les années à venir. Cependant, les prévisions sont toujours entachées de certaines incertitudes, raison pour laquelle on ne peut exclure que les besoins futurs en soins croissent plus fortement que prévu. De plus, le spectre thérapeutique se transforme avec le développement et le perfectionnement des méthodes de détection et de traitement, ce qui contribue encore à augmenter le nombre des traitements hautement spécialisés des AVC. En outre, les plus récents travaux de recherche montrent qu'une intervention doit être réalisée dans les 6-8 heures suivant un AVC pour pouvoir obtenir une amélioration et minimiser les risques. Une intervention encore plus rapide est nécessaire pour obtenir le meilleur résultat possible; chaque minute de retard dans le traitement par thrombectomie s'accompagne d'une diminution de l'espérance de vie. C'est pourquoi l'accès optimal des patients au traitement en temps utile revêt une importance cruciale dans ce domaine MHS.

Dans ce contexte, il est indiqué d'attribuer un mandat de prestations MHS aux dix candidats. Indépendamment de cela, la base de données n'est pas suffisante pour exclure des candidats. Le Swiss Stroke Registry était encore en train d'être mis en place en 2014 et 2015, et l'on ne dispose pas encore de données sur les résultats. C'est la raison pour laquelle l'attribution d'un mandat de prestations MHS est également conditionnée par le recueil des données du fournisseur de prestations MHS dans le Swiss Stroke Registry. On espère ainsi pouvoir se fonder sur des données solides concernant les résultats des candidats lors des futures décisions d'attributions. Pour ces raisons et pour d'autres exposées dans le présent rapport (en particulier dans le chapitre «Résultats de l'audition»), un mandat de prestations MHS limité à six ans est attribué à tous les fournisseurs de prestations mentionnés dans le Tableau 10; toutefois, en raison de l'absence de données sur les nombres de cas atteints, ce mandat est assorti d'une condition supplémentaire pour le LUKS et Hirslanden: si les nombres minimaux de cas ne sont pas atteints en 2018 et 2019 (moyenne des deux années), le mandat expirera trois ans après son entrée en vigueur. Cela laisse aux nouveaux candidats la possibilité d'atteindre le nombre minimal de cas requis en l'espace de deux ans. Au cours de la troisième année après l'attribution des prestations (2020), on pourra ainsi analyser les nombres de cas des deux années écoulées (2018 et 2019) puis se prononcer sur la poursuite du mandat de prestations.

## Remarques finales

Le présent rapport final relatif à l'attribution des prestations est publié sur le site internet de la CDS. Le rapport sur l'attribution des mandats de prestations dans le domaine MHS «Traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux» est publié dans la Feuille fédérale.

## Annexes

### A1 Exigences spécifiques auxquelles doivent satisfaire les fournisseurs de prestations

#### Exigences de qualité requises des fournisseurs de prestations dans le domaine MHS du «Traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux»

L'organe scientifique MHS fixe les exigences spécifiques pour le domaine correspondant de la médecine hautement spécialisée sur la base des critères de la CIMHS et de l'OAMaI. Vous trouverez ci-après le détail des conditions spécifiques au domaine du traitement complexe des AVC. Il s'agit ici de la liste actualisée des exigences adoptée par l'organe scientifique MHS lors de sa séance du 18 août 2016.

#### Remised'un rapport aux organes de la CIMHS

	<p>Les fournisseurs de prestations remettent un rapport aux organes de la CIMHS (le rapport est à adresser au secrétariat de projet MHS) concernant les deux aspects suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– divulgation dans les meilleurs délais des éventuels manquements aux exigences de qualité et des modifications intervenues en termes de structures et de personnel qui affectent l'assurance qualité (notamment restructuration du centre, vacance du poste de directeur du centre ou de la direction médicale ou paramédicale)</li> <li>– divulgation chaque année, toujours à la fin avril, des données sur la qualité des processus et des résultats, y compris le nombre d'opérations (nombre de cas), recueillies dans le cadre de l'ensemble minimal de données MHS. Les centres soumettent de façon coordonnée les données standardisées et directement comparables au secrétariat de projet MHS et désignent à cet effet une personne responsable.</li> </ul>
	Rapport sur l'enseignement, la formation postgrade et la recherche 2 et 5 ans après l'attribution des prestations

#### Certification SFCNS

	Certification comme Stroke Center par la SFCNS <sup>24</sup>
--	--

#### Exigences de qualité requises d'un Stroke Center<sup>25</sup>

	Réalisation et administration de traitements (médicaux, interventionnels, chirurgicaux) en temps voulu chez les patients victimes d'un AVC 24 h/24
--	--

