



Virage ambulatoire Transfert ou expansion de l'offre de soins?

Sacha Roth, Sonia Pellegrini

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

Paraissent dans la **série «Obsan Rapport»** des rapports et des analyses consacrés au domaine de la santé. La réalisation des rapports est assurée par l'Obsan ou confiée à des experts externes. Une commission de révision contrôle la qualité des rapports. Le contenu de ces derniers est de la responsabilité de leurs auteurs. Les rapports de l'Obsan sont généralement publiés sous forme imprimée.

Impressum

Editeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Auteurs

– Sacha Roth (Obsan)
– Sonia Pellegrini (Obsan)

Groupe d'experts

– Monika Diebold, Obsan
– André Assimacopoulos, Advimed
– Oliver Grolimund, SASIS SA
– Jacques Huguenin, Office fédéral de la statistique
– Charles A. Steinhäuslin, Société vaudoise de médecine (SVM)
– Charles A. Vogel, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)

Remerciements

Nous remercions deux lecteurs anonymes pour leurs commentaires et remarques.

Série et numéro

Obsan Rapport 68

Référence bibliographique

Roth, S. & Pellegrini, S. (2015). *Virage ambulatoire. Transfert ou expansion de l'offre de soins?* (Obsan Rapport 68). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Renseignements/informations

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

Langue du texte original

Français

Traduction

Services linguistiques de l'OFS

Graphisme et mise en page

DIAM, Prepress/Print, OFS

Page de couverture

Roland Hirter, Berne

Commandes

Tél. 058 463 60 60
Fax 058 463 60 61
order@bfs.admin.ch

Numéro de commande

874-1505

Prix

9 francs (TVA excl.)

Téléchargement du fichier PDF

www.obsan.ch → Publications

ISBN

978-2-940502-49-3

© Obsan 2015

Table des matières

Résumé	3	4	Transfert d'interventions stationnaires vers l'ambulatoire entre 2007 et 2013	20
A. Degré de remplacement du stationnaire par l'ambulatoire	4	4.1	Nombre total d'interventions en augmentation	20
B. Situation sur la courbe de transfert	5	4.2	Pas de diminution systématique du nombre d'interventions stationnaires	21
Conclusions	6	4.3	L'ambulatoire remplace partiellement le stationnaire	22
Zusammenfassung	7	4.4	Éléments de synthèse	24
A. Grad der Verlagerung von der stationären auf die ambulante Versorgung	8	5	Transfert d'interventions, un processus dynamique	25
B. Phase der Verlagerung	9	5.1	Procédures au début du processus de transfert d'interventions	26
Schlussfolgerungen	10	5.2	Procédures en phase intermédiaire du transfert d'interventions	27
1 Introduction	11	5.3	Procédures à la fin du processus de transfert d'interventions	28
1.1 L'émergence de l'ambulatoire	11	5.4	Cas particuliers	29
1.2 Un développement hétérogène	11	6	Synthèse et discussion	30
1.3 L'ambulatoire en Suisse	12	7	Bibliographie	33
1.4 Objectif et plan du rapport	13	8	Annexes	35
2 Survol de la littérature	14			
2.1 Quelques études internationales	14			
2.2 Quelques études suisses	15			
3 Méthode	16			
3.1 Choix des procédures	16			
3.2 Données	17			
3.3 Décompte des interventions chirurgicales	18			
3.4 Démarche d'analyse	18			

Figures

Figure 1.1	Situation des procédures chirurgicales dans le processus de transfert vers l'ambulatoire	5
Abbildung 1.1	Chirurgische Verfahren im Verlagerungsprozess zum ambulanten Bereich	9
Figure 5.1	Représentation graphique d'une adaptation du modèle théorique de la diffusion d'innovation	25
Figure 5.2	Proportion d'interventions ambulatoires et croissance annuelle moyenne (valeur encadrée), 2007 à 2013, phase initiale du transfert	26
Figure 5.3	Nombre d'interventions stationnaires, taux de croissance et évolution, 2002–2013	26
Figure 5.4	Proportion d'interventions ambulatoires et croissance annuelle moyenne, 2007 à 2013, phase intermédiaire du transfert	27
Figure 5.5	Evolution du nombre d'interventions stationnaires (indice base 2002), 2002 à 2013	27
Figure 5.6	Proportion d'interventions ambulatoires et croissance annuelle moyenne, 2007 à 2013, phase finale	28
Figure 5.7	Evolution du nombre d'interventions stationnaires (indice base 2002), 2002–2013	29

Tableaux

Tableau 4.1	Variation du nombre total d'interventions corrigée de la croissance démographique, 2007–2013	20
Tableau 4.2	Augmentation du nombre d'interventions en ambulatoire et diminution en stationnaire, variation annuelle moyenne, corrigée de la croissance démographique, 2007–2013	21
Tableau 4.3	Augmentation du nombre d'interventions en stationnaire et en ambulatoire, variation annuelle moyenne, corrigée de la croissance démographique, 2007–2013	21
Tableau 4.4	Diminution du nombre d'interventions en ambulatoire et en stationnaire, variation annuelle moyenne, corrigée de la croissance démographique, 2007–2013	22
Tableau 4.5	Diminution du nombre d'interventions en ambulatoire et augmentation en stationnaire, variation annuelle moyenne, corrigée de la croissance démographique, 2007–2013	22
Tableau 4.6	Coefficient de la régression linéaire entre le nombre d'interventions ambulatoires et stationnaires pour 10'000 assurés	22
Tableau 4.7	Interprétation du coefficient β de la droite de régression (1)	23
Tableau 4.8	Synthèse des résultats de l'évolution du nombre d'interventions entre 2007 et 2013	24
Tableau 6.1	Evolution du nombre d'interventions entre 2007 et 2013	30
Tableau 6.2	Phase du transfert d'interventions	31
Annexe 1	Positions TarMed et code CHOP des onze procédures chirurgicales sélectionnées	35
Annexe 2	Nombre d'assurés, 2002 à 2013	36
Annexe 3	Schéma d'extrapolation des données	36
Annexe 4	Evolution du nombre d'interventions stationnaires et ambulatoires pour 10'000 assurés, 2007–2013	37

Résumé

Le développement de l'ambulatoire hospitalier est en général perçu comme positif, car réputé moins cher tout en apportant un supplément de qualité et de confort aux patients. Quelques travaux (Haute autorité de Santé 2012, Bulletin des médecins suisses 2013, émission RTS Kassensturz du 26.08.2014) attestent que les interventions ambulatoires sont souvent moins onéreuses que les séjours stationnaires pour réaliser les mêmes opérations. A titre d'exemple, une opération des varices coûte environ 2600 francs en ambulatoire contre 7400 francs en stationnaire, une opération du ménisque revient à 2400 francs en ambulatoire contre 3700 en stationnaire (Kassensturz, 26.08.2014).

Pour que ce potentiel d'économie se concrétise, il faut que les interventions nouvellement réalisées en ambulatoire ne le soient plus en stationnaire.

Dans quelle mesure le virage ambulatoire peut-il être compris comme un déplacement de l'activité du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire? C'est sur quoi s'interroge ce rapport qui examine l'évolution du nombre d'interventions en ambulatoire et en stationnaire pour une sélection de onze procédures chirurgicales pratiquées dans les deux secteurs, entre 2007 et 2013. Ces procédures, choisies avec l'aide d'un groupe d'experts, sont les suivantes:

- Opération de la cataracte
- Opération de la hernie inguinale
- Ménisectomie du genou sous arthroscopie
- Chirurgie des varices
- Chirurgie des hémorroïdes
- Pose d'un pacemaker
- Angioplastie coronaire avec insertion de stent(s) (PTCA)

- Angioplastie périphérique percutanée (PTA)
- Conisation du col de l'utérus
- Chirurgie du tunnel carpien
- Amygdalectomie

Méthode

Le choix des procédures était conditionné par deux critères: un volume suffisant pour une analyse statistique, des procédures dont le transfert est en cours pendant la période analysée ou s'est terminé depuis peu. Des contraintes techniques ont également limité notre choix: peu de changement dans la pratique de codage, possibilité d'identifier les procédures de manière univoque dans les deux statistiques concernées. Il s'agit de la Statistique médicale (OFS) pour le secteur stationnaire, et du pool tarifaire (SASIS SA) pour le secteur ambulatoire. Ainsi, partant d'une présélection d'une trentaine de procédures, seules les onze mentionnées ont pu être analysées.

Ces procédures ne couvrent pas l'entier de l'activité chirurgicale pratiquée à la fois en ambulatoire et en stationnaire. Une liste de 37 procédures chirurgicales de référence pratiquées dans les deux secteurs a été publiée par l'*International Association for Ambulatory Surgery* (IAAS 2006). Si elles ne remplissent pas formellement les critères d'une représentativité parfaite, ces onze procédures couvrent néanmoins des domaines et disciplines différents de la chirurgie ambulatoire et se situent à différents stades du processus de transfert vers l'ambulatoire, de sorte qu'elles reflètent raisonnablement la situation sur la période considérée.

La littérature scientifique s'est peu penchée sur la question du transfert d'activité, de sorte que nous n'avons pu y identifier une méthode d'analyse établie. Nous avons en conséquence développé une approche ad hoc, que nous avons soumise à plusieurs experts, afin d'en avoir une appréciation scientifique. La démarche adoptée se base sur l'évolution de différents indicateurs du recours aux interventions étudiées, en ambulatoire et en stationnaire. L'analyse comparée de leur évolution dans le temps permet de tirer des informations sur deux aspects:

- A. le degré de remplacement du stationnaire par l'ambulatoire; et
- B. la position des onze procédures sur la courbe de transfert.

Les résultats sont présentés ci-après, pour chacun de ces aspects séparément.

A. Degré de remplacement du stationnaire par l'ambulatoire

En ce qui concerne le degré de remplacement du stationnaire par l'ambulatoire, nous concluons à l'existence de quatre cas de figures, listés ci-dessous. Dans le premier cas, le développement de l'ambulatoire est compensé – en nombre de cas – par le recul du stationnaire. Dans le deuxième et le troisième cas, on assiste à un développement de l'ambulatoire sans diminution équivalente du stationnaire. Le dernier cas regroupe les cas particuliers.

A.1 Expansion de l'ambulatoire compensée par le recul du stationnaire

Le premier cas de figure est celui où un mode de prise en charge remplace l'autre: les interventions réalisées en ambulatoire ne sont plus réalisées en stationnaire. Les exemples types sont la hernie inguinale et la chirurgie des varices. Le virage ambulatoire correspond à un déplacement d'un secteur vers l'autre, avec un nombre total d'interventions qui reste stable. Le développement de l'ambulatoire est compensé par le recul du stationnaire. En principe, une économie de coûts peut être attendue, en raison du coût plus faible des interventions ambulatoires.

A.2 Expansion de l'ambulatoire plus importante que le recul du stationnaire

On trouve les procédures où il y a une substitution partielle dans un contexte d'expansion de l'ambulatoire: le stationnaire recule, mais moins que le développement de l'ambulatoire. Les exemples types sont l'opération de la cataracte, l'opération du tunnel carpien et la conisation du col de l'utérus. Pour les deux premières interventions, la pratique en milieu stationnaire est devenue rare, mais le nombre total d'interventions a fortement augmenté. L'amélioration des techniques médicales, la baisse des risques et des effets secondaires font que davantage de patients sont traités ou qu'ils sont traités à un stade plus précoce de leur affection. Le virage ambulatoire s'est accompagné d'un recul de la pratique en stationnaire, mais surtout d'une extension du champ d'activité.

A.3 Croissance marquée des deux secteurs, avec des signes de transfert vers l'ambulatoire

On trouve les cas où il y a substitution partielle dans un contexte généralisé de croissance: le nombre d'interventions augmente en ambulatoire et en stationnaire. La croissance est toutefois moins rapide dans le secteur stationnaire, ce qui signifie que le stationnaire cède du terrain à l'ambulatoire. Les exemples-types sont la pose de pacemakers, la pose de stents (PTCA), les angioplasties (PTA) et les interventions des hémorroïdes. La proportion d'interventions réalisées en ambulatoire augmente – souvent de manière marquée¹ –, signe d'un transfert vers l'ambulatoire. L'amélioration des techniques médicales, la baisse des risques et des effets secondaires font que davantage de patients sont traités ou qu'ils sont traités à un stade plus précoce. Ces évolutions ont profité à l'ensemble des patients. Les situations les moins complexes et les patients en bonne santé ont pu être pris en charge en ambulatoire plutôt qu'en stationnaire. Les autres patients, par exemple ceux dont l'état de santé général ou l'âge leur faisait prendre trop de risques avec les techniques utilisées précédemment, ont pu être traités, grâce à ces évolutions, en stationnaire. Le nombre total d'interventions s'accroît en conséquence.

¹ Les poses de stents (PCTA) augmentent de 78% par an et les poses de pacemakers de 24% par an (en moyenne sur la période 2007–2013).

A.4 Cas particuliers

Enfin, deux cas particuliers sont relevés:

- L'amygdalectomie, dont la pratique est en recul dans les deux secteurs. Les directives médicales ont changé par rapport à cette intervention, amenant à ce qu'elles soient pratiquées moins fréquemment, quel que soit le secteur.
- La ménissectomie dont le nombre d'interventions ambulatoires diminue légèrement alors qu'il augmente en stationnaire. Le recours à des traitements non chirurgicaux peut expliquer la diminution du nombre d'interventions ambulatoires. L'augmentation du stationnaire peut s'expliquer par le traitement de cas plus complexes, alors qu'auparavant on ne les traitait pas ou avec des techniques plus invasives.

B. Situation sur la courbe de transfert

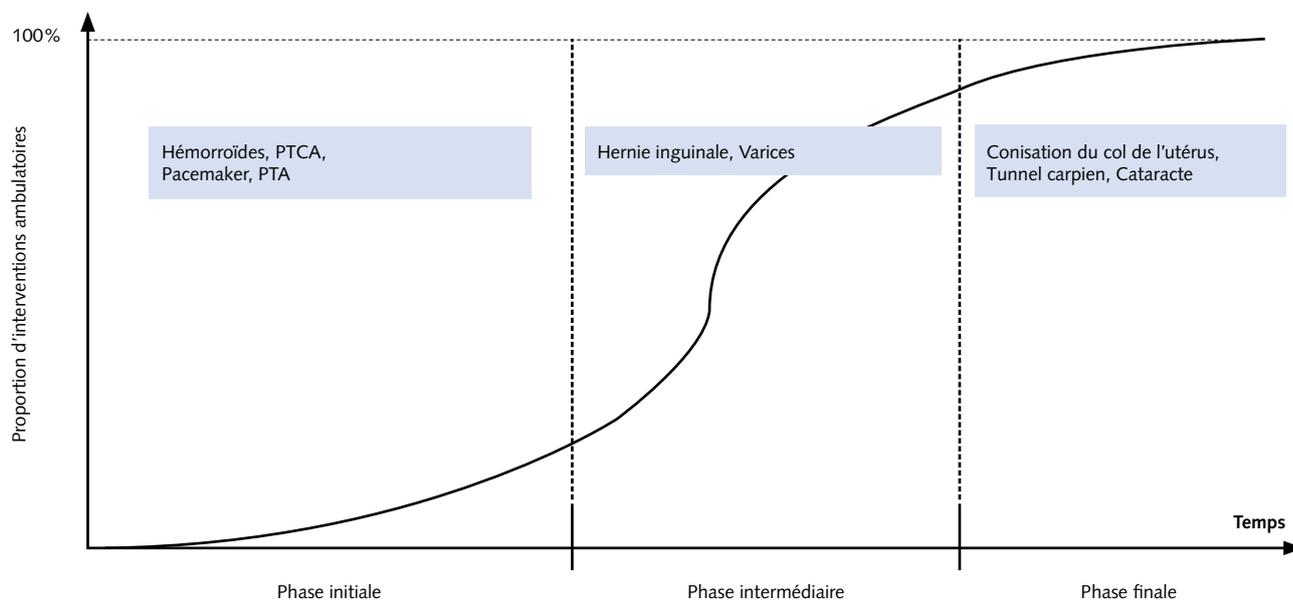
La courbe de transfert permet de représenter le transfert de prestations comme un processus dynamique. Les procédures examinées se trouvent à des phases différentes. On distingue entre la phase initiale, intermédiaire et finale de transfert (Fig. 1.1).

Certaines interventions ont commencé à être réalisées en ambulatoire il y a de nombreuses années et le potentiel de déplacement de l'activité est aujourd'hui épuisé, ou sur le point de l'être. Pour ces procédures, le processus de transfert est en passe d'être achevé (phase finale). Les opérations de la cataracte, du tunnel carpien ou la conisation du col de l'utérus, qui sont presque exclusivement² réalisées en ambulatoire, en sont trois exemples.

A l'opposé, d'autres procédures amorcent leur virage ambulatoire. Cela concerne les hémorroïdes, la PTA et les deux interventions cardio-vasculaires examinées, qui peuvent depuis quelques années seulement être réalisées en ambulatoire. La pose ambulatoire d'un stent ou d'un pacemaker restent le fait d'une minorité. En 2013, 23% des PTCA et 17% des poses de pacemakers sont effectuées en ambulatoire. Les nouvelles techniques, qui président au virage ambulatoire, ouvrent la porte à davantage d'interventions. La croissance du nombre d'interventions est en ce moment exponentielle³. On se trouve dans le même cas de figure que la cataracte, mais avec un décalage de 10–15 ans dans le temps.

