



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Nombres minimaux de cas

Document de référence et position de H+

Document de référence et position de H+, 27.10.2021



Sommaire

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Introduction..... | 3 |
| 2 | Position de H+ (2.0)..... | 4 |
| 3 | Définition et fondements scientifiques des nombres minimaux de cas | 5 |
| 3.1 | QU'EST-CE QUE LES NOMBRES MINIMAUX DE CAS? | 5 |
| 3.2 | LES NOMBRES MINIMAUX DE CAS, UN CRITÈRE DE QUALITÉ?..... | 5 |
| 3.3 | LES NOMBRES MINIMAUX DE CAS, UN CRITÈRE DE FOURNITURE ÉCONOMIQUE DES PRESTATIONS? | 6 |
| 4 | Cadre réglementaire | 7 |
| 4.1 | LA PLANIFICATION HOSPITALIÈRE, UNE TÂCHE DES CANTONS | 7 |
| 4.2 | LA QUALITÉ ET L'ÉCONOMICITÉ SONT LES CRITÈRES PRINCIPAUX SELON LA LAMAL | 7 |
| 4.3 | LE TRIBUNAL FÉDÉRAL SOUTIEN L'APPLICATION DES NMC | 8 |
| 5 | Application des nombres minimaux de cas..... | 8 |
| 5.1 | DÉFINITION DES NOMBRES MINIMAUX DE CAS..... | 9 |
| 5.2 | FIXATION DES NOMBRES MINIMAUX DE CAS..... | 9 |
| 5.3 | VÉRIFICATION DE LA RÉALISATION DES NOMBRES MINIMAUX DE CAS | 10 |
| 5.4 | ÉVALUATION (RAPPORT & MONITORING)..... | 10 |
| 6 | Effets systémiques et mauvaises incitations | 11 |
| 6.1 | EFFETS SUR L'ENSEMBLE DE LA FOURNITURE DES SOINS | 11 |
| 6.2 | EFFETS SUR LES SOINS AUX PATIENTS | 11 |
| 7 | Mise en œuvre des nombres minimaux de cas avec de bonnes incitations et des mesures d'accompagnement | 12 |
| 7.1 | RENDICATIIONS DE H+ | 12 |
| 7.2 | CONCLUSION | 17 |
| 8 | Bibliographie..... | 18 |

Formulation non-discriminatoire

H+ applique une formulation non-discriminatoire, dans la mesure où les impératifs de concision, de lisibilité et d'intelligibilité le permettent. Lorsqu'il est fait recours au masculin en tant que forme standard, les genres féminin et autres sont inclus. Le terme *patients* implique également celui de *patientes*.

1 Introduction

Les hôpitaux et les cliniques sont toujours plus fréquemment confrontés à des exigences en termes de nombres minimaux de cas (NMC) afin d'obtenir des mandats de prestations et des certifications. Des NMC sont imposés pour certaines interventions et procédures diagnostiques. Pour ce qui concerne la planification, cette évolution se fonde sur la révision de la LAMal sur le nouveau financement hospitalier, entrée en vigueur en 2009, qui prescrit expressément au niveau de l'ordonnance les NMC comme critère de contrôle de la qualité et de l'économicité pour la fourniture des prestations. Le Tribunal fédéral (TF) ainsi que le Tribunal administratif fédéral (TAF) soutiennent le recours aux NMC comme instrument de planification ainsi que pour l'évaluation de la qualité et de l'économicité. L'interprétation du TAF confirme en outre que la pratique des cantons inaugurée en 2019 consistant à prendre en compte les NMC non seulement au niveau des hôpitaux et des sites hospitaliers mais aussi pour chaque chirurgien et équipe chirurgicale.

Il n'est pas contesté que les NMC doivent contribuer au premier chef à la garantie, respectivement à l'amélioration, de la qualité des traitements et de la sécurité des patients. Cependant, des nombres de cas plus élevés n'aboutissent pas forcément à de meilleurs résultats. L'expérience globale et la collaboration interdisciplinaire de l'équipe soignante exercent une influence marquante sur la qualité des soins médicaux qui ne peut pas être atteinte simplement via les NMC. Il est donc essentiel que les NMC ne soient pas appliqués comme indicateur unique de la qualité mais qu'ils soient complétés par la mesure de la qualité de l'indication et du résultat.

La fixation des NMC est un acte purement normatif qui, dans l'idéal, doit reposer sur des bases et des valeurs de référence scientifiques mais qui exerce une influence sur une planification des soins en se fondant sur la volonté politique. Compte tenu du fait que les NMC, outre les effets positifs recherchés, ont aussi des conséquences négatives et peuvent entraîner de mauvaises incitations, leur utilisation croissante comme instrument de planification est jugée souvent discutable.

Malheureusement, il n'y a pas en Suisse de mesures d'accompagnement créant un cadre réglementaire permettant de structurer et de rendre transparente l'utilisation des NMC. Une application rigoureuse et sans nuances d'un tel instrument peut mettre en danger la culture de la sécurité ainsi que la qualité de l'indication et des soins. Au final, ce sont les patients qui en supportent les conséquences.

H+ souhaite avec le présent document:

- discuter du cadre normatif et des phases d'application des NMC,
- attirer l'attention sur le risque de mauvaises incitations et sur les effets qui peuvent en découler sur la sécurité des patients et la fourniture des soins,
- encourager les échanges entre les fournisseurs de prestations et les cantons lors de l'application des NMC,
- améliorer l'élaboration, la fixation, la vérification et l'évaluation des NMC, et enfin
- soutenir une utilisation scrupuleuse et raisonnable des NMC.