<sup>24</sup> Les critères de qualité pour la certification des Stroke Centers peuvent être téléchargés à l'adresse suivante (cliquer sur Annex I): <http://www.sfcns.ch/index.php/application-and-documents.html>

<sup>25</sup> À remplir en plus de la certification SFCNS comme Stroke Center

	Réadaptation neurologique précoce, planification de la réadaptation et suivi thérapeutique
	Prévention secondaire spécifique

**Nombres minimaux de cas**

	Admission d’au moins 400 patients victimes d’AVC par an et réalisation d’au moins 40 traitements hautement spécialisés <sup>26</sup> d’AVC par an <sup>27</sup> .
--	---

**Qualité des processus**

	Pour chaque patient MHS, recueil et transmission des informations de l’ensemble minimal de données au registre national des AVC <sup>28</sup> . Pour la mise en œuvre de cette exigence, un Swiss Stroke Registry a été créé sous l’égide de la Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies (SFCNS). La tenue d’un registre national des AVC fait partie intégrante du processus de qualité en ce qu’elle permet une évaluation nationale et internationale des performances (benchmarking) entre les centres.
	Audits réguliers des données recueillies dans le «Swiss Stroke Registry» à des fins d’assurance qualité et prise en charge des frais en résultant.
	Participation aux frais du «Swiss Stroke Registry» à proportion de la contribution à celui-ci.

**Qualité des structures**

	Analyses biologiques (coagulation, NFS, biochimie; disponibilité 24 h/24; résultats disponibles dans un délai max. de 45 min. après la prise de sang).
--	--

**Enseignement, formation postgrade et recherche<sup>29</sup>**

	Offre de et participation active à des programmes reconnus de formation postgrade et continue pour le personnel médical, paramédical et les autres spécialistes dans le domaine du traitement complexe des AVC.
	Participation à des activités de recherche clinique dans le domaine du traitement complexe des AVC

<sup>26</sup> Selon «Traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux», rapport explicatif pour le rattachement à la médecine hautement spécialisée, rapport final du 19 février 2015, annexe A1

<sup>27</sup> L’analyse des nombres de cas s’appuie sur les données de 2014 et de 2015.

<sup>28</sup> Swiss Stroke Registry

<sup>29</sup> Le rapport relatif à l’enseignement, à la formation postgrade et à la recherche destiné aux organes de la CIMHS est rédigé deux et cinq ans après l’attribution des prestations.

	<p>Les centres tiennent tout spécialement compte du domaine MHS «Traitement complexe des AVC» dans leur concept de formation postgrade. Celui-ci est librement accessible au public.</p>
--	--

## A2 Méthodologie de l'examen de l'économicité

Composé de représentants des directions cantonales de la santé (AG, BE, GE, TI, VD, ZH), le groupe d'experts «Examen de l'économicité MHS» a été chargé par l'organe de décision MHS de soumettre les hôpitaux candidats à un mandat de prestations à un examen de l'économicité. Dans son arrêt C-6539\_2011, le TAF renvoie à l'examen de l'économicité tel qu'il est effectué dans la planification hospitalière cantonale (ATAF C547-2011), mais ne se prononce pas sur la question de savoir si les comparaisons de coûts doivent se faire au niveau d'une prestation MHS donnée (c.-à-d. d'un domaine MHS déterminé), ou bien au niveau de tout l'hôpital. Selon l'arrêt C-4232/2014, les examens de l'économicité dans le cadre de la planification hospitalière doivent se dérouler sur la base d'un benchmarking des coûts (consid. 5.1.2). Dans ces conditions, et compte tenu des ensembles de données disponibles, le groupe d'experts a examiné l'économicité des fournisseurs de prestations candidats à un mandat de prestations dans le domaine du traitement complexe des AVC par deux approches différentes:

### 1. *Exploitation des données relatives aux coûts ITAR\_K®.*

- *Que compare-t-on comme coûts ?*

Compte tenu des différences de taille des hôpitaux, autrement dit des différences en termes de nombre de cas et de case-mix, il aurait été absurde, pour l'évaluation de l'économicité, de se servir des frais d'exploitation globaux des hôpitaux comme base pour la comparaison. On a préféré comparer entre eux les coûts moyens par cas ajustés pour le case-mix, ce qu'on appelle les valeurs de base. Les informations nécessaires proviennent des publications des coûts ITAR\_K® des hôpitaux candidats à un mandat de prestations pour 2015, ainsi que des publications des coûts préparées et plausibilisées (et axées sur les principaux paramètres) par les cantons. La CDS a imposé une méthodologie que les cantons suivent pour plausibiliser les publications des coûts. En outre, ils établissent un formulaire type contenant les informations utilisées pour l'examen de l'économicité MHS, en particulier la méthode de calcul pour les coûts d'exploitation à prendre en compte et la détermination des coûts moyens par cas pertinents pour le benchmarking.