Situation des procédures chirurgicales dans le processus de transfert vers l'ambulatoire

Fig. 1.1



Sources: OFS – Statistique médicale, SASIS SA – Pool tarifaire/exploitation Obsan

© Obsan 2015

² Presque 100% des opérations de la cataracte sont effectuées en ambulatoire. 80% des opérations du tunnel carpien et 65% des conisations du col de l'utérus le sont aussi. Ces proportions augmentent encore, mais lentement.

³ Les poses de stents (PCTA) augmentent de 78% par an et les poses de pacemakers de 24% par an (en moyenne sur la période 2007–2013).

Enfin, d'autres procédures se situent à mi-parcours, dans la phase intermédiaire du processus de transfert. Il s'agit des varices et de la hernie inguinale. Pour ces deux procédures, la proportion de cas ambulatoires est moyenne à élevée et surtout s'accroît à un rythme soutenu.

En résumé, les procédures étudiées se situent dans des phases différentes de la courbe de transfert. Si des procédures comme la cataracte ont fini leur transfert, d'autres comme les hémorroïdes sont encore au début.

Conclusions

Le nombre d'interventions ambulatoires augmente fortement pendant la période 2007 à 2013. Le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire n'est que rarement la raison principale de cette augmentation. D'autres facteurs influencent le développement de l'ambulatoire. Leur importance dans l'évolution de l'ambulatoire reste difficile à estimer. Nous citons ici une liste non exhaustive (pour plus de détails voir le chapitre 6 synthèse et discussion):

- le progrès des techniques chirurgicales et anesthésiques;
- les infrastructures des hôpitaux et leur organisation;
- l'engorgement chronique de certains hôpitaux;
- l'organisation des soins au niveau d'une région (canton par exemple);
- le système de rémunération;
- la diffusion du savoir.

Enfin, la question des économies engendrées par le virage ambulatoire reste ouverte. Nos résultats montrent que l'ambulatoire, du moins pour les procédures chirurgicales étudiées, se développe fortement.

Peut-on conclure que le virage ambulatoire amène une économie? Oui, pour les procédures où l'ambulatoire remplace le stationnaire. Ces cas sont toutefois l'exception parmi les onze procédures examinées. Si on observe souvent une forme de transfert vers l'ambulatoire, on observe surtout une extension des possibilités et des cas traités (stationnaire et ambulatoire pris ensemble). Ce que l'on ne peut cependant pas évaluer, ce sont les coûts des traitements évités en aval grâce à une intervention plus précoce.

En conclusion, ce rapport amène des éléments d'information sur le virage ambulatoire qui n'étaient pas disponibles jusqu'ici. Il contribue à une meilleure compréhension des évolutions en cours et des enjeux. Ainsi, s'il ne peut conclure sur la question des coûts, il alimente la réflexion sur les évolutions en cours.

Zusammenfassung

Das Wachstum im ambulanten Spitalbereich wird allgemein als positive Entwicklung wahrgenommen, denn dieser gilt als kostengünstiger und als Qualitäts- und Komfortgewinn für die Patientinnen und Patienten. Einzelne Berichte (Haute autorité de Santé 2012, Schweizer Ärztezeitung 2013, Sendung SRF Kassensturz vom 26.08.2014) bestätigen, dass ambulante Eingriffe tatsächlich häufig günstiger sind als stationäre Aufenthalte für die gleichen Eingriffe. Eine Operation der Krampfadern kostet beispielsweise ambulant rund 2600 Franken, stationär hingegen 7400 Franken, eine Meniskusoperation kostet ambulant 2400 Franken und stationär 3700 Franken (Kassensturz, 26.08.2014).

Bedingung für die Ausschöpfung dieses Sparpotenzials ist allerdings, dass die neu ambulant durchgeführten Eingriffe stationär nicht mehr vorgenommen werden.

Inwiefern findet aber tatsächlich eine Verlagerung der stationären Versorgung auf den ambulanten Bereich statt? Mit dieser Frage befasst sich der vorliegende Bericht, der die Entwicklung der Zahlen zu den ambulanten und stationären Eingriffen zwischen 2007 und 2013 bei elf ausgewählten chirurgischen Verfahren untersucht, die in beiden Bereichen durchgeführt werden. Folgende mit der Unterstützung einer Expertengruppe ausgewählten Eingriffe wurden einbezogen:

- Operation Grauer Star
- Operation Leistenbruch
- Menishektomie des Knies unter Arthroskopie
- Krampfadernchirurgie
- Hämorrhoidenchirurgie
- Einsetzen eines Pacemakers
- Koronare Angioplastie mit Einsetzen von Stent(s) (PTCA)

- Periphere perkutane Angioplastie (PTA)
- Konisation des Gebärmutterhalses
- Karpaltunnelchirurgie
- Mandeloperation

Methode

Für die Wahl der Verfahren waren zwei Kriterien ausschlaggebend: eine für eine statistische Analyse ausreichende Zahl der Eingriffe sowie Verfahren, deren Verlagerung während der Analyseperiode lief oder kürzlich abgeschlossen worden war. Ferner bestimmten auch technische Kriterien die Auswahl: wenige Änderungen in der Codierungspraxis und eindeutige Identifizierbarkeit der Verfahren in den beiden betroffenen Statistiken. Verwendet wurden die Medizinische Statistik (BFS) für den stationären Bereich sowie der Tarifpool (SASIS AG) für den ambulanten Bereich. Nach einer Vorselektion von dreissig Verfahren wurden elf chirurgische Eingriffe ausgewählt.

Diese Verfahren decken nicht alle chirurgischen Eingriffe ab, die sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden können. Eine durch die *International Association for Ambulatory Surgery* publizierte Liste erwähnt 37 chirurgische Referenzverfahren, die sowohl stationär als auch ambulant durchgeführt werden (IAAS 2006). Die elf ausgewählten Verfahren erfüllen formal zwar nicht die Kriterien einer vollkommenen Repräsentanz, decken jedoch verschiedene Bereiche und Disziplinen der ambulanten Chirurgie ab und stehen in verschiedenen Phasen des Verlagerungsprozesses zur ambulanten Versorgung, sodass sie die Situation über den betrachteten Zeitraum hinweg recht gut abbilden.

Die wissenschaftliche Literatur hat sich bisher wenig mit der Frage der Verlagerung vom stationären auf den ambulanten Bereich beschäftigt, was bedeutet, dass auf keine etablierte Analyseverfahren zurückgegriffen werden konnte. Es wurde daher ein Ad hoc-Ansatz gewählt, der verschiedenen Expertinnen und Experten zur wissenschaftlichen Beurteilung vorgelegt wurde. Das Verfahren beruht auf der Entwicklung verschiedener Indikatoren der Inanspruchnahme der untersuchten Eingriffe in der ambulanten und stationären Versorgung. Die vergleichende Analyse ihrer zeitlichen Entwicklung lässt Informationen über zwei Aspekte zu:

- A. zu welchem Grad die stationäre auf die ambulante Versorgung verlagert wurde; und
- B. zur aktuellen Phase der Verlagerung jedes der elf Verfahren.

Die Resultate werden im Folgenden für jeden dieser Aspekte einzeln dargestellt.

A. Grad der Verlagerung von der stationären auf die ambulante Versorgung

Bei der Verlagerung von der stationären auf die ambulante Versorgung betrachten wir vier mögliche Fälle: Im ersten Fall wird der Ausbau der ambulanten Versorgung – Anzahl der Fälle – kompensiert durch einen Rückgang bei der stationären Versorgung. Im zweiten und dritten Fall ist ein Ausbau der ambulanten Versorgung ohne entsprechenden Rückgang bei der stationären Versorgung zu beobachten. Im letzten Fall handelt es sich um Spezialfälle.

A.1 Wachstum des ambulanten Bereichs kompensiert durch den Rückgang der stationären Versorgung

In diesem ersten Fall wird eine Versorgungsform durch eine andere ersetzt: Ambulante Eingriffe werden stationär nicht mehr durchgeführt. Typische Beispiele sind der Leistenbruch und die Krampfaderchirurgie. Die Wende zur ambulanten Versorgung entspricht der Verlagerung eines Bereichs auf einen anderen, mit einer gleichbleibenden Gesamtzahl der Eingriffe. Der Ausbau der ambulanten Versorgung wird also durch den Rückgang der stationären Versorgung kompensiert. Im Prinzip ist hier aufgrund der geringeren Kosten der ambulanten Eingriffe eine Kosteneinsparung zu erwarten.

A.2 Wachstum des ambulanten Bereichs ist grösser als der Rückgang der stationären Versorgung

Hier finden sich diejenigen Fälle, bei denen ein teilweiser Ersatz des stationären und ein Ausbau des ambulanten Bereichs stattfindet. Der stationäre Bereich geht zwar zurück, jedoch weniger stark als der ambulante Bereich ausgebaut wird. Die typischen Beispiele sind der Graue Star, die Operation des Karpaltunnels und die Konisierung des Gebärmutterhalses. Für die beiden ersten Eingriffe ist die stationäre Praxis selten geworden, die Gesamtzahl der Eingriffe ist hingegen in die Höhe geschneit. Die Verbesserung der medizinischen Technik, das geringere Risiko und die geringeren Nebenwirkungen führen dazu, dass mehr Patientinnen und Patienten behandelt werden oder dass sie in einem früheren Krankheitsstadium behandelt werden. Die Wende zur ambulanten Versorgung ist hier begleitet von einem Rückgang der stationären Praxis, aber vor allem von einem Ausbau des Tätigkeitsfeldes.

A.3 Markantes Wachstum beider Bereiche, mit Zeichen einer Verlagerung zur ambulanten Versorgung

Man findet hier diejenigen Fälle, bei denen eine Teilverlagerung bei einem allgemeinen Wachstum zu verzeichnen ist: Die Zahl der Eingriffe nimmt sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich zu. Das Wachstum findet jedoch im stationären Bereich weniger rasch statt, was bedeutet, dass der stationäre Bereich dem ambulanten Terrain überlässt. Typische Beispiele sind das Einsetzen von Herzschrittmachern, von Stents (PTCA), Angioplastien (PTA) und die Hämorrhoidenchirurgie. Der Anteil ambulant durchgeführter Eingriffe nimmt zu – häufig markant⁴ –, ein Zeichen für eine Verlagerung zur ambulanten Versorgung. Die Verbesserung der medizinischen Technik, das geringere Risiko und die geringeren Nebenwirkungen führen dazu, dass mehr Patientinnen und Patienten behandelt werden oder dies in einem früheren Stadium geschieht. Diese Entwicklung kommt allen Patientinnen und Patienten zugute. Die weniger komplexen Situationen und die Patientinnen und Patienten in gutem Gesundheitszustand können ambulant statt stationär behandelt werden. Die anderen Patientinnen und Patienten, deren Allgemeinzustand oder das Alter

⁴ Das Einsetzen von Stents (PCTA) hat um 78% pro Jahr zugenommen und das Einsetzen von Herzschrittmachern um 24% pro Jahr (Durchschnitt der Jahre 2007–2013).

bei der früheren Technik als zu riskant beurteilt wurde, können dank dieser Entwicklungen nun stationär behandelt werden. Folglich steigt die Gesamtzahl der Eingriffe.

A.4 Spezialfälle

Schliesslich werden zwei Spezialfälle aufgeführt:

- Die Mandeloperation, die in beiden Bereichen zurückgeht. Es gelten neue medizinische Normen für diesen Eingriff, was dazu führt, dass er sowohl ambulant als auch stationär weniger häufig durchgeführt wird.
- Bei der Meniskusoperation ist eine Rückkehr zur stationären Versorgung zu beobachten.

B. Phase der Verlagerung

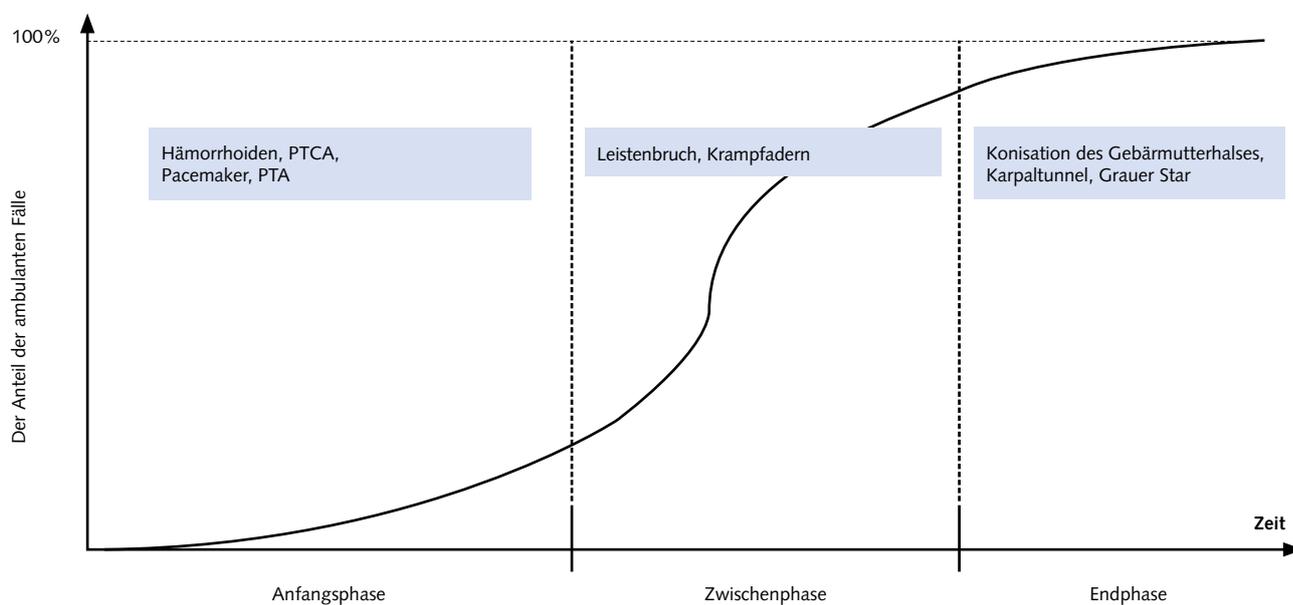
Die Verlagerungskurve zeigt die Leistungsverlagerung als dynamischen Prozess. Die in der Studie geprüften Verfahren befinden sich in verschiedenen Phasen der Verlagerung. Man unterscheidet zwischen Anfangs-, Zwischen- und Endphase (Abb. 1.1).

Gewisse Eingriffe werden schon seit vielen Jahren ambulant durchgeführt, und das Potenzial der Verlagerung ist heute nahezu oder bereits ganz ausgeschöpft. Für diese Verfahren steht der Verlagerungsprozess in der Endphase. Katarakt- und Karpaltunneloperationen oder die Gebärmutterhals-Konisierung, die fast ausschliesslich⁵ ambulant durchgeführt werden, sind drei solcher Beispiele.

Im Gegensatz dazu werden andere Verfahren erst allmählich in der ambulanten Versorgung eingeführt. Dies gilt für die Hämorrhoiden Chirurgie, die PTCA und die in dieser Studie untersuchten kardiovaskulären Eingriffe, die erst seit einigen Jahren ambulant durchgeführt werden können. Dass Stent oder Pacemaker ambulant gesetzt werden, kommt nach wie vor nur in einer Minderheit der Fälle vor. 2013 wurden 23% der PTCA und 17% der Pacemaker ambulant eingesetzt. Die technischen Neuerungen, die eine ambulante Wende begünstigen, öffnen gleichzeitig die Tür zu mehr Eingriffen. Derzeit ist eine exponentielle Zunahme der Zahl der Eingriffe festzustellen⁶. Es ist die gleiche Situation wie beim Grauen Star, jedoch mit einem zeitlichen Rückstand von 10 bis 15 Jahren.

Chirurgische Verfahren im Verlagerungsprozess zum ambulanten Bereich

Abb. 1.1



Quelle: BFS – Medizinische Statistik, SASIS AG – Tarifpool/Auswertung Obsan

© Obsan 2015

⁵ Nahezu 100% der Operationen des Grauen Stars, 80% der Karpaltunneloperationen sowie 65% der Gebärmutterhals-Konisierung werden ambulant durchgeführt. Dieser Anteil steigt noch, allerdings langsam.

⁶ Das Einsetzen von Stents (PCTA) hat um 78% pro Jahr zugenommen und das Einsetzen von Herzschrittmachern um 24% pro Jahr (Durchschnitt der Jahre 2007–2013).

Weitere Verfahren sind auf halbem Weg, in der Zwischenphase des Verlagerungsprozesses. Dies betrifft die Krampfadern- und Leistenbruchoperationen. Für diese beiden Verfahren ist der Anteil der ambulanten Fälle durchschnittlich bis hoch, und vor allem erhöht er sich laufend.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die untersuchten, in die Studie einbezogenen Verfahren auf der Verlagerungskurve in verschiedenen Phasen stehen. Während bei Eingriffen wie dem Grauen Star die Verlagerung vollzogen ist, stehen andere, wie die Hämorrhoidenoperation noch am Anfang.