2 Position de H+ (2.0)

- H+ est consciente de la volonté politique de recourir aux NMC et soutient cette utilisation lorsqu'elle va dans le sens d'une augmentation de la qualité des traitements et de la sécurité des patients.
- H+ exige que les NMC ne soient pas appliqués principalement comme instrument de planification hospitalière et isolément comme critère d'attribution des mandats de prestations. Il convient au contraire d'accorder davantage d'importance à l'aspect de la qualité et de la sécurité des patients. À cet égard, l'objectif devrait être de promouvoir un système de santé fondé sur des valeurs et non piloté au moyen de volumes.
- H+ soutient le recours aux NMC lorsque l'utilité accrue pour le patient peut être attestée scientifiquement ou que des effets positifs sur la qualité des traitements peuvent être démontrés. En outre, l'association considère leur utilisation comme pertinente lorsqu'une prestation médicale, respectivement une filière de soins, est complexe et onéreuse, par exemple dans le domaine de la médecine hautement spécialisée (MHS).
- H+ souligne le caractère de paramètre de substitution des NMC pour la qualité. Il convient dans tous les cas de tenir compte également des résultats des mesures d'outcome.
- H+ demande que l'application des NMC soit orientée sur la réalité de la fourniture des soins. La qualité et l'accès aux urgences et aux soins de base à l'hôpital, ainsi que la formation initiale et continue correspondante, doivent demeurer garantis sur l'ensemble du territoire et ne doivent pas être mis en péril par les NMC.
- H+ exige une procédure transparente ainsi qu'une participation des fournisseurs de prestations au cours des différentes phases d'application des NMC:
- a) La détermination des NMC devrait être transparente et intelligible. Les fournisseurs de prestations devraient être impliqués. Les connaissances scientifiques doivent être placées au premier plan.
 - b) L'examen des NMC doit comporter des éléments flexibles (p. ex. valeurs de tolérance, durées d'observation plus longues, règles transitoires). Afin d'encourager les approches innovantes et les modèles orientés vers l'avenir, des marges de manœuvre stratégiques doivent être ménagées pour les hôpitaux et les cliniques dans le cadre de l'application et la possibilité doit être réservée d'accueillir de nouveaux fournisseurs de prestations sur les listes hospitalières.
 - c) L'impact ainsi que la pertinence et la faisabilité des NMC devraient être évalués. Les résultats doivent être intégrés dans l'évaluation future, si aucune preuve suffisante n'est disponible.
- H+ recommande que les conditions-cadres relatives aux NMC soient agencées de telle sorte que les risques de mauvaises incitations et d'effets systémiques puissent être réduits, respectivement évités, et les incitations qualitatives renforcées:
- a) Les besoins du patient doivent être placés au centre. Une pensée plus intégrative est nécessaire, qui permette aux disciplines et aux professions médicales de développer des concepts communs de traitement par systèmes d'organes ou tableaux cliniques (p. ex. Tumorboard). L'utilité pour le patient et pour sa sécurité doit être garantie dans toute la chaîne de traitement, dans toutes les disciplines ainsi qu'entre celles-ci.
 - b) Sachant que les NMC sont un indicateur de substitution, il est indispensable de les compléter par des données sur la qualité des résultats et de l'indication (par ex. PROMS). En vue de l'établissement de la preuve scientifique, le recours aux NMC doit être assorti de la participation à des registres.

3 Définition et fondements scientifiques des nombres minimaux de cas

3.1 Qu'est-ce que les nombres minimaux de cas?

Les NMC sont des prescriptions quantitatives. Ils indiquent à quelle fréquence minimale une prestation médicale doit être fournie durant une période déterminée par une certaine personne ou unité organisationnelle. Des NMC sont fixés en règle générale pour certaines interventions ou procédures diagnostiques ou encore certains tableaux cliniques qu'un hôpital ou un chirurgien, resp. une équipe thérapeutique, doivent réaliser au minimum chaque année. Ainsi, un hôpital doit poser au moins 50 prothèses du genou par an afin de pouvoir proposer cette intervention¹.

La réalisation de NMC permet à un hôpital d'obtenir une certification dans un domaine de prestations défini et/ou de se voir octroyer un mandat de prestations cantonal ou intercantonal.

3.2 Les nombres minimaux de cas, un critère de qualité?

Les NMC appliqués à des prestations médicales déterminées ou à certains tableaux cliniques diagnostiqués servent à augmenter la qualité des traitements et la sécurité des patients. Diverses études établissent une relation statistique entre des nombres de cas plus élevés dans les hôpitaux et de meilleurs outcomes (Halm, Lee, & Chassin, 2002). Pour des traitements complexes en particulier, la relation entre les nombres de cas et la qualité des résultats a pu être confirmée scientifiquement (Évaluation des effets de la révision de la LAMal sur la qualité des soins stationnaires: étude préliminaire pour la prise en compte de la qualité des structures et des processus, 2013). En Suisse également, une analyse rétrospective a permis de prouver une corrélation cliniquement pertinente et statistiquement significative entre l'expérience accrue de l'équipe chirurgicale et les taux de mortalité. Ce constat vaut pour des interventions telles que l'anévrisme aortique ou les tumeurs du pancréas et de l'œsophage (Güller, et al., 2017).²

En Allemagne, un travail a confirmé, en appliquant des modèles de régression logistique, une relation statistiquement significative entre le nombre de premières implantations d'une endoprothèse totale du genou et les outcomes (risque de «mobilité insuffisante» comme indicateur primaire de qualité, respectivement le risque «infection» comme facteur secondaire). Cependant, aucune valeur seuil n'a pu être clairement établie qui permettrait de distinguer de manière définitive entre une bonne et une mauvaise qualité (Schäder, Grouven, & Bender, 2007).

Il importe que le nombre de cas, respectivement la réalisation d'un NMC comme paramètre de substitution pour la qualité, ne soit pas confondu avec une qualité des résultats effectivement supérieure. Des nombres de cas plus élevés à eux seuls n'aboutissent pas forcément à de meilleurs résultats et les NMC sont uniquement un indicateur indirect de qualité (relation statistique). L'expérience globale et la collaboration interdisciplinaire au sein de l'équipe soignante exercent une influence marquante sur la qualité médicale qui ne peut pas être atteinte simplement via les NMC. Il est donc essentiel que les NMC ne soient pas appliqués comme seul indicateur de la qualité. Ils doivent être complétés par la mesure de la qualité des résultats et accompagnés par d'autres mesures (cf. chapitre 9). C'est ainsi que les modèles de coopération étendus, tels qu'ils sont largement répandus en Suisse, peuvent résoudre ou au moins atténuer le problème des NMC insuffisants.

¹ [Weitergehende leistungsspezifische Anforderungen und Erläuterungen Akutsomatik \(Version 2020.1; gültig ab 1. Januar 2020\) \(zh.ch\)](#)

² Autres, voir: <https://saez.ch/article/doi/saez.2018.06676/>

3.3 Les nombres minimaux de cas, un critère de fourniture économique des prestations?

Les nombres de cas peuvent entrer dans les réflexions sur l'économicité. Il convient cependant d'observer que l'affirmation selon laquelle les NMC permettent une fourniture économique des prestations n'a pratiquement pas été étudiée scientifiquement. Elle se base sur le théorème général de l'«effet d'échelle». La généralisation de la corrélation «des hôpitaux plus grands, respectivement plus de cas = des coûts par cas plus bas» n'est pas prouvée et devrait difficilement jouer. Une fourniture des prestations efficiente n'est pas influencée seulement par le nombre de cas mais dépend aussi fortement de la structure de l'offre et des coûts de l'institution et englobe la totalité des prestations stationnaires et ambulatoires de l'unité organisationnelle considérée.