Remarque importante concernant la méthode ITAR\_K®: cette méthode ne permet pas d'imputer les cas à un domaine MHS spécifique, ce qui signifie que la comparaison des coûts par cas se réfère toujours à l'ensemble de la palette de prestations aiguës stationnaires de l'hôpital.

- *Plausibilisation et correction ITAR\_K®*

Les cantons dont dépendent les hôpitaux contrôlent les publications des coûts ITAR\_K® selon les directives de la CDS pour l'échange de données relatives aux coûts convenu entre les cantons afin d'effectuer des comparaisons entre les établissements. Plusieurs domaines de contrôle ou problématiques sont à chaque fois utilisés pour la plausibilisation. Pour chaque hôpital, il existe un procès-verbal de plausibilisation ainsi qu'un fichier de profil avec les paramètres pertinents déterminants pour les comparaisons entre établissements, au besoin avec les données corrigées relatives aux coûts. Le secrétariat de projet MHS est en général en possession de ces deux documents pour chaque hôpital. Les Hôpitaux Universitaires de Genève et l'Inselspital de Berne ont envoyé directement leurs publications des coûts ITAR\_K® au secrétariat de projet MHS. Celles-ci n'ont pas été au préalable plausibilisées par les cantons selon les directives de la CDS; elles ont donc dû être plausibilisées séparément après réception puis préparées pour leur utilisation ultérieure. Les tableaux types basés sur ITAR\_K® qui sont employés pour l'examen de l'économicité MHS sont standardisés par la CDS. Pour la comparaison des coûts par cas, on se sert de la variable dénommée «coûts par cas ajustés pour la CMI» dans le tableau type.

- *Valeur de référence*

La valeur de référence utilisée pour l'évaluation de l'économicité selon ITAR\_K® est la médiane des valeurs de base pertinentes pour le benchmarking des hôpitaux candidats, y compris les coûts d'utilisation des immobilisations (CUI) selon l'OCP<sup>30</sup>. On établit à cet égard une distinction entre les hôpitaux universitaires et les autres hôpitaux de soins aigus.

## 2. *Exploitation des données relatives aux coûts de SwissDRG SA.*

- *Remarques préliminaires*

Comme nous l'avons déjà souligné, la publication des coûts selon la méthode ITAR\_K® ne permet pas d'imputer des cas à un domaine MHS spécifique. Grâce à la définition des domaines MHS à l'aide de combinaisons définies de codes CIM et CHOP spécifiques, il est possible de procéder à des comparaisons de coûts entre les hôpitaux se limitant à un domaine MHS spécifique.

- *Quels coûts font l'objet d'une comparaison ?*

On compare les valeurs de base des hôpitaux ajustées pour le case-mix calculées sur la base des cas correspondants du spectre MHS spécifique. Pour ce faire, seuls les cas aigus stationnaires SwissDRG<sup>31</sup> (LAMal + LAMalAC) de 2015 (sorties) rattachés au domaine MHS «traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux» sont sélectionnés.

- *Valeur de référence*

Comme valeurs de référence pour l'évaluation de l'économicité selon SwissDRG, on se sert d'une part des médianes des hôpitaux candidats en tenant compte de la catégorie d'hôpital et, d'autre part, des médianes des hôpitaux candidats pondérées pour le nombre de cas en tenant compte de la catégorie d'hôpital.

Pour certains hôpitaux, les deux méthodes fournissent des valeurs différentes et, en partie, des résultats contradictoires. Cela est compréhensible, car la méthode basée sur ITAR\_K examine l'hôpital dans son ensemble, celle basée sur SwissDRG seulement l'éventail des prestations MHS. Les considérations en rapport avec le spectre des prestations «médiane SwissDRG» (et aussi «médiane SwissDRG pondérée pour le nombre de cas») doivent en cas de doute être préférées à celles en rapport avec l'ensemble de l'hôpital «médiane ITAR\_K®», car elles sont axées sur le domaine MHS spécifique.