Schlussfolgerungen

Die Zahl der ambulanten Eingriffe hat im Zeitraum zwischen 2007 und 2013 stark zugenommen. Die Verlagerung von der stationären zur ambulanten Versorgung ist nur selten der Hauptgrund für diese Zunahme. Andere Faktoren beeinflussen die Entwicklung der ambulanten Versorgung. Ihre Bedeutung bleibt schwer einzuschätzen. Wir nennen im Folgenden einige Kriterien, ohne Anspruch auf Vollständigkeit (vgl. Kapitel 6):

- Fortschritt der chirurgischen und anästhetischen Technik
- Infrastruktur und Organisation der Spitäler
- Chronische Überlastung gewisser Spitäler
- Organisation der Versorgung auf regionaler Ebene (z. B. Kanton)
- Vergütungssystem
- Verbreitung des medizinischen Wissens

Die Frage der Kosteneinsparungen durch die Wende zur ambulanten Versorgung bleibt offen. Unsere Ergebnisse zeigen, dass sich der ambulante Bereich zumindest in den untersuchten chirurgischen Verfahren stark entwickelt.

Lässt sich daraus schliessen, dass die Wende zur ambulanten Versorgung zu einer Kosteneindämmung führt? Ja, dort, wo die ambulante Versorgung die stationäre Versorgung ersetzt. Dies ist jedoch unter den elf geprüften Eingriffen die Ausnahme. Eine Form von Verlagerung zur ambulanten Versorgung ist zwar oft auszumachen, doch man beobachtet vor allem eine Zunahme der Möglichkeiten und der behandelten Fälle (stationär und ambulant zusammengenommen). Nicht evaluieren kann man allerdings die eingesparten Behandlungskosten dank eines frühzeitigen Eingriffs.

Der vorliegende Bericht liefert einige bisher nicht verfügbare Daten über die Wende zur ambulanten Versorgung. Er trägt zu einem besseren Verständnis der laufenden Entwicklung und neuer Herausforderungen bei. Wenn er auch die Kostenfrage nicht schlüssig beantworten kann, stützt er jedoch die Reflexionen über die laufenden Entwicklungen.

1 Introduction

1.1 L'émergence de l'ambulatoire

La prise en charge ambulatoire n'est pas nouvelle. Ce concept est apparu, dans sa forme «moderne», au début des années 60 dans des hôpitaux américains (Roberts 1986). Au début des années 70, des centres spécialisés dans la prise en charge ambulatoire ont vu le jour dans ce même pays. De 275 en 1980, ils sont passés à près de 3700 en 2003 (Frey 2004). Ce mode de prise en charge s'est étendu à d'autres pays. Il s'est d'abord développé aux Etats-Unis, puis en Europe.

Le virage ambulatoire est perçu comme un moyen de contenir l'augmentation des coûts de la santé et, du côté des patients, d'améliorer la qualité des soins. Son développement trouve son origine dans des problématiques et des évolutions communes à de nombreux systèmes de santé (Buchard 2005; Gilliard et al. 2006). On peut notamment citer:

- les exigences accrues en terme de qualité (raccourcissement du délai de prise en charge, minimisation des interférences avec la vie quotidienne) et de sécurité des soins (réduction des risques d'infections nosocomiales);
- l'allongement des files d'attente et la nécessité d'adapter l'offre hospitalière;
- le vieillissement de la population et l'accroissement de la demande;
- les contraintes budgétaires accrues;
- le progrès médical (chirurgie moins invasive, techniques d'anesthésies plus pointues, contrôle postopératoire plus efficient) (Wasowicz et al. 2000; Charbonnet 2010).

1.2 Un développement hétérogène

Le développement de l'ambulatoire s'articule autour de deux axes: le volume et l'éventail de procédures. Le premier est l'augmentation du recours à la prise en charge ambulatoire. A titre d'illustration, la proportion d'interventions de la cataracte en ambulatoire est passée de 42,9% à 71,6% entre 2000 et 2010 dans l'Europe des quinze. Le second axe est l'élargissement de la pratique en ambulatoire grâce notamment au progrès médical. De plus en plus de procédures sont susceptibles d'être effectuées en ambulatoire alors qu'elles ne l'étaient pas auparavant (Trendwatch 2006; H+ 2009).

L'évolution de la technique permet une prise en charge accrue en ambulatoire. Mais on constate des pratiques très différentes (De Lathouwer et Poullier 2000). En 1997, les USA, le Canada, le Danemark et la Nouvelle-Zélande avaient un taux moyen d'interventions (calculées sur 18 interventions «traceuses») en ambulatoire de plus de 70%. Le maximum était atteint par les USA avec 94%. Alors que l'Espagne, l'Italie et la France atteignaient un taux moyen de moins de 40%, le Portugal détenait le taux le plus bas avec 9%. Un rapport de l'OCDE (2006) montre aussi de grandes différences dans le pourcentage des opérations de la cataracte et de l'ablation des amygdales effectuées en ambulatoire en 2003. Les pourcentages varient de 0,4% à 77,7% pour l'ablation des amygdales (moyenne OCDE 30,5%, Suisse 11,4%) et de 33,7% à 98,9% pour l'opération de la cataracte (moyenne OCDE 74,4%, Suisse 62,0%).

A l'intérieur d'un pays, le taux d'interventions ambulatoires entre les hôpitaux peut aussi varier fortement (Kroneman et al. 2003). L'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (atih) montre des variations non négligeables du taux de recours à la chirurgie ambulatoire entre plusieurs régions de France (atih 2010).

La prise en charge en ambulatoire a certaines limites. Elle ne peut pas s'appliquer à toutes les interventions et pour une intervention donnée n'est pas applicable à tous les patients, même pour des interventions courantes comme la chirurgie de la cataracte. Elle doit répondre à des critères multidisciplinaires: anesthésiques, pathologiques et sociaux (Charbonnet 2010). On peut mentionner parmi les principaux:

- la nature de l'intervention;
- le risque de complications;
- la prise en charge post-opératoire du patient. Souvent, cette prise en charge est assumée par les proches du patient ou par des organisations reconnues comme l'aide et les soins à domicile.

1.3 L'ambulatoire en Suisse

En Suisse en 2013, les prestations ambulatoires en milieu hospitalier représentent environ 43% des dépenses AOS pour les hôpitaux et les prestations stationnaires 57%.

L'activité ambulatoire se développe plus rapidement que l'activité stationnaire. D'après H+ (2010), les soins ambulatoires à l'hôpital ont connu une forte augmentation entre 2006 et 2010: le nombre de journées de traitements ambulatoires à l'hôpital a augmenté de 13,4%, équivalent à une croissance annuelle de 4,3%. Pendant la même période, le nombre d'hospitalisations a augmenté de 8,6% (OFS, tableau standard)⁷. Une étude de l'Obsan (Camenzind 2013) a montré qu'entre 2000 et 2011 les dépenses AOS par personne des prestations ambulatoires en milieu hospitalier ont connu une augmentation de 6,6% en moyenne annuelle, alors que celles des prestations stationnaires en milieu hospitalier ont augmenté de 3,2% en moyenne annuelle.

Plusieurs raisons peuvent être avancées pour expliquer l'augmentation des prestations ambulatoires (H+2009):

- Recours accru aux urgences. Vilpert (2013) montre une augmentation du recours à un service d'urgences de 26% entre 2007–2011.
- Suites de traitements après un séjour en stationnaire. Entre 2004 et 2008, les chimiothérapies ont augmenté de 57% et les radiothérapies de 20%.

- Envoi de patients pour des diagnostics spécialisés. Entre 2004 et 2008, les examens radiologiques et endoscopies ont augmenté de respectivement 45% et 33%.
- Transfert d'interventions du stationnaire vers l'ambulatoire.

Si le développement de l'ambulatoire est indéniable, l'importance des différents facteurs reste floue. L'objet de ce rapport est d'étudier si les prestations ambulatoires remplacent ou s'ajoutent aux stationnaires (voir point 3.4 pour plus de détails). Assiste-t-on vraiment à un transfert d'interventions, autrement dit, les interventions effectuées autrefois en stationnaire le sont-elles aujourd'hui en ambulatoire? Cette question concerne plusieurs aspects de la politique de santé et, de ce fait, revêt une importance particulière.

Premièrement, elle concerne directement les coûts de la santé. Un transfert d'interventions du stationnaire vers l'ambulatoire devrait être une source d'économies, les prestations ambulatoires étant moins onéreuses que les prestations stationnaires. A titre d'exemple, l'émission RTS Kassensturz du 26 août 2014 estime qu'une opération des varices coûte 2600 CHF en ambulatoire et 7400 CHF en stationnaire. Une comparaison pour le canton de Berne montre un potentiel d'économie de 30 à 132% en faveur de l'ambulatoire pour 11 opérations (Bulletin des médecins suisses 2013).

Un tel transfert a aussi des répercussions sur les agents financeurs du système de santé. En effet, en Suisse, les prestations ambulatoires et stationnaires sont financées selon des règles différentes. Les prestations ambulatoires sont financées entièrement par les assurances (assurance maladie LAMal, assurance invalidité AI, assurance accident LAA), alors que les prestations stationnaires sont cofinancées par l'Etat (canton de domicile du patient) et les assurances⁸. Toutes choses étant égales par ailleurs, un transfert du stationnaire vers l'ambulatoire est aussi synonyme d'un transfert de charge de l'Etat vers les assurances. Les patients financent également les prestations dans les deux domaines au travers de leur participation aux soins et de leur franchise.

⁷ www.bfs.admin.ch → Thèmes → 14-Santé → Prestations et recours aux services → Hôpitaux → Indicateurs → Hospitalisations

⁸ À l'exception de l'assurance accident qui prend en charge le 100% des dépenses.

Enfin, le système de rémunération diffère également. Les prestations ambulatoires sont rémunérées à l'acte, alors que les prestations stationnaires sont depuis 2012 rémunérées selon un forfait. De plus, des assurances complémentaires existent pour le stationnaire (classe privée /semi-privée). Ces différences peuvent amener à des choix stratégiques de la part des prestataires de soins pour favoriser l'ambulatoire ou le stationnaire, selon les circonstances.

On conçoit dès lors que la notion de transfert d'interventions du stationnaire vers l'ambulatoire puisse ne pas être uniquement influencée par des considérations médicales, mais aussi par des réflexions stratégiques et financières.

1.4 Objectif et plan du rapport

L'objectif de cette étude est de tester l'hypothèse d'un transfert d'interventions du stationnaire vers l'ambulatoire. Autrement dit d'apporter des éléments de réponses à la question suivante: les interventions en ambulatoire remplacent-elles celles en stationnaire? Ce rapport doit aussi servir de base pour l'approfondissement de certaines questions soulevées dans cette étude. Nous pensons notamment aux questions liées aux économies engendrées par le virage ambulatoire et au potentiel d'interventions réalisées en stationnaire mais susceptibles de l'être en ambulatoire.

Le rapport est structuré comme suit: après cette première partie introductive, le chapitre 2 propose un survol de la littérature. Le chapitre 3 expose la méthode, les données et la démarche d'analyse. Les résultats sont présentés au chapitre 4 pour la période 2007 à 2013. Le chapitre 5, en élargissant l'horizon temporel, présente le transfert d'interventions comme un processus dynamique. Le chapitre 6 fait une synthèse des résultats et discute des différents facteurs influençant le virage ambulatoire.

2 Survol de la littérature

A notre connaissance, peu d'études ont analysé le transfert de prestations du stationnaire vers l'ambulatoire au travers d'un panel de procédures. Certaines études, qui abordent le sujet différemment, livrent des enseignements intéressants, que nous passons en revue ci-après.

Ce survol non exhaustif de littérature met en lumière quelques résultats intéressants concernant le virage ambulatoire. Il montre que certains facteurs peuvent influencer le développement de l'ambulatoire, comme le nombre de lits d'hôpital, des infrastructures post-opératoires adaptées, une organisation des soins adéquates pour la prise en charge ambulatoire et des incitations financières. Ce survol de littérature dénote aussi que l'ambulatoire a encore un potentiel de développement en Suisse comme dans d'autres pays. Le virage ambulatoire peut amener des réductions de coûts importantes pour autant que l'ambulatoire soit un vrai substitut au stationnaire.

2.1 Quelques études internationales

En 1987, une étude britannique se demandait si l'ambulatoire remplace ou s'ajoute au stationnaire (Haworth et Balarajan 1987). Sur les douze procédures chirurgicales examinées, deux seulement répondent aux critères d'un transfert du stationnaire vers l'ambulatoire pendant la période 1975–1983. Les critères utilisés sont graphiques, et observent si le recours au stationnaire baisse lorsque le recours à l'ambulatoire augmente.

D'autres études s'intéressent aux variations de la proportion d'interventions effectuées en ambulatoire entre les pays ou au sein d'un même pays. Kroneman et al. (2001) comparent le développement de l'ambulatoire dans douze pays européens. Ils démontrent, entre autres, que dans les pays où le nombre de lits à l'hôpital est restreint, l'ambulatoire y est plus développé. Ils concluent aussi que les pays disposant d'infrastructures adaptées

pour la prise en charge post-opératoire, ont des proportions d'interventions effectuées en ambulatoire plus grandes.

Une autre étude (Kroneman et al. 2003) montre qu'il y a de grandes variations dans la proportion d'interventions en ambulatoire selon les procédures et entre les hôpitaux hollandais. Le modèle utilisé ne permet pas de dégager de facteurs explicatifs, les coefficients n'étant pas significatifs.

Un rapport de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation fait un état des lieux de l'activité de la chirurgie ambulatoire en France en 2010 (atih 2010). Il montre des différences dans l'évolution du nombre d'interventions en chirurgie ambulatoire entre les régions et les explique par des phénomènes d'attractivité et de fuite de l'ambulatoire (ou du stationnaire). Certaines régions attirent des patients d'autres régions pour un traitement spécifique.

Bertolini (2004), grâce à une analyse des données hospitalières de la Lombardie et à une étude de littérature, estime que le potentiel de développement de l'ambulatoire est élevé en Italie. Le recours à l'ambulatoire est limité par des questions culturelles, par le manque d'incitations financières et par des infrastructures structurelles et organisationnelles inadéquates.

Un rapport de la Haute autorité de Santé (2012) relève que la prise en charge ambulatoire peut amener des réductions de coûts pour les assurances françaises. Celles-ci iraient de 7% à 51% selon l'intervention et le type d'hôpital. Il liste aussi des facteurs pouvant tempérer ces économies. Il mentionne, entre autres, les coûts supplémentaires des autres prestataires de soins, l'investissement dans des infrastructures adéquates, ainsi que la condition que l'ambulatoire doit être un vrai substitut au stationnaire et amener à des diminutions du nombre de lits stationnaires.

2.2 Quelques études suisses

Gilliard et al. (2006) proposent une méthode pour identifier les hospitalisations qui auraient pu être effectuées en ambulatoire mais ne l'ont pas été. Ils arrivent à la conclusion que leur proportion est relativement grande en Suisse (19,4%) par rapport aux Etats-Unis (4,9%). Ils montrent aussi une grande variabilité dans cette proportion entre les hôpitaux suisses.

Un rapport de l'OFAS (2004) analyse si l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie (LAMal) en 1996 avait favorisé un transfert entre les prestations stationnaires et les prestations ambulatoires. Il conclut que la LAMal n'a pas provoqué de véritable transfert entre les prestations stationnaires et ambulatoires et que la modification du rapport entre stationnaire et ambulatoire s'explique davantage par une évolution indépendantes de ces deux domaines.

Enfin, une étude récente, mandatée par la FMH, (Lobsiger 2014) s'est intéressée à l'effet de l'introduction des SwissDRG sur les prestations stationnaires et ambulatoires. Elle conclut à l'existence d'un transfert partiel entre ces deux domaines suite à l'introduction des SwissDRG. C'est-à-dire un transfert de prestations du domaine stationnaire vers le domaine ambulatoire pré- et post-hospitalier. Par contre, rien n'indique que l'introduction des SwissDRG ait provoqué un transfert de prestations du stationnaire vers l'ambulatoire. A relever que pour ce type de transfert, l'étude se limite à l'activité des cabinets privés, sans étudier l'activité ambulatoire à l'hôpital.

En conclusion, la question du transfert du stationnaire vers l'ambulatoire a été peu analysée en Suisse. Ce rapport, qui met en parallèle les volumes d'interventions en stationnaire et en ambulatoire de onze procédures chirurgicales, amène un éclairage original sur la question. Il s'interroge sur la relation de complémentarité ou de substituabilité de ces deux secteurs de l'activité hospitalière et ce faisant, alimente la réflexion autour des volumes de prestations et de leur évolution dans le temps.

3 Méthode

3.1 Choix des procédures

Les procédures éligibles pour répondre à notre question sont celles qui sont pratiquées à la fois en stationnaire et en ambulatoire. Le panel de ces procédures étant large, nous avons opté pour une étude de cas. Il s'agit d'une méthode d'analyse ciblée sur des procédures particulières, jugées représentatives de l'activité chirurgicale pouvant être pratiquée en stationnaire ou en ambulatoire.

Le processus de sélection des procédures s'est déroulé en deux étapes. La première a consisté en une recherche de littérature⁹ pour faire une première sélection d'une trentaine de procédures les plus souvent citées. La seconde a été la mise en place d'un atelier de discussion regroupant plusieurs experts du domaine. Les deux premiers critères de sélection sont: un volume suffisant en vue d'une analyse statistique et des procédures dont le transfert est en cours pendant la période analysée ou s'est terminé depuis peu.