4 Cadre réglementaire

Le cadre réglementaire est présenté ci-dessous ainsi que les prescriptions légales et les bases de la planification relatives à l'utilisation des NMC. Divers exemples illustrent l'application des NMC.

4.1 La planification hospitalière, une tâche des cantons

La révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) adoptée à fin 2007 visait à freiner l'augmentation des coûts et soumettait à de nouvelles règles la planification hospitalière notamment. En faisait partie l'orientation des planifications cantonales sur des critères nationaux uniformes, une planification commune dans le domaine de la médecine hautement spécialisée (MHS) et l'attribution de mandats de prestations au travers de listes cantonales d'hôpitaux. La LAMal fait de la planification hospitalière une tâche cantonale (art. 39 al. 1 let. d LAMal) et établit un devoir de coordination des cantons en la matière (art. 39 al. 2).

Dans le domaine de la médecine hautement spécialisée, la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS) constitue la base légale pour édicter les listes d'hôpitaux MHS et définit les critères que doit remplir un domaine de prestations pour être considéré comme hautement spécialisé. Les NMC constituent un critère important dans la procédure d'attribution des prestations MHS: ils sont appliqués à des traitements et interventions clairement définis, et non à des groupes de prestations.

Depuis 2019, le canton de Zurich impose des NMC en partie au niveau des chirurgiens également, principalement afin d'exclure les interventions occasionnelles.

4.2 La qualité et l'économicité sont les critères principaux selon la LAMal

La qualité et l'économicité dans la fourniture des prestations sont les critères principaux de la planification hospitalière. L'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), approuvée le 23 juin 2021 par le Conseil fédéral, prévoit que, lors de l'examen du caractère économique et de la qualité, les cantons prennent en considération, notamment dans le domaine hospitalier, l'exploitation des synergies, le nombre minimum de cas et le potentiel de la concentration des prestations pour le renforcement de l'économicité et la qualité des soins (art. 58d al. 4 OAMal).. La lettre de cette disposition légale ne fournit aucune indication sur la détermination exacte de cet instrument que sont les NMC. Les nouvelles dispositions concernant les critères d'admission entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

Dès lors, les cantons peuvent, en tant qu'autorités chargées de la planification, continuer à imposer aux hôpitaux de liste³ des NMC pour l'attribution d'un mandat de prestations. Ils disposent d'une large marge d'appréciation.

Le canton de Zurich est le précurseur de la planification hospitalière fondée sur les prestations: en 2012, il a fixé des NMC au niveau des groupes de prestations de la planification hospitalière (GPPH) et, en 2019, il a relevé les exigences en imposant des NMC par opérateur pour certaines interventions, par exemple en gynécologie, en chirurgie de l'appareil locomoteur et en urologie. Les NMC sont partie intégrante des exigences spécifiques aux prestations dans le concept GPPH et, en tant que tels, sont repris dans les recommandations de la CDS du 25 mai 2018⁴.

³ Les hôpitaux conventionnés ne sont pas touchés par ces exigences car ils ne reçoivent pas un mandat de prestations du canton mais ils peuvent, conformément à la convention, facturer à la charge de certains assureurs. Un avis de droit a conclu en 2018 que des NMC ne leur sont applicables que si des considérations de police de la santé le justifient. Il doit donc s'agir de règles, qui concrétisent par exemple les exigences de l'art. 39 al. 1 let. b LAMal («le personnel qualifié nécessaire»). Il en va de même lorsque les NMC se réfèrent à l'assurance de la qualité (Kieser, 2019)

⁴ [Recommandations révisées de la CDS sur la planification hospitalière](#) (état au 25.05.2021)

Dans le rapport 2023 relatif à la fourniture des soins du canton de Zurich, on retient que, dans le domaine de la cardiologie, aucun consensus n'a pu être dégagé sur la détermination des NMC. La Direction de la santé les a donc fixés selon son bon vouloir en se fondant sur les avis des experts, les recommandations des sociétés de discipline médicale ainsi que les conclusions d'études internationales (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Januar 2021). Cet exemple confirme la pratique hétérogène gouvernant la mise en œuvre des NMC.

4.3 Le Tribunal fédéral soutient l'application des NMC

Le Tribunal fédéral (TF) et le Tribunal administratif fédéral (TAF) ont soutenu l'application des NMC à plusieurs reprises, comme dans ces deux exemples:

Après l'arrêt du TF 2C_796/2011⁵ du 10 juillet 2012 dans la cause «Canton du Tessin, loi cantonale d'introduction de la LAMal», les NMC s'appliquent tant à la qualité qu'à l'économie. Le TF est arrivé à la conclusion que les NMC sont appropriés pour ce qui concerne l'économie car ils permettent d'exploiter les synergies.

Dans l'arrêt C-5603/2017, le TAF a estimé que la fixation de NMC par chirurgien était légitime et que les cantons ne devaient pas obligatoirement justifier scientifiquement les valeurs choisies. La cour a soutenu l'application des NMC par site hospitalier et par chirurgien conformément au concept GPPH en rejetant des recours déposés contre la Direction de la santé du canton de Zurich.

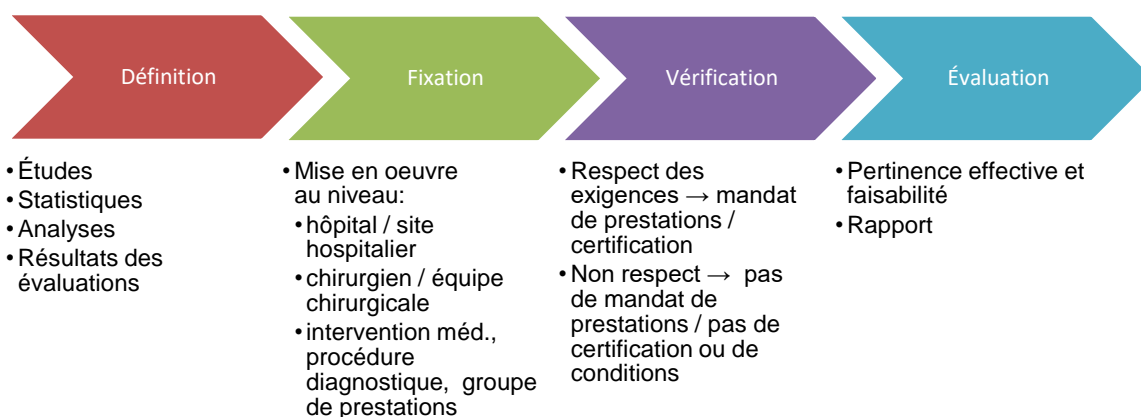
Ces arrêts des tribunaux fédéraux bétonnent l'utilisation des NMC comme critères de planification par les cantons et soutiennent aussi une application indifférenciée, sans base scientifique. Et ce notamment parce que le recours aux NMC n'est pas clairement encadré dans l'OAMal actuelle.