---

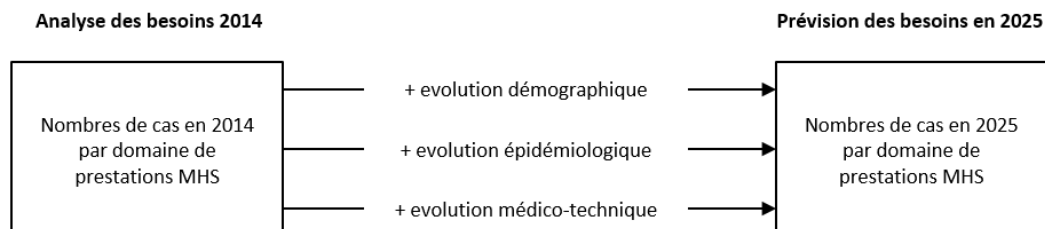
<sup>30</sup> Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie, RS832.104

<sup>31</sup> Source: cas plausibilisés et non plausibilisés de la base de données de SwissDRG

## A3 Méthodologie de l'analyse des besoins

Le modèle de prévision ici utilisé s'appuie sur le modèle de la planification hospitalière du canton de Zurich de 2012, lequel est depuis lors employé également dans de nombreux autres cantons. Dans le «modèle zurichois», le taux d'hospitalisation est au centre de la prévision des besoins. La variation du taux d'hospitalisation est estimée à l'aide des évolutions de différents facteurs importants. L'horizon prévisionnel a été fixé à dix ans, ce qui signifie que les prévisions se réfèrent actuellement à 2025.

Les nombres de patients en 2025 dépendent de l'évolution du nombre d'habitants d'ici 2025 et de la fréquence d'hospitalisation des habitants (taux d'hospitalisation). Le nombre d'habitants peut être prédit de façon relativement fiable par des modèles statistiques. En revanche, à côté de l'évolution démographique (vieillesse accrue de la population suisse), le taux d'hospitalisation est avant tout influencé par l'évolution épidémiologique et celle des techniques médicales. L'organe scientifique MHS tient compte des variations de la morbidité et de la mortalité pour chaque tranche d'âge qui reflètent les effets des mesures préventives et thérapeutiques sur les facteurs de risque et la phase précoce de la maladie. Cela est particulièrement important pour les AVC, car la diminution des facteurs de risque comme l'hypertension artérielle, le tabagisme et l'athérosclérose, ainsi que le traitement précoce par thrombolyse intraveineuse ces dernières années ont entraîné un net recul de cette pathologie et de la mortalité correspondante.



La prévision des nombres de cas à l'horizon 2025 effectuée par la GD ZH s'effectue en trois étapes principales:

1. Le taux actuel d'hospitalisation de la population suisse dans le domaine MHS «Traitement complexe des AVC» est calculé à partir des données demandées directement aux hôpitaux, ainsi qu'à partir de celles de la statistique médicale de 2014 et des statistiques de la population de 2013<sup>32</sup>(jour fixé: 31.12.2013) qui sont contrôlées séparément par la GD ZH.
2. La prédiction du taux d'hospitalisation en 2025 se fonde sur le taux d'hospitalisation de 2015, en prenant en considération l'évolution épidémiologique et médico-technique attendue. Dans la mesure où l'on ne dispose pas à l'heure actuelle de suffisamment d'informations scientifiquement fondées sur ces questions, l'évaluation de ces facteurs repose les avis d'experts. Pour la consultation d'experts, on emploie une procédure en quatre étapes qui s'inspire de la méthode Delphi:
  - Enquête auprès d'experts renommés à l'aide d'un questionnaire standardisé, centrés sur les évolutions médico-techniques et épidémiologiques significatives ainsi que sur l'évaluation quantitative de leurs conséquences;
  - Description de l'effet des estimations sur le nombre de cas prévu pour 2025 et adaptation éventuelle de leurs estimations par les mêmes experts;

<sup>32</sup> Les données de 2013 avec jour fixé au 31.12.2013 représentent le nombre initial en 2014.

- En cas de persistance de grandes différences des résultats, faire appel aux membres de l'organe scientifique MHS en se concentrant sur l'estimation des conséquences quantitatives des évolutions médico-techniques citées par les experts;
  - Discussion des résultats lors d'une réunion de l'organe scientifique MHS et évaluation du scénario le plus plausible pour l'évolution épidémiologique et médico-technique, ainsi que des modifications des taux de morbidité et de mortalité par tranche d'âge.
3. Pour prévoir le nombre de cas en 2025, le taux d'hospitalisation en 2025 (tel qu'il a été calculé à la 2<sup>e</sup> étape) est multiplié par la population attendue. Les prévisions de l'évolution démographique reposent sur la publication «Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse 2010–2060» (OFS 2010)<sup>33</sup>. Pour le modèle de prévision des besoins, c'est le scénario médian défini comme «scénario de référence» qui est utilisé.