Certaines contraintes techniques ont limité notre choix. Premièrement, le recours à ces procédures devait être identifiable à la fois avec le tarif médical (TarMed) et avec la Classification Suisse des Interventions Chirurgicales (CHOP) et leur correspondance précise et univoque. Deuxièmement, nous avons dû limiter notre choix à des procédures qui n'ont pas connu de changement majeur dans la pratique du codage. Au terme de ce processus, nous avons retenu onze procédures chirurgicales, nommées par la suite selon la dénomination entre parenthèses:

- opération de la cataracte (cataracte);
- opération de la hernie inguinale (hernie inguinale);
- méniscectomie du genou par arthroscopie (méniscectomie);
- chirurgie des varices (varices);
- chirurgie des hémorroïdes (hémorroïdes);
- pose d'un pacemaker (pacemaker);
- angioplastie coronaire avec insertion de stent(s) (PTCA);
- angioplastie périphérique percutanée (PTA);
- conisation du col de l'utérus (idem);
- chirurgie du tunnel carpien (tunnel carpien);
- amygdalectomie (idem).

L'Annexe 1 présente les positions TarMed et les codes CHOP correspondant à ces procédures chirurgicales.

Le choix limité de procédures peut amener certaines incertitudes sur la généralisation de nos résultats. Néanmoins, le fait que ces onze procédures couvrent des domaines et disciplines différents de la chirurgie ambulatoire, et que suite à l'analyse effectuée elles peuvent être classées dans plusieurs catégories de comportement distinctes, autorise à penser qu'elles reflètent raisonnablement bien la situation existant sur la période considérée.

⁹ Nous avons ciblé la recherche de littérature sur les notions de «développement de l'ambulatoire», «transfert stationnaire ambulatoire» et «ambulatoire». Nous nous sommes notamment basés sur les articles et études suivants: Lobsiger 2014, Sourty Le Guellec 2002, Gilliard 2006, Kroneman 2003, Kroneman 2001, Sales 2001, Bertolini 2004 et IAAS 2006.

3.2 Données

Pool tarifaire et statistique médicale

Deux sources de données sont utilisées: le pool tarifaire de SASIS SA (TP) pour les interventions effectuées dans le domaine ambulatoire et la Statistique médicale des hôpitaux (MS) de l'Office fédéral de la statistique (OFS) pour les interventions effectuées dans le domaine stationnaire des hôpitaux.

Le pool tarifaire de SASIS SA, appelé pool tarifaire par la suite, regroupe toutes les factures saisies par les assureurs participant à la statistique. Il contient le détail des positions tarifaires. Nous utilisons les informations sur le nombre de positions tarifaires tarmed (tarif médical)¹⁰ facturées à l'AOS entre 2007 et 2013 par les cabinets privés (médecins) et par le secteur ambulatoire des hôpitaux. Les données sont agrégées par groupes d'assurés (canton de domicile, classe d'âge et sexe) et par groupes de prestataires (médecin selon le titre FMH et hôpital selon la typologie de l'OFS). Le pool tarifaire ne contient pas de données individuelles sur les assurés et les prestataires de soins. De ce fait, il n'est pas possible d'effectuer un suivi de cas ou de traitements particuliers.

La statistique médicale des hôpitaux recense chaque année les données des hospitalisations (séjours stationnaires) effectuées en Suisse. Depuis 1998, les hôpitaux et cliniques suisses ont l'obligation de fournir des données concernant les hospitalisations, notamment les diagnostics et les traitements. Pour cette recherche, nous utilisons les informations médicales constituées des diagnostics et des traitements effectués pour sélectionner les interventions analysées. Les informations socio-démographiques des patients (âge, sexe et canton de domicile) permettent de comparer les caractéristiques des patients pris en charge de manière stationnaire avec ceux pris en charge en ambulatoire (données issues du pool tarifaire). Enfin, l'année du début du traitement nous permet de dénombrer les interventions pour une année donnée.

Extrapolation des données du pool tarifaire

Le pool tarifaire n'est pas une base de données exhaustive, car seule une partie des assureurs y contribuent. En 2013, il couvre 61% des assurés¹¹. Cette couverture varie dans le temps, entre les cantons, entre les prestataires de soins (médecins en cabinets privés, ambulatoire hospitalier) et entre le sexe et l'âge des patients. Pour interpréter correctement les résultats selon l'une ou l'autre de ces dimensions, une extrapolation des données est nécessaire. Cette extrapolation s'effectue en deux étapes (Annexe 3).

La première étape consiste à estimer un facteur d'extrapolation, qui correspond au rapport des coûts des prestations ambulatoires (des médecins en cabinets privés et de l'ambulatoire hospitalier) contenues dans le pool de données et le pool tarifaire. Pour gagner en précision, ceci est effectué séparément pour chaque catégorie, définie comme une année donnée, un canton, un prestataire de soins, le genre et la classe d'âge de l'assuré. Nous avons 15'600 catégories correspondant à six années, 26 cantons, deux catégories de prestataires de soins (médecins en cabinet privé et ambulatoire hospitalier), deux genres et 25 classes d'âge. Les facteurs d'extrapolation ainsi calculés permettent d'extrapoler les coûts des prestations ambulatoires contenues dans le pool tarifaire au niveau de ceux du pool de données.

Pour la seconde étape, nous estimons un second facteur d'extrapolation, correspondant au ratio entre le nombre d'assurés contenu dans le pool de données et les effectifs des assurés de la compensation des risques¹², soit l'ensemble des assurés.

Nous utilisons ces deux facteurs d'extrapolation pour estimer le nombre de positions du tarmed qui seraient dénombrés si tous les assureurs-maladie étaient affiliés au pool tarifaire. Cette technique d'extrapolation en deux temps, par rapport aux coûts puis par rapport aux assurés de la compensation des risques, est utilisée dans toutes les exploitations du pool tarifaire effectuées par l'Obsan. Elle donne de meilleurs résultats qu'une extrapolation directe par rapport à l'ensemble des assurés, sans extrapoler dans un premier temps par les coûts du pool de données.

¹¹ Le nombre d'assurés est présenté à l'Annexe 2.

¹² Depuis le 1^{er} janvier 2007, l'effectif de la compensation des risques ne comprend plus les requérants d'asile, les personnes admises à titre provisoire et les personnes à protéger qui ne sont pas titulaires d'une autorisation de séjour, mais qui séjournent en Suisse et qui bénéficient de l'aide sociale (processus d'asile). Cependant, ces personnes sont encore saisies dans le pool de données de SASIS SA. Pour corriger cette différence, le taux de couverture est calculé à l'aide de l'effectif de la compensation des risques, auquel s'ajoutent les personnes en «processus d'asile».

¹⁰ Le pool tarifaire répertorie d'autres structures tarifaires comme celles des laboratoires ou des physiothérapeutes par exemple. Dans le cadre de notre étude, nous avons besoin uniquement du tarmed.

Limites des données

Une étude de cas n'est pas une étude exhaustive comparant l'ensemble de l'activité stationnaire avec l'ensemble de l'activité ambulatoire. Une certaine prudence est de mise dans l'interprétation des résultats qui ne doivent pas être généralisés à l'ensemble de ces deux activités.

Les factures conservées par les assurés et non envoyées aux assurances¹³ ainsi que les prestations qui ne sont pas prises en charge par les assurances dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) ne sont pas saisies dans le pool tarifaire. Le nombre de prestations en ambulatoire peut de ce fait être légèrement sous-estimé.

Les résultats proviennent de données extrapolées. Une extrapolation comporte le risque d'introduire des approximations dans les données. Ce risque a été limité au maximum en appliquant une méthode d'extrapolation en deux temps qui tient compte de nombreux facteurs: année, canton, fournisseur, sexe et âge du patient. Différentes analyses menées par l'Obsan ont montré que cette méthode est fiable et qu'elle permet d'approcher la réalité des faits de manière à pouvoir interpréter correctement les résultats.

3.3 Décompte des interventions chirurgicales

Le décompte du nombre d'interventions chirurgicales ambulatoires s'effectue à partir du pool tarifaire, celles du stationnaire avec la Statistique médicale des hôpitaux. Ces deux bases de données relèvent et répertorient les données de manière différente.

Le pool tarifaire décompte des actes. En effet, il répertorie les fréquences des positions Tarmed. Nous comptabilisons donc les positions Tarmed servant à identifier les procédures chirurgicales sélectionnées. Par exemple, pour le tunnel carpien, nous comptabilisons la fréquence de la position 05.2410 (Annexe 1).

La Statistique médicale enregistre les cas. Nous comptons tous les cas de la statistique médicale pour lesquels au moins un code CHOP servant à identifier les procédures chirurgicales sélectionnées est enregistré comme traitement principal ou parmi les neuf premiers traitements secondaires. Pour le stationnaire, nous décomptons donc des cas et non des actes.

Comme un cas peut être composé de plusieurs codes CHOP, cette méthode peut amener une légère sous-estimation de l'activité stationnaire par rapport à l'activité ambulatoire. Néanmoins, avec cette méthode, les séries temporelles du stationnaire sont plus stables et moins sujettes aux changements de pratique dans le codage des codes CHOP.

Toutes les interventions réalisées en stationnaire ne sont pas éligibles en ambulatoire. En effet, certains cas complexes avec des comorbidités ne pourraient pas être traités en ambulatoire. Le propos de l'étude étant de montrer un transfert de prestations du stationnaire vers l'ambulatoire, toutes les interventions effectuées en stationnaire doivent être prises en considération. Une sélection des interventions éligibles en ambulatoire mais effectuées en stationnaire ne permet pas de répondre à notre question de recherche (dans quelle mesure le stationnaire remplace l'ambulatoire), mais plutôt à la question des interventions potentiellement réalisables en ambulatoire mais effectuées en stationnaire.

3.4 Démarche d'analyse

Pour répondre à notre objectif – savoir dans quelle mesure il y a un transfert d'interventions du stationnaire vers l'ambulatoire – nous analysons onze procédures chirurgicales. Nous basons notre analyse sur l'évolution du nombre d'interventions, correction faite de la croissance démographique.

La comparaison de ces évolutions permet de conclure sur deux aspects:

1. Le degré de remplacement du stationnaire par l'ambulatoire pendant la période 2007 à 2013 (1^{re} étape).
2. La situation des procédures sur la courbe de transfert (2^e étape).

¹³ Les raisons peuvent être diverses: franchise non atteinte, oubli, perte de documents.

1^{re} étape: transfert entre 2007 et 2013

Dans la première étape d'analyse, nous vérifions s'il y a des évidences de substitution, définies comme une diminution des interventions stationnaires remplacées par des interventions ambulatoires, sur la période 2007–2013. Pour ce faire, nous commençons par décrire l'évolution du nombre total d'interventions, puis du nombre d'interventions en stationnaire et en ambulatoire séparément. Enfin, nous testons l'existence d'une relation statistique entre les deux secteurs et la nature de celle-ci grâce à une régression linéaire simple.

Nous envisageons six cas de figure:

- Relation de substitution: une diminution des interventions stationnaires et une augmentation des interventions ambulatoires:
 - L'augmentation de l'ambulatoire est plus faible que la diminution du stationnaire.
 - L'augmentation de l'ambulatoire est équivalente à la diminution du stationnaire.
 - L'augmentation de l'ambulatoire est plus faible que la diminution du stationnaire.
- Relation de complémentarité: une augmentation des interventions stationnaires et ambulatoires.
- Absence de relation.

2^e étape: situation sur la courbe de transfert

La seconde étape se concentre sur la place des procédures le long de la courbe de transfert. Aucune indication d'un transfert pendant une période donnée ne signifie pas l'absence de transfert. Il se peut qu'il soit achevé ou qu'il commence à peine. En nous appuyant sur la théorie de la diffusion d'une innovation, nous regardons donc le transfert d'interventions comme un processus dynamique. Nous définissons des critères permettant de juger si une procédure est plutôt en phase de début de transfert ou en phase finale. Ceux-ci s'appuient sur la proportion d'interventions traitées en ambulatoire, sur la vitesse de croissance de cette proportion, sur l'évolution du nombre d'interventions en stationnaire ainsi que sur le taux de croissance de celles-ci.

4 Transfert d'interventions stationnaires vers l'ambulatoire entre 2007 et 2013

Dans ce chapitre, nous présentons l'évolution du nombre total d'interventions entre 2007 et 2013 (section 4.1), puis l'évolution du nombre d'interventions séparément en stationnaire et en ambulatoire (section 4.2). Enfin, dans une troisième partie, nous montrons les relations statistiques de complémentarité ou de substitution entre les deux secteurs, obtenues grâce à une régression linéaire simple.

4.1 Nombre total d'interventions en augmentation

Si l'on comprend le virage ambulatoire comme un transfert strict du stationnaire vers l'ambulatoire, on s'attend à ce que les interventions réalisées auparavant en stationnaire le soient maintenant en ambulatoire. Dans ce cas, le nombre total d'interventions devrait rester stable (correction faite de la croissance démographique).

Or, dans la plupart des cas, le nombre total d'interventions augmente (Tab. 4.1). Pour huit des onze procédures, il augmente entre 2007 et 2013. Pour la cataracte, l'augmentation est massive; elle est en moyenne de 13% par an, soit une hausse de 43'000 interventions au total.

Les autres procédures ne montrent pas une évolution si marquée, même si l'augmentation est soutenue.

Le nombre de PTCA et de PTA augmente de respectivement 6% et 8% par an. Pour les quatre procédures suivantes (pacemaker, tunnel carpien, hémorroïdes, ménissectomie), l'augmentation est plus modérée. Elle se situe entre 1% et 3% en moyenne annuelle.

Le nombre total d'interventions reste stable pour trois procédures. Leur faible variation, de $\pm 0,5$ points de pourcentage, est assimilée à une stagnation. Il s'agit de la conisation du col de l'utérus, de la hernie inguinale et des varices.

Enfin, l'amygdalectomie est un cas particulier, avec une diminution prononcée du nombre total d'interventions (-3,2% en moyenne annuelle).

Dans l'ensemble, on n'observe pas une stabilité du nombre total d'interventions, mais plutôt une augmentation. L'hypothèse d'un transfert strict du stationnaire vers l'ambulatoire est de ce fait peu vraisemblable. A la section suivante, nous examinons séparément l'évolution du nombre d'interventions en ambulatoire et en stationnaire.

Tab. 4.1 Variation du nombre total d'interventions corrigée de la croissance démographique, 2007–2013

Procédures chirurgicales	Variation totale 2007–2013 N (%)	Variation annuelle moyenne N (%)
Cataracte	43 366 (77,6%)	7 228 (12,9%)
PTCA	6 332 (49,2%)	1 055 (8,2%)
PTA	2 893 (33,4%)	482 (5,6%)
Pacemaker	817 (19,4%)	136 (3,2%)
Tunnel carpien	2 101 (12,9%)	350 (2,1%)
Hémorroïdes	385 (10,6%)	64 (1,8%)
Ménissectomie	2 172 (8,1%)	362 (1,3%)
Conisation du col de l'utérus	88 (2,2%)	15 (0,4%)
Varices	-522 (-2,9%)	-87 (-0,5%)
Hernie inguinale	-523 (-3,4%)	-87 (-0,6%)
Amygdalectomie	-2 574 (-19,3%)	-429 (-3,2%)

Note: Le nombre entre parenthèses est la variation en pourcents. Les procédures chirurgicales sont classées par ordre décroissant de la variation en pourcents.

Sources: OFS – Statistique médicale, SASIS SA – Pool tarifaire/exploitation Obsan

© Obsan 2015

4.2 Pas de diminution systématique du nombre d'interventions stationnaires

A la section 4.1, nous avons vu que le nombre total d'interventions augmente pour la plupart des procédures examinées. Nous décrivons maintenant l'évolution pour chacun des secteurs séparément (correction faite de la croissance démographique). Dans l'hypothèse d'un transfert, le secteur stationnaire devrait reculer parallèlement au développement de l'ambulatoire. Or, notre constat est le suivant.

Le nombre d'interventions ambulatoires augmente pour quasiment toutes les procédures, à l'exception de la ménisectomie et de l'amygdalectomie. Par contre le nombre d'interventions en stationnaire ne diminue pas systématiquement. En fonction des évolutions du stationnaire et de l'ambulatoire entre 2007 et 2013 (décrites en détail à l'Annexe 4), on peut distinguer les quatre situations-types ci-dessous:

4.2.1 L'ambulatoire augmente et le stationnaire diminue

Le premier groupe contient les cinq procédures chirurgicales dont le nombre augmente en ambulatoire et diminue en stationnaire (Tab. 4.2). La proportion de ces changements varie:

- Pour la conisation du col de l'utérus et dans une moindre mesure les varices, l'augmentation en ambulatoire se situe dans les mêmes proportions que la diminution en stationnaire.
- Pour le tunnel carpien et surtout pour la cataracte, l'augmentation en ambulatoire est plus prononcée que la diminution du stationnaire.
- A l'inverse, pour la hernie inguinale, l'augmentation en ambulatoire est plus faible que la diminution en stationnaire.

4.2.2 L'ambulatoire et le stationnaire augmentent

Pour les quatre procédures chirurgicales de ce groupe, le nombre d'interventions augmente à la fois en ambulatoire et en stationnaire (Tab. 4.3). L'augmentation de l'ambulatoire, en pourcents, est considérablement plus soutenue que celle du stationnaire.

Pour la PTCA et le pacemaker, le nombre d'interventions en ambulatoire explose, avec respectivement une croissance annuelle de 78% et de 24% en moyenne. Pour les deux autres procédures, l'augmentation de l'ambulatoire est plus modérée, mais reste soutenue. La PTA augmente de 8,8% par an et les hémorroïdes de 5,6% par an.

Tab. 4.2 Augmentation du nombre d'interventions en ambulatoire et diminution en stationnaire, variation annuelle moyenne, corrigée de la croissance démographique, 2007–2013

Procédures chirurgicales	En ambulatoire Variation annuelle moyenne N (%)	En stationnaire Variation annuelle moyenne N (%)
Cataracte	7229 (13,0%)	-1,3 (-0,5%)
Varices	314 (5,1%)	-401 (-3,4%)
Hernie inguinale	97 (4,5%)	-184 (-1,4%)
Tunnel carpien	523 (3,8%)	-172 (-6,4%)
Conisation du col de l'utérus	79 (3,4%)	-64 (-3,6%)

Note: Le nombre entre parenthèses est la variation en pourcents. Les procédures chirurgicales sont classées par ordre décroissant de la variation en pourcents.

Sources: OFS – Statistique médicale, SASIS SA – Pool tarifaire/exploitation Obsan

© Obsan 2015

Tab. 4.3 Augmentation du nombre d'interventions en stationnaire et en ambulatoire, variation annuelle moyenne, corrigée de la croissance démographique, 2007–2013

Procédures chirurgicales	En ambulatoire Variation annuelle moyenne N (%)	En stationnaire Variation annuelle moyenne N (%)
PTCA	600 (78,1%)	455 (3,8%)
Pacemaker	83 (24,1%)	53 (1,4%)
PTA	236 (8,8%)	246 (4,1%)
Hémorroïdes	34 (5,6%)	30 (1,0%)

Note: Le nombre entre parenthèses est la variation en pourcents. Les procédures chirurgicales sont classées par ordre décroissant de la variation en pourcents.

Sources: OFS – Statistique médicale, SASIS SA – Pool tarifaire/exploitation Obsan

© Obsan 2015

4.2.3 L'ambulatoire et le stationnaire diminuent

Ce groupe – celui de l'amygdalectomie – montre une diminution du nombre d'interventions en ambulatoire et en stationnaire (Tab. 4.4). Cette diminution illustre un changement de la pratique médicale qui tend à pratiquer de moins en moins cette procédure aussi bien en ambulatoire qu'en stationnaire. La diminution du nombre d'interventions en pourcents est plus prononcée en ambulatoire (-6,0%) qu'en stationnaire (-2,4%). Dans ce cas de figure, la notion de transfert n'est pas pertinente.

Tab. 4.4 Diminution du nombre d'interventions en ambulatoire et en stationnaire, variation annuelle moyenne, corrigée de la croissance démographique, 2007–2013

Procédure chirurgicale	En ambulatoire Variation annuelle moyenne N (%)	En stationnaire Variation annuelle moyenne N (%)
Amygdalectomie	-189 (-6,0%)	-240 (-2,4%)

Note: Le nombre entre parenthèses est la variation en pourcents.

Sources: OFS – Statistique médicale, SASIS SA – © Obsan 2015
Pool tarifaire/exploitation Obsan

4.2.4 L'ambulatoire diminue et le stationnaire augmente

La ménissectomie est la seule des onze procédures chirurgicales observées dont le nombre d'interventions diminue en ambulatoire, alors qu'elle augmente en stationnaire (Tab. 4.5). La diminution de l'ambulatoire reste toutefois très limitée (-0,3% en moyenne annuelle).

Tab. 4.5 Diminution du nombre d'interventions en ambulatoire et augmentation en stationnaire, variation annuelle moyenne, corrigée de la croissance démographique, 2007–2013

Procédure chirurgicale	En ambulatoire Variation annuelle moyenne N (%)	En stationnaire Variation annuelle moyenne N (%)
Ménissectomie	-28 (-0,3%)	390 (2,1%)

Note: Le nombre entre parenthèses est la variation en pourcents.

Sources: OFS – Statistique médicale, SASIS SA – © Obsan 2015
Pool tarifaire/exploitation Obsan

4.3 L'ambulatoire remplace partiellement le stationnaire

Dans cette section, nous présentons la relation statistique existant entre l'évolution de l'ambulatoire et du stationnaire sur la période 2007 à 2013. Autrement dit, nous montrons si quand l'un augmente, l'autre diminue et ceci de manière statistiquement significative. Pour ce faire, nous mesurons l'existence d'une relation entre l'évolution du nombre d'interventions en stationnaire et en ambulatoire à l'aide d'une régression linéaire simple (voir aspect théorique pour plus de détails, page 23). Ce modèle permet une interprétation directe des coefficients de la régression.

De manière succincte, les résultats montrent trois situations (Tab. 4.6). La première comprend les procédures pour lesquelles il existe une relation négative et statistiquement significative entre l'évolution du nombre d'interventions en stationnaire et en ambulatoire. La seconde regroupe les procédures dont les résultats de la régression montrent une relation positive et statistiquement significative entre le nombre d'interventions effectuées dans les deux secteurs. Enfin, la troisième situation est l'absence de relation statistiquement significative.

Tab. 4.6 Coefficient de la régression linéaire entre le nombre d'interventions ambulatoires et stationnaires pour 10'000 assurés

Procédures chirurgicales	Coefficient de régression β
Hernie inguinale	-1,11 **
Varices	-0,99 ***
Conisation du col de l'utérus	-0,58 **
Ménissectomie	-1,80
Tunnel carpien	-0,27
Cataracte	-0,0005
PTCA	0,46
Hémorroïdes	1,15
Pacemaker	0,61 ***
PTA	0,82 ***
Amygdalectomie	1,39 ***

Note: *** statistiquement significatif au seuil de 1%; ** statistiquement significatif au seuil de 5%; * statistiquement significatif au seuil de 10%; aucun symbole statistiquement non significatif.

Sources: OFS – Statistique médicale, SASIS SA – © Obsan 2015
Pool tarifaire/exploitation Obsan

Aspect théorique**Régression du nombre d'interventions ambulatoires par rapport au nombre d'interventions stationnaires**

La relation entre l'évolution du nombre d'interventions ambulatoires pour 10'000 assurés (x) et celle du nombre d'interventions stationnaires pour 10'000 assurés (y) est évaluée à l'aide de la régression linéaire suivante:

$$\gamma_t = \alpha + \beta x_t + \varepsilon_t ; \text{ avec } t = \text{année} \quad (1)$$

Le signe du coefficient béta (β) renseigne sur le sens de la relation et sa valeur indique la variation du nombre d'interventions stationnaires suite à l'augmentation d'une unité du nombre d'interventions ambulatoires, autrement dit l'intensité de la relation. Le test de significativité de la pente est effectué à un niveau de confiance de 90%, 95% et 99%. Les résultats sont interprétés comme suit:

Tab. 4.7 Interprétation du coefficient β de la droite de régression (1)

Signe du coefficient β	Valeurs du coefficient β	Interprétation
$\beta < 0$ (relation de substitution)	$\beta < -1$	– Quand le nombre d'interventions ambulatoires augmente, le nombre d'intervention stationnaires diminue; et – L'ambulatoire augmente moins que le stationnaire.
	$\beta = -1$	– L'augmentation du nombre d'interventions ambulatoires est équivalente à la diminution en stationnaire.
	$-1 < \beta < 0$	– Quand le nombre d'interventions ambulatoires augmente, le nombre d'intervention stationnaires diminue; et – L'ambulatoire augmente plus que le stationnaire.
$\beta = 0$ (absence de relation)	β est non significatif	– Pas de relation statistiquement significative entre l'évolution du nombre d'interventions dans les deux secteurs.
$\beta > 0$ (relation de complémentarité)	$\beta > 0 < 1$	– Quand le nombre d'interventions ambulatoires augmente (diminue), le nombre d'interventions stationnaires augmente (diminue) aussi; mais – Le stationnaire augmente moins que l'ambulatoire.

Deux procédures chirurgicales montrent une substitution stricte entre le stationnaire et l'ambulatoire (Tab. 4.6). Il s'agit de la hernie inguinale et des varices, qui présentent un coefficient de régression β proche de -1 et statistiquement significatif. Cela signifie qu'une augmentation d'une intervention en ambulatoire se traduit par une diminution de respectivement $-1,11$ et $-0,99$ intervention en stationnaire.

La conisation du col de l'utérus montre une relation statistiquement significative, mais moins forte que pour la hernie inguinale et les varices. Une intervention supplémentaire en ambulatoire se traduit par la diminution de $0,58$ intervention en stationnaire. Cette procédure montre une certaine substitution entre le stationnaire et l'ambulatoire, combinée avec un développement de l'ambulatoire.

Pour le pacemaker et la PTA, les coefficients sont positifs et statistiquement significatifs, ce qui signifie que le nombre d'interventions augmente en parallèle dans les deux secteurs. La valeur du coefficient, inférieure à 1 , indique que le stationnaire augmente moins que l'ambulatoire. L'amygdalectomie présente aussi un coefficient β positif et statistiquement significatif, ce qui signifie que le nombre d'interventions évolue dans la même direction

dans les deux secteurs. Mais il s'agit d'un cas particulier, puisqu'ici le nombre d'interventions diminue dans les deux secteurs (Tab. 4.4).

Pour les cinq autres procédures chirurgicales, les résultats de la régression (1) montrent une absence de relation statistique entre l'évolution du stationnaire et de l'ambulatoire (les coefficients de régression β ne sont pas statistiquement significatifs). Néanmoins, le signe du coefficient de régression β confirme les tendances présentées aux tableaux 4.2, 4.3 et 4.5. En effet, le tunnel carpien, la cataracte et la ménisectomie présentent un signe négatif, indiquant une évolution de sens opposé entre le stationnaire et l'ambulatoire; en l'occurrence une augmentation de l'ambulatoire et une diminution du stationnaire pour les deux premières procédures et l'inverse pour la ménisectomie. La PTCA et les hémorroïdes ont un signe positif, synonyme d'une augmentation dans les deux secteurs.

4.4 Éléments de synthèse

Entre 2007 et 2013, cinq procédures présentent des résultats compatibles avec l'hypothèse d'un transfert d'interventions du stationnaire vers l'ambulatoire (Tab. 4.8).

- Un transfert strict est constaté pour la hernie inguinale et les varices. Pour ces deux procédures, on peut parler d'un remplacement de 1:1 du stationnaire par l'ambulatoire.
- Pour la conisation du col de l'utérus, le nombre d'interventions ambulatoires augmente plus que la diminution en stationnaire. Cette procédure a donc le profil d'un transfert couplé à un développement de l'ambulatoire.
- Le pacemaker et la PTA sont en croissance, mais celle du stationnaire ralentit au profit de l'ambulatoire. Autrement dit, le stationnaire cède du terrain à l'ambulatoire, dans un contexte généralisé de croissance.
- L'amygdalectomie est un cas particulier, dont la pratique est en recul en ambulatoire comme en stationnaire.

- Pour les autres procédures (ménisectomie, tunnel carpien, cataracte, PTCA et hémorroïdes), il y a absence de relation statistiquement significative.

L'absence de transfert est peut-être due à la courte période d'observation. Il se peut que le transfert d'interventions soit achevé ou qu'il commence à peine. Ainsi, il est important de considérer le transfert comme un processus dynamique dans un cadre temporel plus large, ce que nous faisons au chapitre 5.

Tab. 4.8 Synthèse des résultats de l'évolution du nombre d'interventions entre 2007 et 2013

Procédures chirurgicales	Evolution du nombre d'interventions			Coefficient β
	Total	Ambulatoire	Stationnaire	
Hernie inguinale	~ =	+	-	-1,11 **
Varices	~ =	+	-	-0,99 ***
Conisation du col de l'utérus	~ =	+	-	-0,58 **
Pacemaker	+	+	+	0,61 ***
PTA	+	+	+	0,82 ***
Ménisectomie	+	-	+	-1,80
Tunnel carpien	+	+	-	-0,27
Cataracte	+	+	-	-0,0005
PTCA	+	+	+	0,46
Hémorroïdes	+	+	+	1,15
Amygdalectomie	-	-	-	1,39 ***

Note: *** statistiquement significatif au seuil de 1%; ** statistiquement significatif au seuil de 5%; * statistiquement significatif au seuil de 10%; aucun symbole statistiquement non significatif.

Sources: OFS – Statistique médicale, SASIS SA – Pool tarifaire/exploitation Obsan

© Obsan 2015

5 Transfert d'interventions, un processus dynamique

Au chapitre précédent, nous avons évalué le degré de remplacement du stationnaire par l'ambulatoire pendant la période de 2007 à 2013. Pour six procédures, les résultats obtenus ne permettent pas de conclure à un transfert du stationnaire vers l'ambulatoire pendant la période d'observation (absence de relation). Néanmoins,

il n'est pas exclu qu'un transfert ait eu lieu avant cette période ou qu'il débute. Pour répondre à cette question, nous nous inspirons de la théorie de la diffusion de l'innovation et plaçons les différentes procédures sur la courbe de transfert. L'aspect méthodologique est décrit ci-dessous.

Aspect méthodologique:

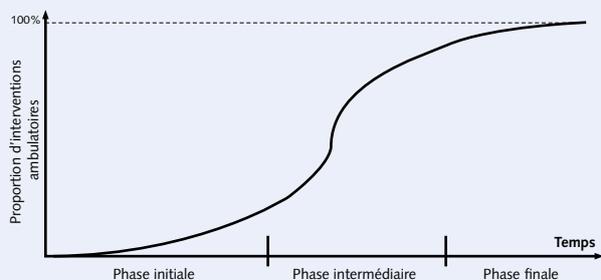
Modèle de diffusion d'une innovation et courbe de transfert

Selon la théorie de la diffusion de l'innovation, une innovation se diffuse en suivant un processus touchant différents types de consommateurs. Chaque type de consommateurs correspond à une phase du processus, des innovants aux retardataires en passant par la majorité précoce. Valente T. (1995) présente ces différentes phases sous forme de courbe en S dont l'abscisse représente le temps et l'ordonnée la fréquence cumulée des consommateurs ayant adopté l'innovation.

Dans notre cas, la prise en charge en ambulatoire est considérée comme une innovation médicale par rapport à la prise en charge stationnaire. Nous posons l'hypothèse que les procédures chirurgicales sont d'abord pratiquées en stationnaire, puis le processus de diffusion de l'innovation se met en place et la procédure est effectuée dans les deux modes de prise en charge avec un recours à l'ambulatoire de plus en plus fréquent. A la fin du processus, la procédure est principalement, voire uniquement, pratiquée en ambulatoire.

La courbe de transfert peut être découpée en trois phases, selon trois critères: la proportion d'interventions en ambulatoire, le rythme de croissance de cette proportion et l'évolution du nombre d'interventions en stationnaire.

Représentation graphique d'une adaptation du modèle théorique de la diffusion d'innovation Fig 5.1



Source: Autume C., Bert T., et al. (2014); Valente T. W., Rogers (1995)/adaptation Obsan © Obsan 2015

Ainsi, par exemple, en phase initiale de transfert, on s'attend à retrouver des procédures qui sont majoritairement effectuées en stationnaire, mais dont la pratique évolue de plus en plus vers l'ambulatoire. L'ambulatoire et le stationnaire se développent, mais le rythme de croissance du stationnaire est plus lent et tend à diminuer au fil des années. Concrètement, une telle procédure chirurgicale doit avoir les caractéristiques suivantes:

- proportion d'interventions en ambulatoire relativement faible;
- croissance de la proportion d'interventions en ambulatoire faible;
- croissance du stationnaire de plus en plus faible ou stabilité du stationnaire.

Dans la phase intermédiaire, on s'attend à des procédures où l'ambulatoire remplace petit à petit le stationnaire. Une telle procédure chirurgicale doit avoir les caractéristiques suivantes:

- proportion d'interventions en ambulatoire moyennement élevée;
- forte croissance de la proportion d'interventions en ambulatoire;
- diminution du nombre d'interventions en stationnaire.

En phase finale du transfert, on imagine retrouver des procédures qui sont majoritairement pratiquées en ambulatoire. Le nombre d'interventions en stationnaire devrait peu évoluer. Techniquement, une telle procédure chirurgicale doit avoir les caractéristiques suivantes:

- proportion d'interventions en ambulatoire relativement haute;
- croissance de la proportion d'interventions en ambulatoire faible;
- stabilité du nombre d'interventions en stationnaire.

Une limite majeure dans l'application de cette théorie à notre problématique réside dans le fait que le maximum de la proportion d'interventions en ambulatoire est inconnu. En effet, il est tout à fait concevable qu'un certain nombre d'interventions ne puisse pas être effectué en ambulatoire pour des raisons médicales (gravité du cas par exemple). Il devient donc difficile d'interpréter sans autres informations le niveau de la proportion d'interventions en ambulatoire.

5.1 Procédures au début du processus de transfert d'interventions

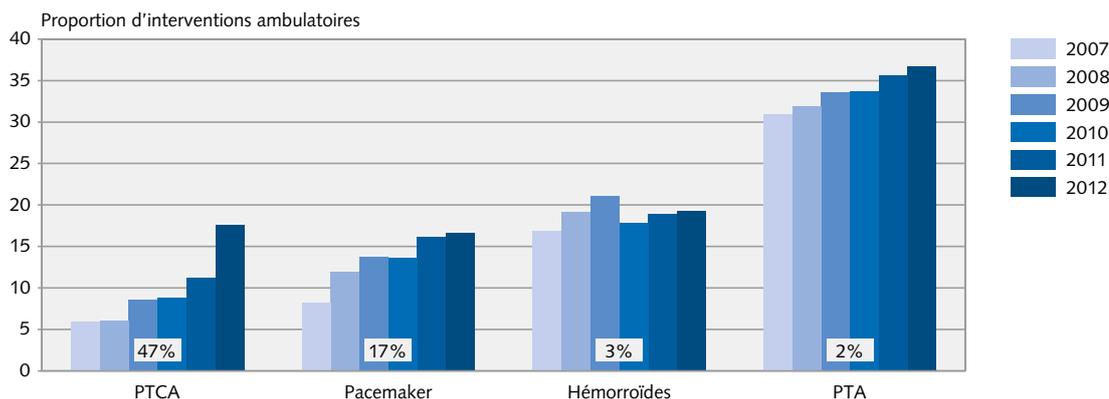
Quatre procédures chirurgicales répondent aux critères correspondant à un transfert d'interventions dans sa phase initiale: les hémorroïdes, la PTCA, le pacemaker et la PTA.

Pour les hémorroïdes, la proportion d'interventions ambulatoires est relativement basse (Fig. 5.2). Elle oscille autour de 20% pendant la période observée. La croissance de cette proportion est modérée, avec une moyenne de 3% par année. Le nombre d'interventions stationnaires reste relativement stable entre 2002 et 2013. Les experts consultés sont d'avis que cette procédure est clairement en phase initiale et que le choix d'opérer en ambulatoire dépend probablement de la sensibilité du chirurgien et de la patientèle.

La PTA et la PTCA ont profité d'un transfert de technique, passant des techniques dites «ouvertes» à des techniques moins invasives et ceci aussi bien pour l'ambulatoire que pour le stationnaire. Ce transfert technique a permis pour les situations les moins complexes ou pour les patients en bonne santé d'être traités en ambulatoire, les autres patients restant pris en charge en stationnaire. Ces deux catégories de patients ont profité de cette évolution de technique. Les premiers ont pu être traités en ambulatoire au lieu du stationnaire et les seconds ont simplement pu accéder à des types d'interventions pour lesquelles leur état de santé général ou leur âge leur faisait prendre trop de risques avec les techniques utilisées précédemment. Ainsi le nombre d'interventions augment tant en ambulatoire qu'en stationnaire. Cela rend ces procédures délicates à placer le long de la courbe de transfert sur la base des chiffres.

Proportion d'interventions ambulatoires et croissance annuelle moyenne (valeur encadrée), 2007 à 2013, phase initiale du transfert

Fig. 5.2

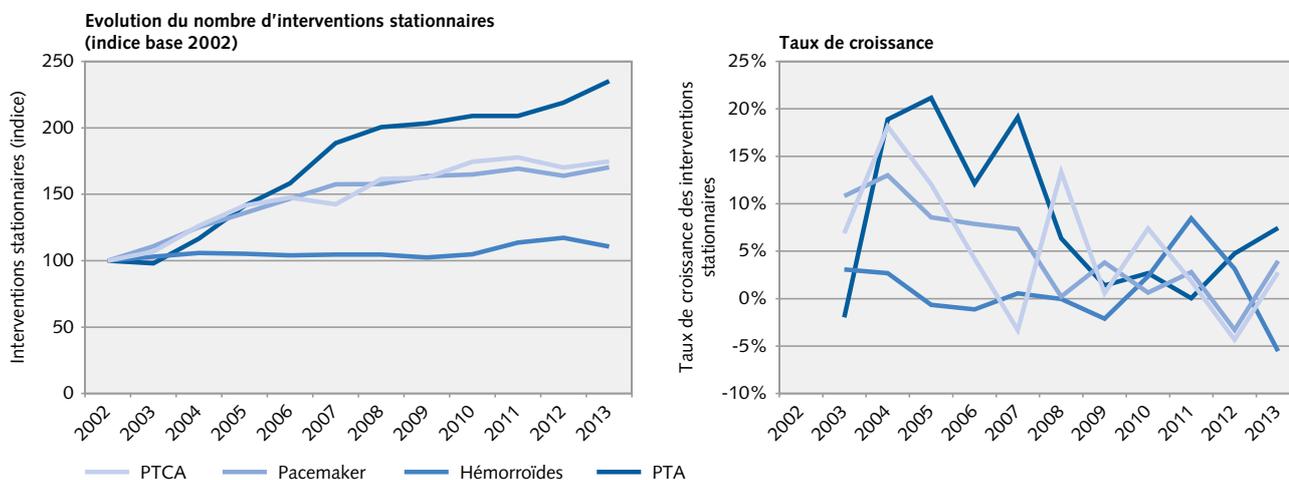


Sources: SASIS SA – Pool tarifaire; OFS – Statistique médicale / exploitation Obsan

© Obsan 2015

Nombre d'interventions stationnaires, taux de croissance et évolution, 2002 à 2013

Fig. 5.3



Sources: OFS – Statistique médicale / exploitation Obsan

© Obsan 2015

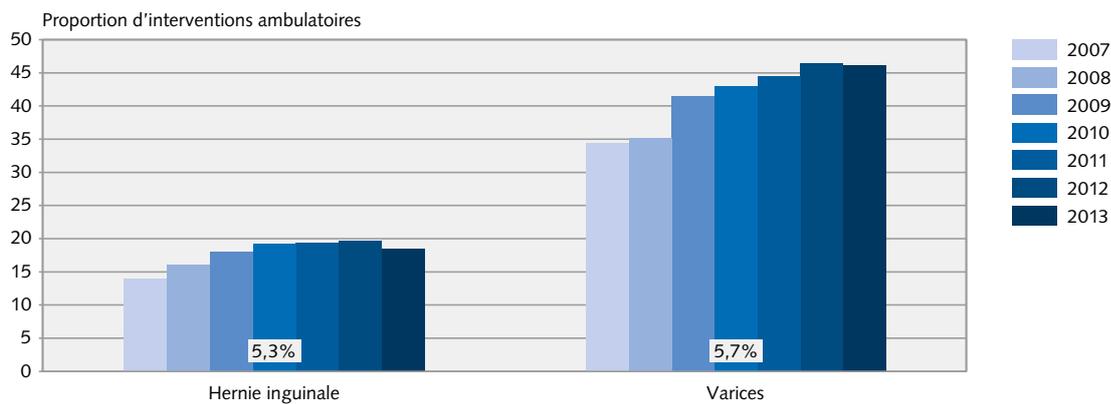
Néanmoins, pour la PTCA, plusieurs indications suggèrent une phase initiale du processus de transfert. Le taux de croissance annuel du nombre d'interventions stationnaires, entre 2002 et 2013, tend à faiblir (Fig. 5.3). La proportion d'interventions ambulatoires est encore relativement basse. Elle est passée de 6% en 2007 à 23% en 2012. Seule la forte progression (47% en moyenne annuelle) de cette proportion ne coïncide pas tout à fait avec une procédure en phase initiale.

Pour la PTA, la proportion d'interventions ambulatoires est déjà relativement élevée, 35% en 2013. Par contre, la croissance de cette proportion est plutôt faible, 2% par année. Cela provient principalement de la forte augmentation du nombre d'interventions stationnaires. Cependant, cette augmentation a tendance à ralentir au fil des années (Fig. 5.3). Le transfert est certainement plus avancé que pour la PTCA, ce qui suggère une fin de phase initiale de transfert.

Pour le pacemaker, la proportion d'interventions ambulatoires est à un niveau relativement bas. Pendant la période observée, elle passe de 8% à 17% (Fig. 5.2). Par contre, son taux de croissance est élevé, 17% en moyenne annuelle. L'augmentation du nombre d'interventions stationnaires est de moins en moins soutenue. L'ensemble de ces éléments suggèrent une procédure encore en phase initiale du transfert.

Proportion d'interventions ambulatoires et croissance annuelle moyenne (valeur encadrée), 2007 à 2013, phase intermédiaire du transfert

Fig. 5.4

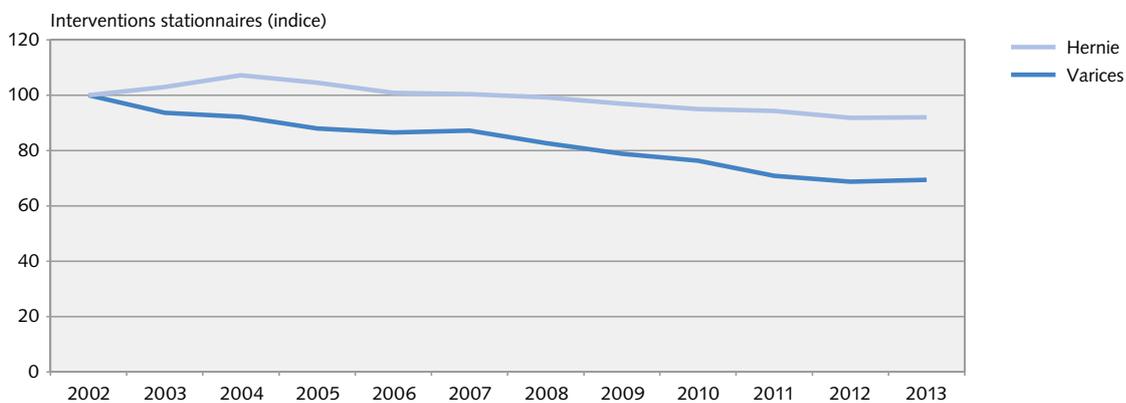


Sources: SASIS SA – Pool tarifaire; OFS – Statistique médicale / exploitation Obsan

© Obsan 2015

Evolution du nombre d'interventions stationnaires (indice base 2002), 2002 à 2013

Fig. 5.5



Sources: OFS – Statistique médicale / exploitation Obsan

© Obsan 2015

5.2 Procédures en phase intermédiaire du transfert d'interventions

La hernie inguinale et les varices ont dépassé la phase initiale de transfert. Ces deux procédures se situent plutôt dans une phase intermédiaire pendant laquelle le transfert s'accélère.

La proportion d'interventions réalisées en ambulatoire augmente rapidement pour ces deux procédures, respectivement de 5,3% et de 5,7% pour la hernie inguinale et les varices (Fig. 5.4). Sans prendre en compte les deux procédures chirurgicales qui concernent le cœur (pacemaker et PTCA), ces augmentations sont les plus prononcées des onze procédures examinées. Le nombre d'interventions stationnaires diminue pour ces deux procédures entre 2002 et 2013 (-18% pour la hernie inguinale et -31% pour les varices) (Fig. 5.5).

Le niveau de la proportion d'interventions ambulatoires oscille autour de 20% pour la hernie inguinale. Pour les varices il se situe à 46% en 2013.

5.3 Procédures à la fin du processus de transfert d'interventions

Trois procédures chirurgicales se situent en phase finale du transfert: la conisation du col de l'utérus, le tunnel carpien et la cataracte.

La conisation du col de l'utérus est une procédure entrant en phase finale de transfert. La majorité des interventions sont effectuées en ambulatoire (Fig. 5.6). Entre 2007 et 2013, la proportion d'interventions ambulatoires est passée de 56% à 66%, soit une progression annuelle moyenne de 3%. Entre 2002 et 2013, le nombre

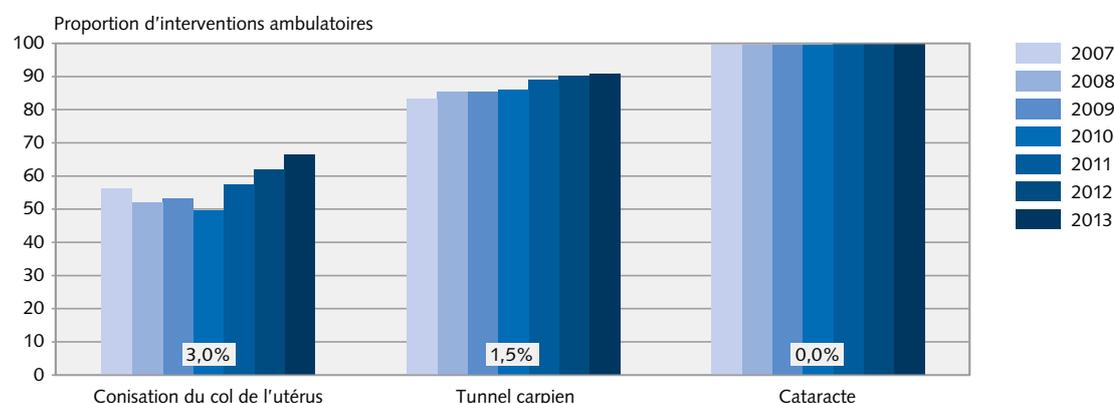
d'interventions stationnaires varie sans direction claire, une diminution précédant une hausse. Il semble toutefois que depuis 2010 la tendance s'inscrive plus nettement à la baisse. L'évolution du stationnaire laisse penser que le transfert n'est pas encore totalement réalisé.

Le tunnel carpien n'a pas encore fini son transfert, mais il est dans sa phase finale. La proportion d'interventions ambulatoires élevée se situe aux alentours de 85% (Fig. 5.6). Entre 2007 et 2013, cette proportion croît à un rythme moyen modéré de 1,5% par an. Entre 2002 et 2013, le nombre d'interventions stationnaires diminue continuellement (Fig. 5.7). On peut supposer que le socle minimal d'interventions effectuées en stationnaire pour des raisons médicales par exemple n'est pas encore atteint, ce qui nous fait dire que le transfert n'est pas encore complètement terminé.

La cataracte est l'illustration parfaite d'une procédure ayant achevé son transfert du stationnaire vers l'ambulatoire. Les interventions de la cataracte sont presque exclusivement effectuées en ambulatoire. La proportion d'interventions en ambulatoire est proche de 100% et elle est stable sur l'ensemble de la période (Fig. 5.6). En regardant l'évolution du stationnaire sur une longue période, on voit que le nombre d'interventions stationnaires a fortement diminué jusqu'en 2007 (Fig. 5.7), puis il s'est stabilisé et n'a que peu évolué. Depuis là, les interventions stationnaires de la cataracte ont atteint un niveau que l'on peut qualifier d'incompressible.

Proportion d'interventions ambulatoires et croissance annuelle moyenne (valeur encadrée), 2007 à 2013, phase finale du transfert

Fig. 5.6

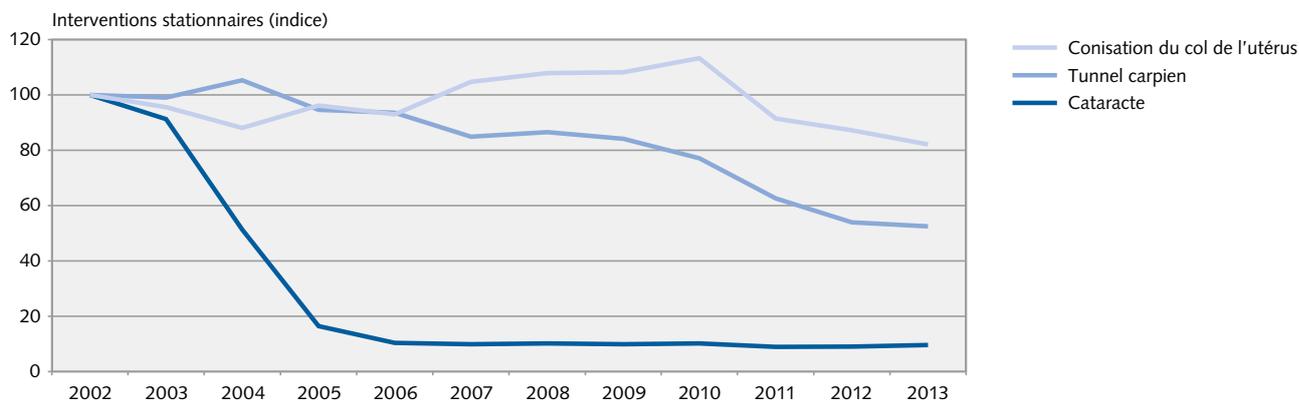


Sources: SASIS SA – Pool tarifaire; OFS – Statistique médicale / exploitation Obsan

© Obsan 2015

Evolution du nombre d'interventions stationnaires (indice base 2002), 2002 à 2013

Fig. 5.7



Sources: OFS – Statistique médicale / exploitation Obsan

© Obsan 2015

5.4 Cas particuliers

Comme énoncé, l'amygdalectomie est un cas particulier dont la pratique médicale est en recul. Ainsi, le nombre d'interventions stationnaires et ambulatoires diminue. La diminution est plus marquée en ambulatoire (-6,0% en moyenne annuelle) par rapport au stationnaire (-2,4% en moyenne annuelle). Dans ce cas, la question du transfert de prestations n'est pas pertinente.

Pour la ménissectomie, la stabilité de la proportion d'interventions ambulatoires suggère une procédure en fin de processus de transfert (diminution de 1,6% en moyenne par année). Mais d'un autre côté, entre 2002 et 2013, le nombre d'interventions stationnaires augmente constamment (7,3% en moyenne annuelle). Nous nous attendions plutôt à voir le nombre d'interventions stationnaires diminuer. D'après les experts consultés, une ménissectomie – pour rappel nous analysons les ménissectomies sous arthroscopie – devrait être effectuée principalement en ambulatoire, pour le moins lorsqu'elle est pratiquée sans autres interventions.

Nous pouvons avancer plusieurs raisons à ces évolutions. Premièrement, la qualité des données (le codage dans la statistique médicale d'une ménissectomie sous arthroscopie) est peu fiable, avant 2007. Entre 2002 et 2007, le nombre de ménissectomies est certainement sous-estimé. D'ailleurs, l'augmentation depuis 2007 est plus modérée, 2,1% en moyenne annuelle. Une seconde raison est que des cas plus complexes sont traités en stationnaire, alors qu'auparavant on ne les traitait pas ou alors avec des techniques plus invasives. L'augmentation

de l'indice de Charlson¹⁴ entre 2007 et 2013 tend à confirmer cette hypothèse. De même, pour la diminution de la proportion de cas dont le diagnostic principal est la ménissectomie. La présence de la ménissectomie sur la liste *Choosing Wisely* qui comprend une série de procédures ou d'exams à éviter, peut être une explication à la légère diminution du nombre d'interventions ambulatoires. En effet, cette liste recommande le recours à des traitements non invasifs (exercices physiques, physiothérapie, anti-inflammatoires, etc.) à la place d'une ménissectomie sous arthroscopie (Zaugg et Marchese 2015)

¹⁴ L'indice de Charlson est un indice de comorbidité qui peut être utilisé pour évaluer la gravité des cas.

6 Synthèse et discussion

Amorcé en Suisse dans les années 1990–2000, le virage ambulatoire connaît depuis un développement constant. Cette réorganisation de la prise en charge des patients, qui consiste à favoriser un traitement ambulatoire, s'est largement répandue. Il concerne de nombreux domaines, dont la chirurgie. De nombreuses interventions chirurgicales ne nécessitent plus une hospitalisation.

Ce développement est largement salué et considéré comme positif. L'ambulatoire est réputé moins cher que le stationnaire, tout en apportant un supplément de qualité et/ou de confort pour le patient. Pour que le potentiel d'économie qu'il représente pour les coûts de la santé se concrétise pleinement, il faut un véritable transfert du stationnaire vers l'ambulatoire.

Le but de ce rapport est d'étudier dans quelle mesure c'est le cas. Autrement dit d'analyser dans quelle mesure les interventions ambulatoires remplacent celles effectuées en stationnaire. Pour ce faire, nous analysons l'évolution du nombre d'interventions stationnaires et ambulatoires pour onze procédures chirurgicales entre 2007 et 2013. La comparaison de ces recours permet de conclure sur le degré de remplacement du stationnaire par l'ambulatoire et de situer les onze procédures sur la courbe de transfert.

Plusieurs résultats ressortent de cette étude:

Un nombre total d'interventions en augmentation

Le nombre total d'interventions (ambulatoires et stationnaires) augmente pour la majorité des procédures examinées, entre 2007 et 2013 (procédures avec un astérisque, Tab. 6.1). Alors que si l'on imagine que l'ambulatoire remplace le stationnaire, on s'attendrait plutôt à ce que le nombre total d'interventions reste stable (correction faite de la croissance démographique). L'augmentation annuelle moyenne du nombre d'interventions s'étend de 0,4% pour la conisation du col de l'utérus à 12,9% pour la cataracte.

Le virage ambulatoire a bien lieu

Le virage ambulatoire est en cours. Pour la grande majorité des procédures, il y a de plus en plus d'interventions ambulatoires par rapport à celles effectuées en stationnaire. Même si la prise en charge stationnaire reste plus fréquente pour huit des onze procédures examinées, la proportion d'interventions en ambulatoire augmente pour l'ensemble des procédures à l'exception de la ménissectomie et de l'amygdalectomie.

Le virage ambulatoire vu comme une expansion de l'offre de soins

Si le virage ambulatoire est en cours, il est rarement synonyme d'un remplacement du stationnaire par l'ambulatoire, mais plutôt d'une expansion de l'offre de soins.

En effet, le virage ambulatoire n'engendre pas de diminution systématique du nombre d'interventions stationnaires (Tab. 6.1). Si on observe parfois une forme de transfert vers l'ambulatoire, on observe surtout une expansion de l'ambulatoire.

Dans la plupart des cas, la diminution du stationnaire ne compense pas l'augmentation de l'ambulatoire. L'augmentation de l'ambulatoire est compensée par une baisse du stationnaire, pour deux procédures seulement: les varices et la hernie inguinale.

Tab. 6.1 Evolution du nombre d'interventions entre 2007 et 2013

Ambulatoire	Stationnaire	
	Augmentation	Diminution
Augmentation	Pacemaker* PTA* PTCA* Hémorroïdes*	Hernie inguinale Varices Cataracte* Tunnel carpien* Conisation du col de l'utérus*
Diminution	Ménissectomie*	Amygdalectomie

Note: *augmentation du nombre total d'interventions

Sources: OFS – Statistique médicale, SASIS SA – Pool tarifaire/exploitation Obsan

© Obsan 2015

Des situations différentes sur la courbe de transfert

Notre analyse, faute de données plus anciennes pour l'ambulatoire, s'est concentrée sur la période allant de 2007 à 2013. Le transfert de prestations est un processus qui prend du temps. Il est donc important de le considérer comme un processus dynamique dans un cadre temporel plus large. La courbe de transfert permet de le considérer ainsi.

Les procédures examinées se trouvent à des phases différentes de la courbe de transfert. Certaines ont commencé à être réalisées en ambulatoire il y a de nombreuses années et le potentiel de déplacement de l'activité est aujourd'hui épuisé, ou sur le point de l'être. Les opérations de la cataracte, du tunnel carpien ou de la conisation du col de l'utérus, qui sont presque exclusivement réalisées en ambulatoire, en sont trois exemples.

D'autres amorcent leur virage ambulatoire. Cela concerne les hémorroïdes, la PTA et les interventions cardio-vasculaires, qui peuvent depuis quelques années seulement être réalisées en ambulatoire. La pose ambulatoire d'un stent ou d'un pacemaker reste le fait d'une minorité. Les nouvelles techniques, qui président au virage ambulatoire, ouvrent la porte à davantage d'interventions.

Enfin, d'autres se situent à mi-parcours, dans la phase intermédiaire du processus de transfert. Il s'agit des varices et de la hernie inguinale. Pour ces deux procédures, l'ambulatoire est en train de remplacer le stationnaire.

Tab. 6.2 Phase du transfert d'interventions

Procédures chirurgicales	Phase du transfert d'interventions			
	Phase initiale	Phase intermédiaire, remplacement du stationnaire par l'ambulatoire	Phase finale	Cas particuliers
PCTA	X			
Pacemaker	X			
Hémorroïdes	X			
PTA	X			
Hernie inguinale		X		
Varices		X		
Conisation du col de l'utérus			X	
Tunnel carpien			X	
Cataracte			X	
Ménisectomie				X
Amygdalectomie				X

Sources: OFS – Statistique médicale, SASIS SA – Pool tarifaire/exploitation Obsan

© Obsan 2015

Discussion

Nous avons observé une augmentation du nombre d'interventions ambulatoires pendant la période 2007 à 2013. Le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire n'est que rarement le vecteur principal de cette progression. Deux exemples illustrent bien ces propos. Pour la cataracte, le transfert de prestations est terminé depuis plusieurs années. Et pourtant le nombre d'interventions ambulatoires augmente encore fortement entre 2007 et 2013. Dans le cas du pacemaker, le transfert de prestations n'est qu'au début. Et là aussi, le recours en ambulatoire est en forte progression, comme celui en stationnaire d'ailleurs.

D'autres facteurs influencent cette évolution. L'importance de ces différents facteurs dans l'évolution du nombre d'interventions ambulatoires reste difficile à estimer. Il est néanmoins possible de discuter d'un certain nombre des facteurs pouvant guider cette évolution.

Le progrès des techniques chirurgicales et anesthésiques et l'évolution des pratiques médicales (par exemple l'élargissement des indications) sont des facteurs qui jouent un rôle essentiel dans le développement de l'ambulatoire. L'évolution du nombre d'interventions ambulatoires de la cataracte est un bon exemple. Le nombre d'interventions pour 10'000 assurés est passé de 74 à 131 entre 2007 et 2013 sans diminution significative en stationnaire. Le progrès médical a permis d'adapter la procédure en ambulatoire et de diminuer les risques pour le patient, amenant ainsi à en traiter davantage. Autre exemple parlant, le passage des techniques chirurgicales dites «ouvertes» à des techniques moins invasives pour la PTCA. Ce progrès a engendré une augmentation des interventions tant en stationnaire qu'en ambulatoire. Les cas les plus compliqués et/ou les patients âgés ont pu profiter de cette avancée pour accéder à une intervention qui jusque-là leur était inaccessible au vu de leur état de santé. Les patients plus jeunes et/ou en meilleure forme ont profité de ce progrès pour se faire traiter en ambulatoire au lieu du stationnaire.

Les infrastructures des hôpitaux et leur organisation structurelle peuvent aussi favoriser ou ralentir le développement de l'ambulatoire. L'ambulatoire exige, entre autres, des structures adaptées et un personnel multidisciplinaire formé et organisé en conséquence (Charbonnet 2010).

De manière plus générale, **l'organisation des soins** joue un rôle particulier. Des infrastructures adaptées pour la prise en charge post-opératoire favorisent le recours à l'ambulatoire (Kroeneman et al. 2001). La création d'infrastructures spécifiques et indépendantes pour la prise en charge ambulatoire prouve l'importance de ces considérations organisationnelles. Un exemple est la construction d'infrastructures pour la prise en charge ambulatoire à proximité du CHUV à Lausanne. Il serait intéressant d'étudier le lien entre le virage ambulatoire précoce de certains cantons romands et le développement de structure comme les soins à domicile.

L'engorgement chronique de certains hôpitaux publics est un élément qui influe clairement sur la préférence donnée à des interventions ambulatoires quand elles sont possibles.

Le système de rémunération, à l'acte pour l'ambulatoire et au forfait pour le stationnaire, peut conduire à privilégier l'un par rapport à l'autre.

A noter que plus le virage ambulatoire est avancé pour une prestation, plus on peut penser que les cas pris en charge en stationnaire pour cette prestation sont des cas complexes (patients âgés, polymorbides, etc.) impliquant ainsi des coûts de plus en plus élevés pour l'hôpital pour cette prestation et faisant ainsi petit à petit augmenter le nombre de points associés à cette prestations dans le forfait SwissDRG (au niveau national) par le mécanisme de correction de la nomenclature SwissDRG en fonction des coûts imputables par cas communiqués par chaque hôpital. Ce mécanisme – à confirmer sur une base empirique – impliquerait en théorie une augmentation progressive de la différence entre la rémunération pour le même acte en ambulatoire et en stationnaire par une augmentation du nombre de points du forfait DRG de la prestation correspondante.

Dans une vision plus régionale de la situation de l'ambulatoire, la diffusion du savoir est aussi un facteur important. Elle peut expliquer certaines différences entre les cantons et les hôpitaux dans le processus de transfert de prestations vers l'ambulatoire qui ne s'est pas initié partout au même moment ou ne s'est pas déroulé au même rythme. A ce propos, un dossier de l'Obsan montre que les taux de recours à certaines procédures varient fortement selon les cantons (Pellegrini S., Kohler D., et al. 2014).

Enfin, la question des économies engendrées par le virage ambulatoire reste ouverte.

Le développement de l'ambulatoire est en général considéré comme une évolution positive. La prise en charge ambulatoire est réputée moins chère que le stationnaire tout en apportant un supplément de qualité aux patients. A ce titre, elle est perçue comme un moyen de contenir l'augmentation des coûts de la santé.

Pour que ce potentiel d'économie se concrétise complètement, les interventions nouvellement réalisées en ambulatoire ne doivent plus l'être en stationnaire. L'ambulatoire doit être un vrai substitut au stationnaire et conduire à des réductions des infrastructures stationnaires ou pour le moins contribuer significativement à la baisse de leur croissance ou à leur stabilisation.

Nos résultats montrent que l'ambulatoire, du moins pour les procédures chirurgicales étudiées, se développe fortement. Peut-on en conclure que le virage ambulatoire amène une économie? Oui, pour les procédures où il y a un remplacement du stationnaire par l'ambulatoire. Ces cas sont toutefois l'exception parmi les onze procédures examinées. Si on observe souvent une forme de transfert, on observe surtout une extension des possibilités et des cas traités en ambulatoire. Ce que l'on ne peut cependant pas évaluer sont les coûts des traitements évités en aval, grâce à une intervention plus précoce.

En conclusion, ce rapport amène des éléments d'information sur le virage ambulatoire qui n'étaient pas disponibles jusqu'ici. Il contribue ainsi à une meilleure compréhension des évolutions en cours et des enjeux. Ainsi, s'il ne peut conclure sur la question des coûts, il alimente la réflexion sur les évolutions en cours.

7 Bibliographie

- Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation 2010. Etats des lieux 2010 sur l'activité de chirurgie ambulatoire. Lyon, ATIH, 2010.
- Autume C., Bert T., et al. (2014). Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France. Paris, Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et Inspection générale des Finances (IGF).
- Bertolini G., Luciani D., et al. (2004). «Day surgery: where do our efforts need to be focused?: Results of a review and simulation on administrative data.» *Ambulatory Surgery* 10(4): 211–216.
- Buchard S. (2005). Centre de chirurgie ambulatoire – implantation et développement au sein du réseau santé Valais en 2005. Lausanne IEMS.
- Camenzind P., et Sturny I. (2013). Kosten und Inanspruchnahme in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) der Schweiz. Analyse kantonaler Unterschiede und mögliche Erklärungsfaktoren (Obsan Bericht 59). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Charbonnet P. (2010). «Chirurgie ambulatoire: une voie incontournable.» *Revue Médicale Suisse*; 6: 1302–5.
- De Lathouwer C. et Poullier J. P. (2000). «How much ambulatory surgery in the World in 1996–1997 and trends?» *Ambulatory Surgery* 8: 191–210.
- Frey R (2004). *Ambulatory Surgery Centers*. Gale Encyclopedia of Surgery: A Guide for Patients and Caregivers. 2004.
- Gilliard N., Egli Y., et al. (2006). «A methodology to estimate the potential to move inpatient to one day surgery.» *BMC Medical Research Methodology* 6: art. 78.
- Haute Autorité de santé (2012). Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Saint-Denis la Plaine, HAS; 2012.
- Haworth E. A. et Balarajan R. (1987). «Day surgery: does it add to or replace inpatient surgery?» *British medical journal*; 294(6564): 133–135.
- International Association for Ambulatory Surgery (2006). *Day Surgery: Development and Practice*. London, IAAS, 2006.
- Kägi W., Siegrist S. et al. (2004). Einfluss des KVG auf die Verschiebungen zwischen stationärer und ambulanter Medizin, Berichtsnummer 2/04. Berne, Office fédéral des assurances sociales.
- Kroneman M. W., Westert G. P., et al. (2001). «International variations in availability and diffusion of alternatives to inpatient care in Europe: the case of day surgery.» *Ambulatory Surgery* 9(3): 147–154.
- Kroneman M., van Oort M., et al. (2003). «Variation in day surgery among Dutch hospitals: The development of a theoretical model to explain variations.» *Ambulatory Surgery* 10(2): 73–79.
- Les Hôpitaux de Suisse (H+) et Inselspital (2009). Qu'est-ce que la médecine ambulatoire à l'hôpital? Visite de l'Inselspital par les membres de la Commission de la santé du Conseil national, 25 juin 2009, Berne.
- Les Hôpitaux de Suisse (H+) (2010). Soins ambulatoires à l'hôpital: Deuxième enquête de H+ en août 2010. Conférence de presse du 7 septembre 2010, Berne.
- Lobsiger M., Tondelli T. (2014). Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen dem akutstationären und dem spital- und praxisambulanten Sektor. Etude effectuée sur mandat de la FMH et de H+, BSS et Université de Bâle.
- Michael Stamm (2013). Finanzielle Fehlanreize verhindern Kostensenkungen und Qualitätsverbesserungen. *Bulletin des médecins suisses*, Editions médicales suisses; 94:27/28.

- OECD (2006). Examens de l'OCDE des systèmes de santé: Suisse 2006. OECD Publishing.
- Pellegrini S., Kohler D., et al. (2014). Variations géographiques dans les soins de santé. La situation en Suisse (Obsan dossier 42). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Roberts L. (1986). Origins of Day Surgery. Australian Surgeon, July 1986.
- Sales J. P. (2001). «Place de la chirurgie ambulatoire en France. Comparaisons internationales.» Annales de chirurgie; 126: 680–5.
- Schweizer Radio und Fernsehen (2014), Kassensturz. Ambulant oder stationär: So kassieren Spitäler. Emission du 26.08.2014.
- Sourty Le Guellec M.-J. (2002). La chirurgie ambulatoire: potentiel de développement pour 17 gestes marqueurs. CREDES, questions d'économie de la santé, numéro 50, avril 2002.
- Trendwatch 2006. The Migration of Care to Non-hospital Settings: Have Regulatory Structures kept Pace with Changes in Care Delivery? Washington DC, American Hospital Association.
- Valente T. W. et Rogers E. M. (1995). «The origins and development of the diffusion of innovations paradigm as an example of scientific growth.» Science communication 16(3): 242–273.
- Vilpert, S. (2013). Consultations dans un service d'urgence en Suisse (Obsan Bulletin 3/2013). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Wasowicz D. K., Schmitz R. F., et al. (2000). «Growth potential of ambulatory surgery in The Netherlands.» Ambulatory Surgery 8(1): 7–11.
- Zaugg J., Marchese M. (2015). Traiter moins pour mieux soigner. InVivo magazine; numéro 6, juillet 2015.

8 Annexes

Annexe 1 Positions TarMed et code CHOP des onze procédures chirurgicales sélectionnées

Intervention	TarMed	CHOP 2011	CHOP avant 2011
Hernie inguinale	20.0180, 20.0220, 20.0260, 20.0290, 20.0310, 20.0330, 20.0350	53.0-, 53.0x, 53.03, 53.04, 53.00, 53.01, 53.02	53.0.-
Varices	18.1550, 18.1560, 18.1590, 18.1620, 18.1640, 18.1660, 18.1670, 18.1680, 18.1690	38.59.21, 38.59.22, 38.59.23	38.59
Amygdalectomie	12.0140, 12.0160, 12.0170, 12.0180, 12.0190, 12.0440	28.6, 28.2.-, 28.2, 28.3	idem
Hémorroïdes	20.2240	49.46.-	49.46
Pacemaker	17.1540	37.80 à 37.83, 37.85 à 37.88	idem
Cataracte	8.2760	13.1 à 13.6	idem
Ménisectomie du genou par arthroscopie	24.5710, 24.5720	80.6X.10 ou 80.6X.11	80.26 +80.6
PTCA	17.1110	00.66	idem Avant 2007: 36.01, 36.02, 36.03, 36.04, 36.05, 36.09
Tunnel carpien	05.2410	04.43, 04.43.10, 04.43.99	idem
Conisation du col l'utérus	22.1030	67.32, 67.33	idem
PTA	39.6170	39.50.-	idem

Source: OFS – Classification Suisse des Interventions chirurgicales (CHOP), TARMED Suisse – Tarmed

© Obsan 2015

Annexe 2 Nombre d'assurés, 2002 à 2013

	Nombre d'assurés
2002	7 341 111
2003	7 377 772
2004	7 411 732
2005	7 444 739
2006	7 488 730
2007	7 558 129
2008	7 643 662
2009	7 732 768
2010	7 801 547
2011	7 881 118
2012	7 976 614
2013	8 034 045

Source: Institution commune LAMal – compensation des risques et Secrétariat d'Etat aux migrations (SEM), ZEMIS

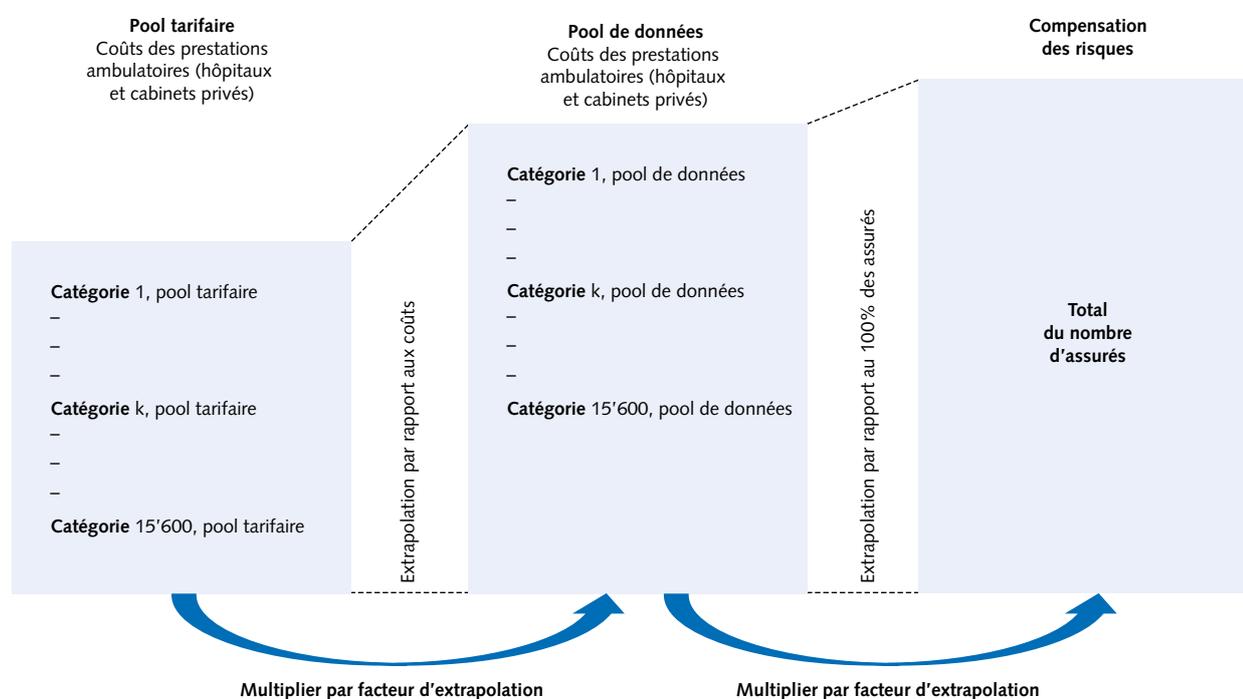
© Obsan 2015

Extrapolation en deux temps:

Cette extrapolation s'effectue en deux étapes:

1. Estimer un premier facteur d'extrapolation, qui correspond au rapport des coûts des prestations ambulatoires (des médecins en cabinets privés et de l'ambulatorie hospitalier) contenues dans le pool de données et le pool tarifaire. Pour gagner en précision, ceci est effectué séparément pour chaque catégorie, définie comme une année donnée, un canton, un prestataire de soins, le genre et la classe d'âge de l'assuré, soit 15'600 catégories.

2. Estimer un second facteur d'extrapolation, correspondant au ratio entre le nombre d'assurés contenu dans le pool de données et les effectifs des assurés de la compensation des risques.

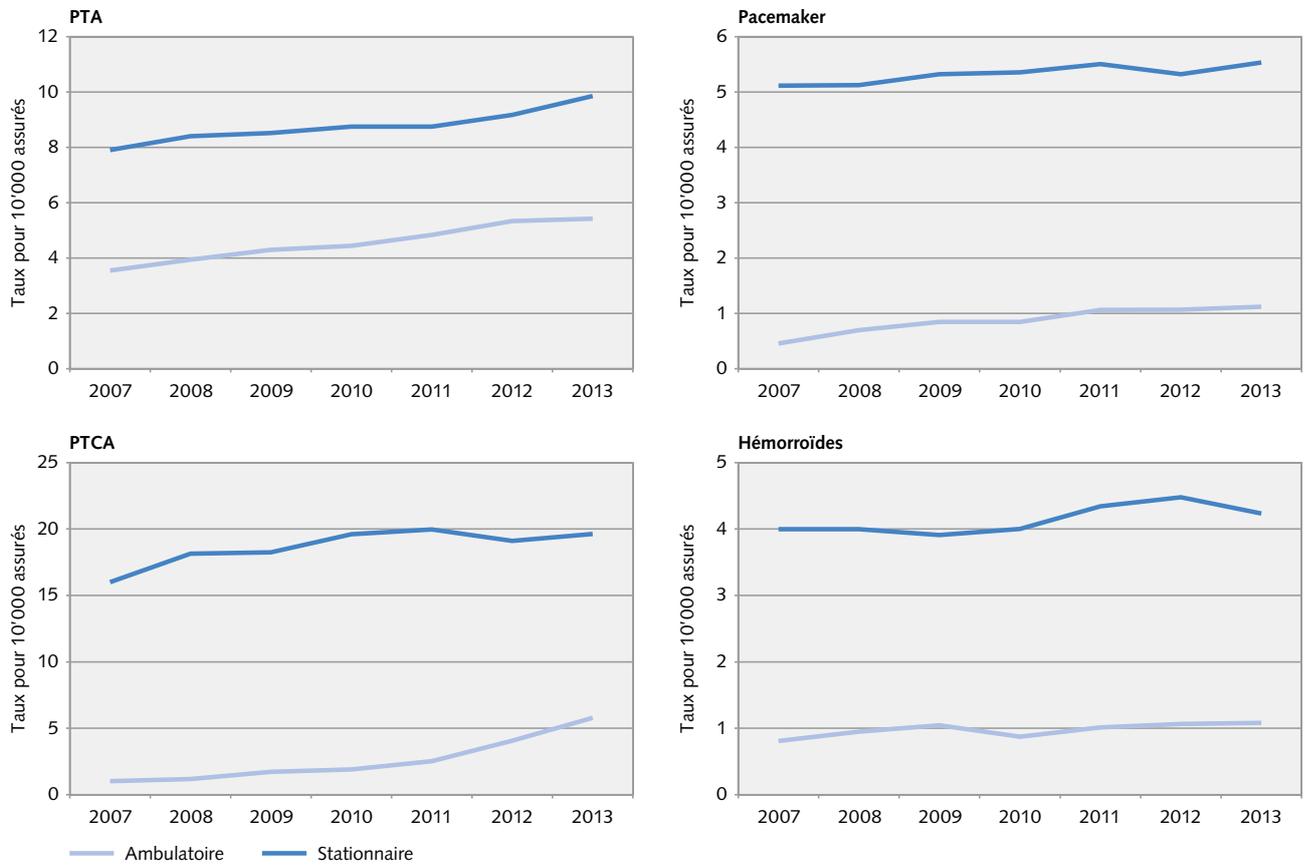
Annexe 3 Schéma d'extrapolation des données

Source: présentation propre

© Obsan 2015

Annexe 4 Evolution du nombre d'interventions stationnaires et ambulatoires pour 10'000 assurés, 2007–2013

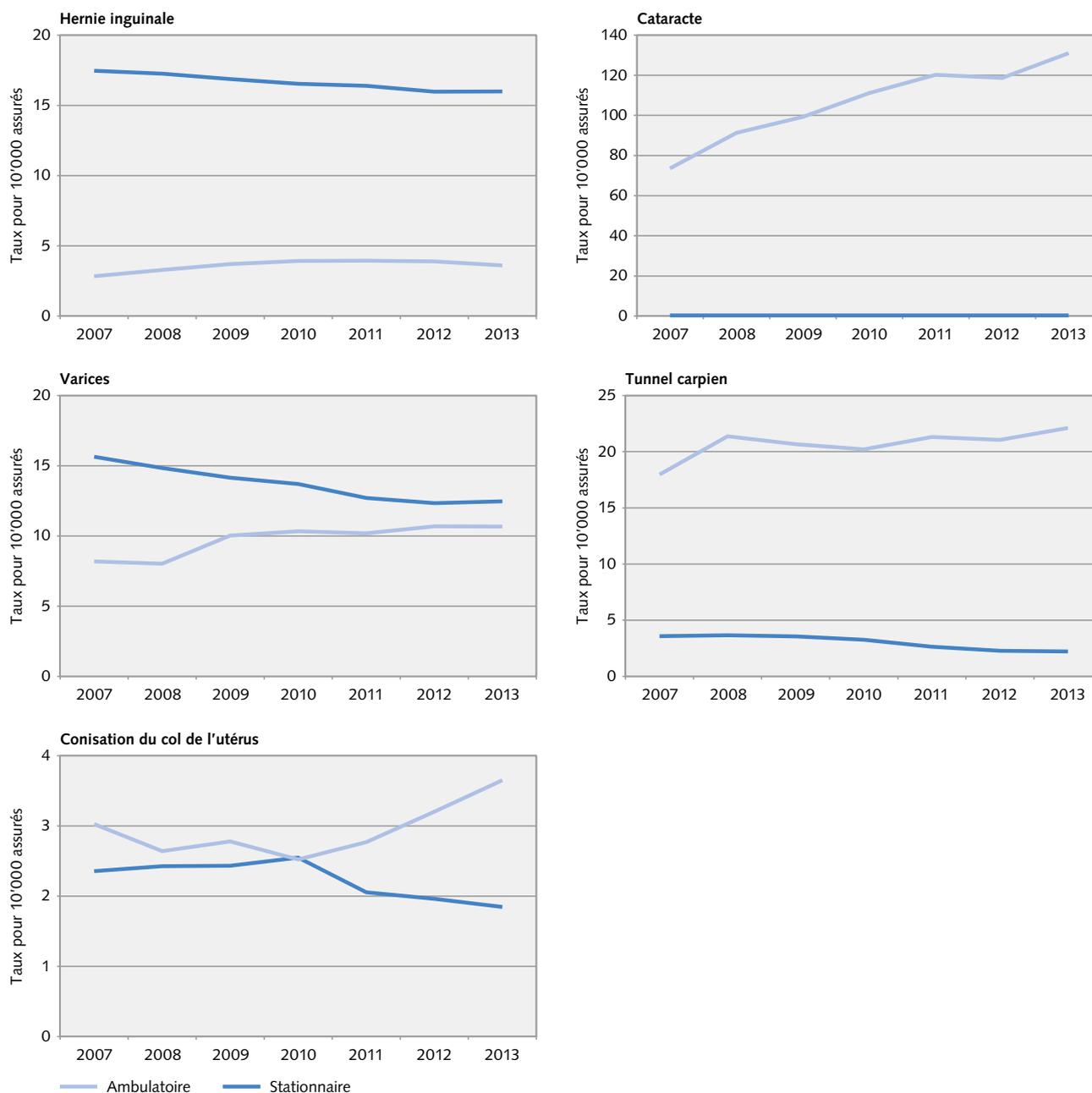
Augmentation de l'ambulatoire et du stationnaire (+/+)



Sources: SASIS SA – Pool tarifaire; OFS – Statistique médicale/exploitation Obsan

© Obsan 2015

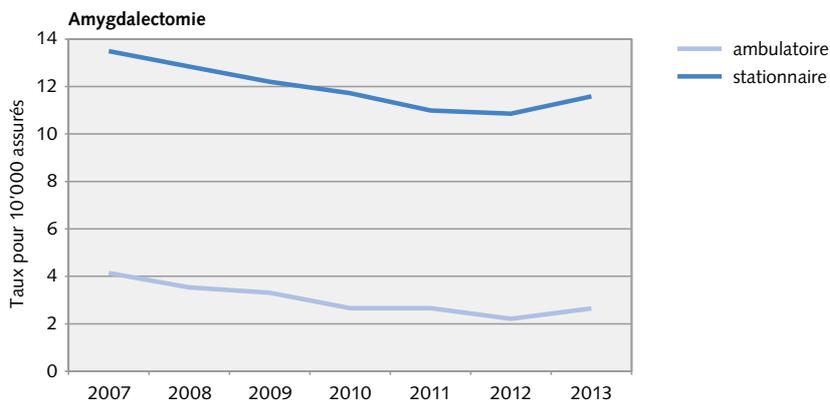
Augmentation de l'ambulatoire et diminution du stationnaire (+/-)



Sources: SASIS SA – Pool tarifaire; OFS – Statistique médicale/exploitation Obsan

© Obsan 2015

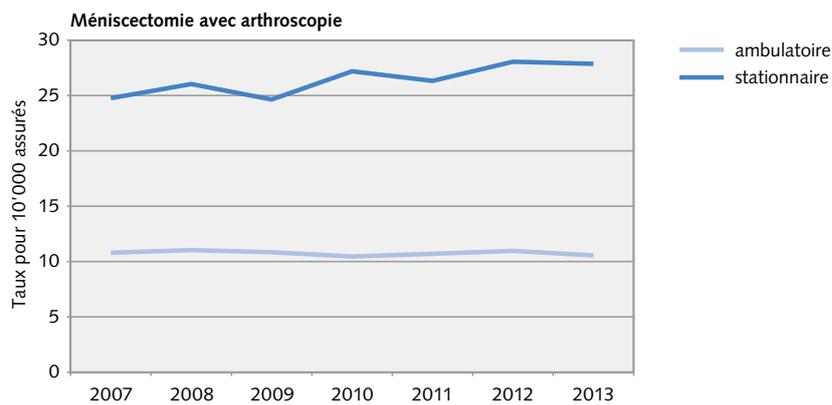
Diminution de l'ambulatoire et du stationnaire (-/-)



Sources: SASIS SA – Pool tarifaire; OFS – Statistique médicale / exploitation Obsan

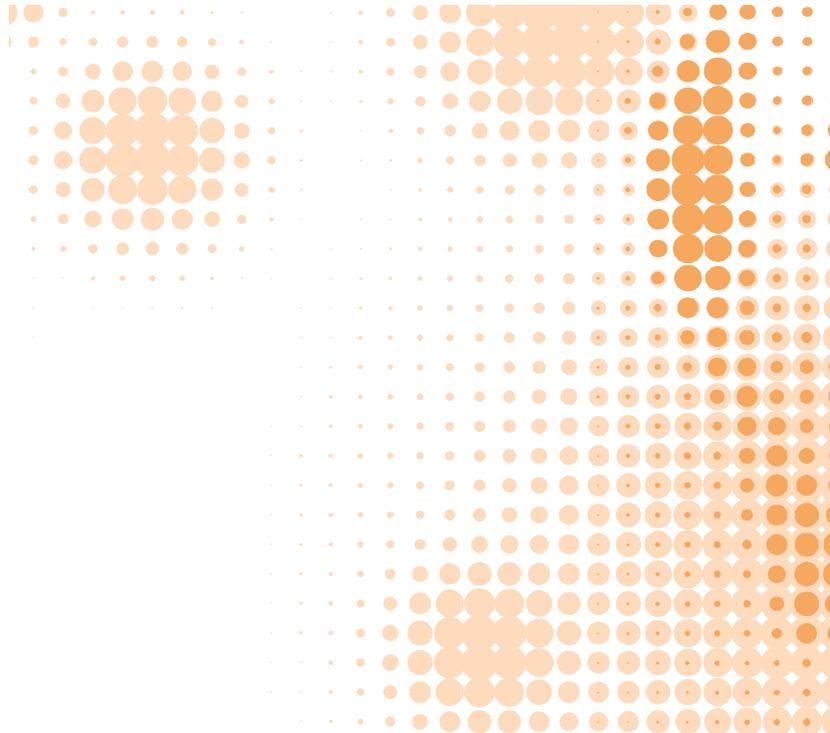
© Obsan 2015

Diminution de l'ambulatoire et augmentation du stationnaire (-/+)



Sources: SASIS SA – Pool tarifaire; OFS – Statistique médicale / exploitation Obsan

© Obsan 2015



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



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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



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