5 Application des nombres minimaux de cas

Les différentes phases dans l'application des NMC sont décrites ci-dessous. La définition et la fixation de NMC pertinents comportent de nombreux défis (cf. chapitre 6). Ainsi, deux revues de littérature menées par la ZHAW sur mandat du canton de Zurich établissent une relation entre les nombres de cas et les résultats. La même relation existe entre les NMC et la qualité des résultats, cependant les valeurs limites ne peuvent souvent pas être dérivées empiriquement et varient fortement (Eichler, Hess, & Brügger, 2010). En outre, une fixation méthodique des valeurs limites est difficile (Pfister, 2017).

Figure 1: Phases d'application des nombres minimaux de cas

⁵ Tribunal fédéral, arrêt du 10 juillet 2012 dans la cause «Ricorso in materia di diritto pubblico contro la modifica della legge di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie del 26 giugno 1997 (LCAMal) decretata il 17 marzo 2011 dal Gran Consiglio della Repubblica e Cantone Ticino» (2C 796/2011)



5.1 Définition des nombres minimaux de cas

En principe, la définition des NMC est une phase purement scientifique qui, outre les nombres de cas, nécessite aussi des analyses de la qualité des résultats qui permettent d'établir la preuve du lien de causalité. Les études scientifiques sont, comme chacun le sait, régies par des critères clairs sur lesquels il n'y a pas lieu de s'étendre ici.

Malheureusement, des preuves indiscutables manquent souvent pour certains domaines de prestations et d'interventions. Les évidences au niveau du chirurgien sont aussi très limitées.

5.2 Fixation des nombres minimaux de cas

Des valeurs limites sont posées lors de la fixation des NMC. La fixation est un acte normatif qui tient compte de préoccupations politiques. Contrairement à la science, il n'y a pas à ce niveau de critères uniformes. Les cantons et les sociétés de discipline médicale se fondent sur des valeurs de référence scientifiques – dans le meilleur des cas et si celles-ci sont disponibles – comme critère de détermination. Mais on observe en pratique des manières de procéder hétérogènes dans la fixation des NMC.

Dans le cadre de cette fixation se pose la question du niveau auquel les nombres de cas sont additionnés et groupés (p. ex. par chirurgien et/ou par site, par groupe de prestations ou par intervention) et dans quelles conditions les cas sont comptés (p. ex. le chirurgien doit-il opérer lui-même ou peut-il être simplement présent?). Les NMC qui sont fixés actuellement se concentrent surtout sur l'exécution des interventions, respectivement des traitements (niveau des procédures) par hôpital ou par site hospitalier ou encore par chirurgien ou par équipe chirurgicale.

L'application des NMC par site hospitalier et par chirurgien, conformément au concept des GPPH, qui a été approuvée par le TAF (cf. chapitre 3.2) ouvre d'autres discussions. La définition du site hospitalier⁶ est déjà problématique en soi car les acteurs du système de santé utilisent différentes définitions du site.

⁶ Pour H+, sont déterminantes pour la définition du site, la forme juridique et la culture d'entreprise, ainsi que la structure d'apprentissage et de sécurité qui résultent de cette culture.

5.3 Vérification de la réalisation des nombres minimaux de cas

Durant la phase de vérification, on contrôle si le fournisseur de prestations a atteint le NMC prescrit. Cette vérification est effectuée en règle générale sur la base des prestations fournies durant la période antérieure. À cet égard, il n'est pas toujours clair si l'on procède sur la base de critères. On peut considérer toutefois que les NMC sont un critère strict. Si le nombre n'est pas obtenu, l'hôpital n'obtient pas de mandat de prestations ou perd celui qui lui avait été attribué, comme c'est le cas par exemple pour la MHS. Des règles transitoires peuvent être appliquées pour les nouveaux fournisseurs. Dans la mesure où il s'agit d'une exigence quantitative, les NMC peuvent être vérifiés assez aisément.

Si un hôpital, respectivement une clinique, disposant d'un mandat illimité n'atteint pas les NMC prescrits sur la moyenne de deux ans, il se voit attribuer un mandat limité pour l'année suivante. S'il ne réalise toujours pas les NMC, ce mandat n'est plus renouvelé. Des exceptions ne sont pas prévues.

On exige également d'un fournisseur de prestations admis provisoirement avec un mandat limité dans le temps qu'il réalise les nombres de cas prescrits dans un délai de trois ans au plus.

5.4 Évaluation (rapport & monitoring)

La pertinence et la faisabilité des NMC sont mises en cause dans de nombreux milieux. Pour cette raison, il est opportun de les évaluer. Dans le cadre de la MHS, les attributions sont évaluées et réexaminées («réévaluation») et de nouvelles connaissances fondamentales sont associées. En Allemagne, le *Gemeinsamer Bundesausschuss* (G-BA) doit évaluer aussi vite que possible les nombres minimaux et adapter leur fixation à ses conclusions (G-BA in § 136b al. 3 phr. 3 SGB V7).

De telles procédures ne sont pas appliquées de la même manière au niveau des cantons et dans le cadre des certifications. L'observation des effets des NMC implique la fixation de valeurs fondamentales d'évaluation de la qualité des résultats (Geraedts, Cruppé, Blum, & Ohmann, 2008)⁸. La rédaction d'un rapport, comportant un monitoring de la qualité des indications et des résultats, serait judicieuse (cf. chapitre 7).

⁷ [Microsoft Word - 2018-09-14. Nachfragen BR.docx](#)

⁸ [Umsetzung und Auswirkungen der Mindestmengen \(aerzteblatt.de\)](#)

6 Effets systémiques et mauvaises incitations

À côté des résultats positifs et recherchés qui ont été évoqués, l'utilisation des NMC peut aussi avoir des effets négatifs sur les soins aux patients et le système de santé. Divers acteurs, avec des perspectives et des intérêts différents, participent à la fixation des NMC (e. a. cantons, sociétés de disciplines médicales, fournisseurs de prestations). Cela peut conduire à des effets systémiques et à de mauvaises incitations déclenchés par les NMC.

6.1 Effets sur l'ensemble de la fourniture des soins

En tant qu'instances de planification, les cantons ont pour mission de prendre en compte les NMC lors du contrôle de la qualité et de l'économicité des prestations. Ils les utilisent aussi à des fins de politique de la santé. Simultanément, le recours isolé aux NMC pour la planification des hôpitaux et des cliniques recèle le risque d'être perçu comme discriminatoire.

Les NMC sont un instrument pratique pour la planification de la fourniture des soins mais ils ne doivent pas être utilisés trop unilatéralement à des fins de politique de la santé. S'ils sont fixés et contrôlés de manière trop rigoureuse, cela peut avoir pour effet que les hôpitaux et les cliniques qui n'atteignent pas les NMC prescrits se voient retirer des mandats et que des prestations ne soient plus proposées dans certaines régions. Il en résulte des lacunes dans la fourniture des soins à la population. Les NMC peuvent aussi avoir un impact non seulement sur les urgences et les soins de base dans les hôpitaux et les cliniques mais aussi sur la chaîne de soins élargie (p. ex. les médecins de famille) et les offres en aval (p. ex. la physiothérapie).

La fourniture sur tout le territoire de soins d'urgence et de base à l'hôpital ne doit être menacée en aucun cas. Dans la planification hospitalière, il convient donc de définir et de prendre en compte l'offre d'urgence à garantir dans quel périmètre et comment les soins de base à l'hôpital demeurent assurés. Les structures ambulatoires, les réseaux suprarégionaux et la concentration des prestations stationnaires contribuent à maintenir et à augmenter la qualité de la fourniture des soins.

Les hôpitaux et les cliniques, qui proposent une palette de prestations réduite et sont menacés dans leur existence économique et/ou comme entreprises formatrices, perdent en outre de leur attractivité comme employeurs et aussi auprès des patients et des adressants.

6.2 Effets sur les soins aux patients

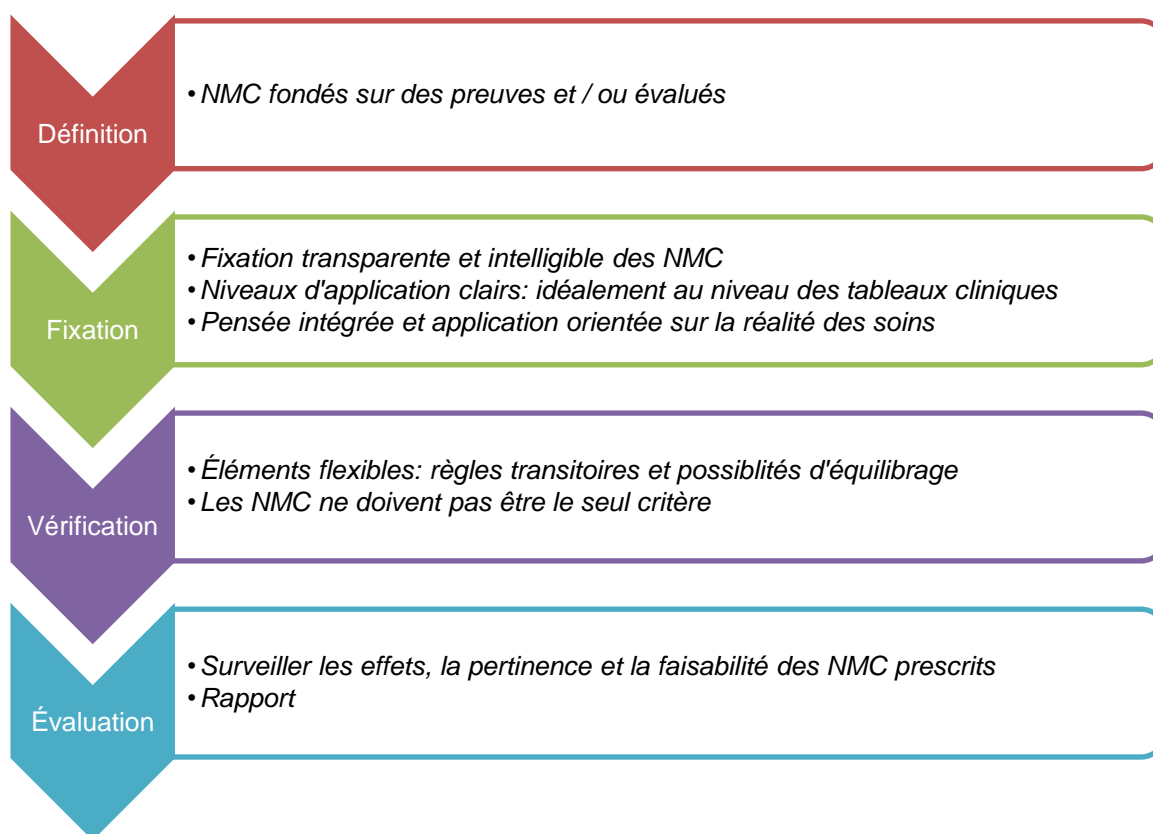
La mise en œuvre des NMC peut déclencher des évolutions indésirables dans la fourniture des soins. La volonté d'atteindre les NMC prescrits au niveau d'un site peut favoriser les structures rigides. Si les hôpitaux et les cliniques sont focalisés sur la réalisation des chiffres nécessaires pour conserver leurs mandats de prestations, la collaboration au sein et entre les institutions peut en souffrir. Les innovations et les modèles orientés vers l'avenir sont entravés, p. ex. lorsque le transfert de traitements stationnaires vers l'ambulatoire pourrait remettre en question la réalisation des NMC.

Afin d'atteindre les NMC, les fournisseurs de prestations pourraient en outre être incités à entreprendre des interventions inutiles, ou à se concentrer sur certaines d'entre elles tout en négligeant d'autres, par exemple en élargissant de manière excessive l'indication pour une prestation. Des alternatives thérapeutiques ou des approches conservatoires qui ne nécessitent pas d'intervention pourraient ainsi se voir écartées. Si certaines options de soins ne sont plus proposées, ou seulement dans une qualité insuffisante, cela aura un effet négatif sur les patients et la qualité des résultats. Le droit des patients à des explications et des informations complètes sur toutes les possibilités de traitement pourrait donc être entravé par les NMC. Les possibilités de choix des patients ne doivent pas être réduites s'agissant des structures médicales.

7 Mise en œuvre des nombres minimaux de cas avec de bonnes incitations et des mesures d'accompagnement

7.1 Revendications de H+

H+ exige une procédure transparente ainsi qu'une participation des fournisseurs de prestations au cours des différentes phases d'application des NMC.



a) *NMC fondés sur des preuves et / ou évalués*

Dans l'esprit de l'«Evidence Based Medicine», des travaux scientifiques doivent appuyer la définition des NMC, respectivement le degré actuel de preuve doit être évalué. Lorsque aucune preuve suffisante n'est disponible, le résultat de l'évaluation doit être intégré à la phase de renouvellement et de fixation des NMC pour l'avenir.

b) *Fixation transparente et intelligible des NMC*

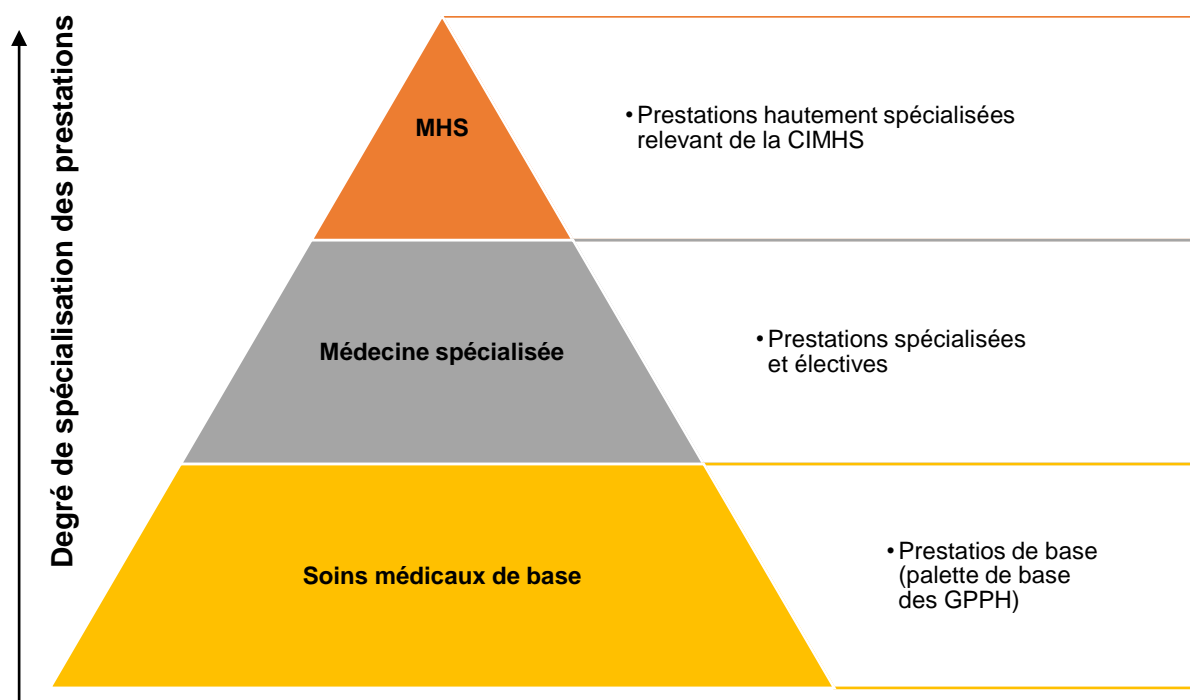
Le processus de fixation des NMC doit être transparent et intelligible. Il doit impliquer les acteurs concernés et responsables. H+ réclame donc que les instances désignées pour la fixation (p. ex. cantons ou offices de certification) fassent connaître les différentes étapes relatives à la fixation, à la vérification et à l'évolution des NMC (cf. figure 1, chapitre 5). Il convient de montrer clairement si les NMC se fondent sur des preuves scientifiques ou s'ils ont été dégagés formellement par consensus (solution de compromis) ou de manière arbitraire. En outre, on doit savoir QUI avait le lead et QUI était impliqué.

Cette revendication tendant à davantage de transparence et à la garantie d'un fondement scientifique plutôt qu'une fixation arbitraire des exigences correspond aussi aux prescriptions posées pour l'élaboration de lignes directrices (p. ex. *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, AWMF*, en Allemagne). H+ exige aussi, en relation avec les «Conditions posées aux exigences impératives dans les directives et guidelines qui impactent le financement et la planification»⁹, que celles-ci soient fondées sur une utilité démontrée scientifiquement (évidence) ou élaborées avec la participation des acteurs responsables (compromis).

c) Niveaux d'application clairs

Les niveaux d'application des NMC – hôpital, équipe thérapeutique ou chirurgien-ne – ne doivent pas être fixés arbitrairement mais doivent se fonder sur des travaux scientifiques – dans la mesure où ceux-ci sont disponibles. Dans l'idéal, les NMC interviennent au niveau des tableaux cliniques et pas des interventions isolées ou des prestations médicales. Cela permettrait de réduire les mauvaises incitations évoquées au chapitre 6.

En outre, le domaine d'application des NMC doit tenir compte du maintien des urgences et des soins de base dans les hôpitaux et les cliniques ainsi que de leur accessibilité. Il en résulte que cet instrument est pertinent avant tout pour les prestations spécialisées et la MHS. Pour des prestations planifiables difficiles et d'une grande complexité – p. ex. les opérations du cœur ou de tumeurs ainsi que les transplantations – il est raisonnable d'appliquer des NMC afin de garantir la qualité des soins aux patients.



Dans le cadre de la concentration de la médecine spécialisée et des interventions complexes, les «forces opérationnelles» sont réunies et les processus optimisés dans le sens d'une amélioration de la qualité, de la sécurité et de l'économicité. Les prestations rares et complexes, qui nécessitent une infrastructure onéreuse et du personnel spécialisé, doivent être coordonnées et concentrées.

⁹ [Remarques liminaires \(hplus.ch\)](http://hplus.ch)

Les NMC se justifient lorsque augmente le degré de spécialisation. Ils favorisent une concentration des prestations sur des sites déterminés. Un concept global a été créé en Suisse avec la planification de la médecine hautement spécialisée, qui est également reconnu à l'étranger.

La concentration des opérations complexes n'est pas contestée et compte à son actif des succès dans les domaines de la chirurgie et de l'oncologie. Le canton de Zurich par exemple a élaboré une bonne approche pour les NMC et la concentration dans le domaine de l'oncologie, avec des prescriptions échelonnées en matière de structures¹⁰. Les certifications des réseaux et des centres concernés sont en cours.

Pour H+, l'application au niveau de l'hôpital, respectivement du site, est prioritaire. L'application au niveau des chirurgiens entraîne des incitations négatives et ne devrait donc intervenir que de manière très limitée. Une application au niveau de l'équipe est préférable, ce qui favorise aussi la formation.

d) Pensée intégrée et application orientée sur la réalité des soins

H+ exige que les NMC soient appréhendés en relation avec l'ensemble de la fourniture des soins. Comme indiqué au chapitre 6, l'application des NMC a des effets sur l'approvisionnement et peut, dans certains cas, mettre en péril les urgences et les soins de base.

Il convient de tenir compte des structures régionales et sectorielles. Les filières des soins d'urgence et de base à l'hôpital ainsi que la formation initiale et continue doivent être garanties et encouragées. À cet égard, les délais d'accès aux soins doivent être définis. Dans les soins de base (y c. les soins de base élargis), il ne doit pas y avoir de recours aux NMC.

Des structures ambulatoires, des réseaux suprarégionaux et la concentration des prestations stationnaires contribuent à maintenir et à renforcer la qualité de la fourniture des soins. Les modèles orientés vers l'avenir doivent être encouragés. Cela n'est possible que dans une approche globale, avec des conditions-cadres qui tiennent compte de la réalité des soins et du contexte.

H+ estime qu'un renforcement de la pensée intégrée est nécessaire, dans laquelle les disciplines médicales élaborent avec les patients un concept commun de prise en charge par systèmes d'organes et/ou tableaux cliniques – également pour l'attribution des mandats de MHS. Par exemple avec les Tumorboards et les centres d'organes ou selon le principe de Martini. L'utilité pour le patient ainsi que sa sécurité doivent être garanties tout au long de la chaîne de traitement, dans toutes les disciplines ainsi qu'entre celles-ci.

En admettant qu'imposer des NMC dans les soins aigus exerce une influence sur d'autres disciplines (p. ex. la réadaptation et la psychiatrie) et que ceux-ci seront appliqués dans ces domaines également à l'avenir, des réflexions interdisciplinaires sont indispensables. Il convient aussi de prendre en compte les différences sectorielles lors du recours aux NMC.

Les patients ont besoin d'une décision thérapeutique individuelle, fondée sur des preuves, conforme aux ressources et partagée/participative (Shared-Decision-Making). Afin d'y parvenir, une explication complète est nécessaire. La décision de traiter un patient ne doit pas être motivée par la volonté d'atteindre un nombre minimum de cas (cf. chapitre 3).

¹⁰ [Certifications auprès de la VZK](#)

e) *Éléments flexibles*

H+ exige que la vérification des NMC comporte des éléments flexibles. Une liberté de manœuvre est nécessaire pour la fixation et la mise en œuvre des exigences, par exemple des marges de tolérance plutôt que des valeurs limites rigides. Cela permettrait de ne pas retirer un mandat de prestations lorsque les nombres de cas sont légèrement en dessous des minima. Des règles transitoires et des possibilités d'équilibrage doivent être prises en compte lors de la vérification. Des éléments flexibles réduiraient le risque d'incitation à étendre la pose d'indications.

De même lors de l'application de NMC, les hôpitaux et les cliniques ont besoin d'une marge de manœuvre stratégique afin de se positionner et de promouvoir les approches innovantes et les modèles d'avenir. Le transfert du stationnaire à l'ambulatoire s'amplifie: selon les domaines, les soins ambulatoires et les autres thérapies, traitements et interventions doivent être pris en compte afin que l'observation ne soit pas trop unilatérale et que la compétence plus large soit intégrée.

En outre, les NMC ne doivent pas aboutir à un verrouillage du marché. Ils doivent être structurés de telle manière que l'admission de nouveaux fournisseurs de prestations sur les listes hospitalières soit possible.

Lors de la vérification des NMC, le contexte particulier à l'hôpital doit être pris en considération, par exemple le départ d'un médecin-chef, une pandémie, etc. Les mutations de médecins doivent également être traitées en conséquence.

f) *Les NMC ne doivent pas être le seul critère*

L'obtention des NMC ne doit pas être considérée isolément comme critère de qualité. Une approche plus sophistiquée de cette dernière est capitale. Une indication correcte est beaucoup plus importante, et avec elle le choix du traitement, de la thérapie et de la procédure les plus appropriés. Afin de réduire les mauvaises incitations, des instruments supplémentaires sont nécessaires qui permettent de garantir une médecine de haut niveau et d'augmenter encore la qualité et la sécurité des patients.

À côté des NMC, la qualité est assurée par d'autres actions, p. ex. la participation aux registres, le respect des lignes directrices et des standards, l'expérience de l'équipe thérapeutique, les structures organisationnelles de l'hôpital (Tumorboards, cercles de qualité), des mesures systématiques et l'intégration de l'utilité pour les patients (PROMS).

Pour H+, la fixation de NMC devrait en principe être liée à la participation à des registres correspondants, afin de saisir et de publier des données d'outcome ainsi que de contribuer à l'évidence scientifique (cf. point g).

g) *Surveiller au moyen de données sur la qualité des indications et des résultats*

H+ exige que les effets ainsi que la pertinence et la faisabilité des NMC prescrits soient évalués et que les NMC soient surveillés au moyen de données relatives à la qualité des résultats et de l'indication. Il convient dans ce cadre de favoriser les approches qui placent au centre l'utilité pour le patient. En font partie une pensée intégrée pour l'ensemble du traitement ainsi que l'utilisation de données sur la qualité des résultats et de l'indication. Cela implique de saisir systématiquement des indicateurs de qualité – par exemple dans les registres obligatoires – et de collecter des mesures des résultats relatives aux patients (dites PROMS, Patient-reported outcome measures).

Il est indispensable de combiner les NMC avec des données sur la qualité des résultats et de l'indication afin d'éviter que des interventions inutiles visant à atteindre le nombre limite n'enterrent le système.

L'incitation devrait porter davantage sur l'utilité pour les patients et donc sur leurs besoins dans toute la chaîne de soins, c'est-à-dire du premier contact jusqu'à la clôture du cas ainsi que de l'indication et du diagnostic jusqu'au traitement de suite en passant par l'intervention, respectivement la thérapie. Les patients ont droit à une explication complète sur toutes leurs options. Celles-ci vont du traitement conservatoire jusqu'aux interventions chirurgicales, sans oublier la renonciation à tout traitement.

La participation aux registres et la révision des données permettent de poser la clé de voûte d'un monitoring global de la qualité.

7.2 Conclusion

Les NMC prennent toujours plus d'importance comme élément de pilotage dans le cadre de la planification hospitalière. Ils ont des effets systémiques sur le traitement des patients ainsi que sur la fourniture globale. H+ est consciente de la volonté politique d'imposer les NMC et respecte le recours à cet instrument dans la perspective d'une amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients.

Dans la mesure où tous les hôpitaux et cliniques ne peuvent pas disposer du personnel et des infrastructures nécessaires à la totalité des interventions spécialisées, les concentrations sont raisonnables. La concentration des opérations complexes n'est pas contestée et présente des succès en chirurgie et en oncologie. En outre, H+ considère que le recours aux NMC est pertinent lorsqu'une prestation médicale, respectivement une filière de soins, est complexe et onéreuse, par exemple dans le domaine de la médecine hautement spécialisée (MHS).

H+ approuve l'utilisation des NMC lorsqu'une utilité plus élevée pour le patient est établie scientifiquement ou que des effets positifs sur la qualité des soins peuvent être prouvés. L'association insiste cependant sur le caractère de paramètre de substitution des NMC pour la qualité et mise sur une notion élargie de la qualité.

H+ estime que les NMC doivent être mis en œuvre avec retenue et que des mesures d'accompagnement sont nécessaires afin de maintenir la qualité des indications et des résultats.

En conclusion, il faut souligner à nouveau que les acteurs devraient être conscients de la volonté politique et des effets étendus sur la fourniture des soins. L'accès aux soins d'urgence et de base des hôpitaux doit être garanti. Par exemple, il convient de prendre en compte les structures régionales et structurelles et d'assurer la formation initiale et continue. Les NMC qui ne sont pas fondés sur des bases scientifiques devraient tenir compte des intentions initiales en mettant en œuvre une bonne évaluation de la qualité et de la sécurité des patients. Le recours aux NMC ne doit pas découler de pures considérations de planification hospitalière. Le but de ces mesures est de passer d'un pilotage des volumes à un système de santé fondé sur les valeurs.

8 Bibliographie

Jugement du TAF C-5603 (TAF 2017).

Eichler, K., Hess, S., & Brügger, U. (2010). *Mindestfallzahlen im akutstationären Bereich : Gutachten für die Gesundheitsdirektion Zürich*. Winterthur: ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

(2013). *Evaluation des Einflusses der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität der Spitalleitung: Vorstudie zum Einbezug von Struktur- und Prozessqualität*. Zürich: Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF.

Geraedts, M., Cruppé, W., Blum, K., & Ohmann, C. (2008). Umsetzung und Auswirkungen der Mindestmengen, Ergebnisse der Begleitforschung. *Dtsch Arztebl*, pp. 105(51-52): 890-6.

Gerber, M., Kraft, E., & Bosshard, C. (2016). «Choosing Wisely» pour diminuer les prestations inutiles. *Bulletin des médecins suisses* p. 97(7):140-143.

Gesundheitsdirektion Kanton Zürich. (Januar 2021). *Zürcher Spitalplanung 2023 Versorgungsbericht*. Zürich: Gesundheitsdirektion Kanton Zürich. Consulté sur https://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/themen/gesundheit/gesundheitsversorgung/spitaeler_kliniken/spitalplanung/spitalplanung-2023/versorgungsbericht_vernehmlassungsversion.pdf

Güller, u., Warschkow, R., Ackermann, C. J., Schmied, B., Cerny, T., & Ess, S. (2017, 07 24). Lower hospital volume is associated with higher mortality after oesophageal, gastric, pancreatic and rectal cancer resection. *Swiss Med Wkly*.

Halm, E., Lee, C., & Chassin, M. (2002). IS Volume Related to Outcome in Health Care? A Systematic Review and Methodologic Critique of the Literature. *Ann Intern Med.*(137), pp. 511-20.

CIMHS. (2009). consultation le 03 23, 2020 du site de la CDS: <https://www.gdk-cds.ch/fr/medecine-hautement-specialisee/organisation/la-cimhs>

Jüni, P., Hossmann, S., Rat, J., Limacher, A., & Rutjes, A. W. (2014). *Inter-cantonal agreement on highly specialized Medicine (IVHSM): Rarity as the criterion for the centralization of highly specialized medicine*. Bern: Institute of Social and Preventive Medicine ISPM. Consultation sur https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/organe/hsm_finalreport_final_gesamt_inkl_annexe_1-7.pdf

Kieser, U. (2019). *Vertragsspitäler in der Schweiz / Les hôpitaux conventionnés en Suisse* (Vol. 26). (F. Gesundheitsrecht, Éd.) Zurich · Bâle · Genève: Schulthess Médias Juridiques SA.

Pfister, C. (2017). *Zusammenhang von Fallzahlen und Behandlungsqualität in Schweizer Akutspitalern*. Winterthur: ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

Schäder, P., Grouven, U., & Bender, R. (2007). Können Mindestmengen für Knieprothesen anhand von Routinedaten errechnet werden? *Der Orthopäde*(Vol. 36), pp. 570-576.

Spitalbenchmark Schweiz. (2020). *Benchmarkingverfahren der Schweizer Spitäler: Kosten des Geschäftsjahres 2019 für die Tarife 2021*. Ennetbürgen.



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

H+: Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
H+: Hôpitaux, cliniques et institutions de soins suisses
H+: Gli Ospedali, le cliniche e gli istituti di cura svizzeri

Isabelle Praplan

Responsable technique Qualité et
sécurité des patients

Tél. 031 335 11 21

isabelle.praplan@hplus.ch

Pascal Besson

Chef du département
Gestion économique,
membre de la direction

Tél. 031 335 11 57

pascal.besson@hplus.ch

H+ Les Hôpitaux de Suisse

Secrétariat central
Lorrainestrasse 4 A
3013 Berne

Tél. 031 335 11 11

Fax 031 335 11 70

geschaefsstelle@hplus.ch

www.hplus.ch