#### Régions de soins MHS

Pour permettre l'analyse des flux de patients, le secrétariat de projet MHS a défini les cinq régions de soins MHS suivantes:

- Romandie: GE, VD, VS, NE, FR,
- Nord-ouest de la Suisse: BE, BS, BL, SO, AG, JU
- Suisse orientale: ZH, SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR
- Suisse centrale: LU, ZG, UR, NW, OW, SZ
- Tessin: TI

Par ailleurs, les patients étrangers sont représentés à part, ce qui revient au final à définir six zones géographiques pour la représentation des résultats.

---

<sup>33</sup> Office fédéral de la statistique (2010): «Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse 2010-2060», Office fédéral de la statistique, Neuchâtel

## A4 Liste des destinataires

### Liste der Anhörungsadressaten / Liste des destinataires

#### 1. Kantone / cantons

- Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau
- Gesundheits- und Sozialdepartement Appenzell I.Rh.
- Departement Gesundheit Appenzell A.Rh.
- Gesundheitsdirektion des Kantons Basel-Landschaft
- Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern
- Direction de la santé publique et des affaires sociales du canton du Fribourg
- Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé du canton de Genève
- Departement Finanzen und Gesundheit des Kantons Glarus
- Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit Graubünden
- Département de la santé, des Affaires sociales et des Ressources humaines du canton du Jura
- Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Luzern
- Département de la santé et des affaires sociales du canton de Neuchâtel
- Gesundheits- und Sozialdirektion des Kantons Nidwalden
- Finanzdepartement des Kantons Obwalden
- Gesundheitsamt des Kantons Schaffhausen
- Departement des Innern des Kantons Schwyz
- Departement des Innern des Kantons Solothurn
- Gesundheitsdepartement des Kantons St. Gallen
- Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau
- Dipartimento della sanità et della socialità del Cantone Ticino
- Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion Uri
- Département des finances, des institutions et de la santé du canton du Valais
- Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zug
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich

## **2. Spitäler / Hôpitaux**

An die Spitaldirektionen der folgenden Leistungserbringer:  
A l'attention des directions des hôpitaux suivantes:

### **AG**

- Kantonsspital Aarau

### **BE**

- InselGruppe AG - Inselspital Universitätsspital Bern

### **BS**

- Universitätsspital Basel

### **GE**

- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)

### **LU**

- Luzerner Kantonsspital

### **SG**

- Kantonsspital St. Gallen

### **TI**

- Ente Ospedaliera Cantonale

### **VD**

- Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)

### **ZH**

- Universitätsspital Zürich
- Hirslanden Klinik Zürich

## **3. Versicherer / assurances**

- Santésuisse
- SUVA
- Curafutura
- Zentralstelle für Medizinaltarife UVG (ZMT)
- Schweizerischer Versicherungsverband (SVV)

## **4. Dekanate der medizinischen Fakultäten / décanats médicaux**

- Medizinische Fakultät der Universität Zürich
- Medizinische Fakultät der Universität Basel
- Medizinische Fakultät der Universität Bern
- Medizinische Fakultät der Universität Genf

- Medizinische Fakultät der Universität Lausanne

## **5. Fachverbände und Fachorganisationen und andere interessierte Organisationen/associations et organisations spécialisées et autres organisations**

*\*Mit Bitte um Weiterleitung an allfällige weitere sub-spezifische Arbeitsgruppen, die von den behandelten Themenbereichen betroffen sind. /Merci de bien vouloir faire suivre à d'éventuels autres groupes de travail sous-spécifiques concernés par les domaines traités.*

- Schweizerische Hirnschlag Gesellschaft (SHG)
- Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI)
- Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)
- Schweizerische Neurologische Gesellschaft (SNG)
- Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie (SGNC)
- Schweizerische Gesellschaft für Neuroradiologie (SGNR)
- Schweizerische Gesellschaft für Radiologie (SGR)
- Schweizerische Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation
- Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie
- Schweizerischen Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin (SGNOR)
- Schweizerische Gesellschaft für Angiologie
- Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies (SFCNS)
- Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH
- Verband der chirurgisch und invasiv tätigen Fachgesellschaften (fmCh)
- H plusDie Spitäler der Schweiz
- Privatkliniken Schweiz
- Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS)
- Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV)
- Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler (vns)

## **6. Weitere /autres**

- Schweizerische Hochschulkonferenz (SHK)
- Bundesamt für Gesundheit (BAG)
- Verband Universitäre Medizin Schweiz
- Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF)