



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

OBSAN DOSSIER 64

64

Le recours aux services d'urgence en Suisse

Description des différences cantonales

Clémence Merçay

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution mandatée par la Confédération et les cantons. L'Obsan 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 Dossier»** des rapports de recherche destinés aux spécialistes de la santé. La réalisation des rapports est assurée par l'Obsan ou confiée à des experts externes. Le contenu des rapports est de la responsabilité de leurs auteurs. Les Dossiers de l'Obsan ne sont normalement disponibles que sous forme électronique (pdf).

Impressum

Éditeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Auteur

– Clémence Merçay, Obsan

Remerciements

Nous tenons à remercier particulièrement le prof. Pierre-Nicolas Carron (chef de service, service des urgences, Centre hospitalier universitaire vaudois) pour son analyse critique de ce travail. Notre reconnaissance va également à Antoine Lieberherr (Office fédéral de la statistique) et à Jean-François Marquis (Office fédéral de la statistique) pour avoir partagé leur expérience sur la nouvelle base de données PSA. L'équipe Obsan est également remerciée pour le soutien apporté tout au long de la réalisation de ce dossier.

Direction du projet à l'Obsan

Clémence Merçay

Série et numéro

Obsan Dossier 64

Référence bibliographique

Merçay, C. (2018). *Le recours aux services d'urgence en Suisse. Description des différences cantonales* (Obsan Dossier 64). 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

Page de couverture

Roland Hirter, Berne

Impression

en Suisse

Numéro OFS

1038-1802-05

Téléchargement du fichier PDF

www.obsan.ch → Publications (gratuit)

Ce document est disponible uniquement sous forme électronique.

ISBN

978-2-940502-74-5

© Obsan 2018



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Le recours aux services d'urgence en Suisse

Description des différences cantonales

Auteure Clémence Merçay
Éditeur Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Neuchâtel 2018

Table des matières

Résumé	3	5 Mesures des coûts de la prise en charge dans un service d'urgence	27
Zusammenfassung	7	5.1 Mise en perspective du coût des urgences	27
1 Introduction	11	5.2 Variations cantonales du coût de la consultation	27
1.1 Contexte	11	5.3 Composition du coût de la consultation	29
1.2 Objectifs	11	5.4 Relation entre le coût de la consultation et le recours aux urgences	30
1.3 Structure du dossier	12	6 Articulation des différents modes de prises en charge des urgences	31
2 Méthodologie	13	6.1 Relation entre le taux d'hospitalisation en urgence et le taux de recours aux services d'urgence	31
2.1 Survol des bases de données utilisées	13	6.2 Relation entre le taux de consultations en urgence et le taux de recours aux services d'urgence	33
2.2 Description des bases de données	14	7 Synthèse et conclusions	35
2.3 Définition des indicateurs	14	7.1 Principaux résultats	35
2.4 Comparaisons cantonales	16	7.2 Modèles-types de recours aux services d'urgence	35
2.5 Standardisation des résultats	17	7.3 Réflexions sur l'analyse	37
3 Admissions dans les services d'urgence des hôpitaux	18	7.4 Perspectives de recherche	37
3.1 Caractéristiques du recours aux services d'urgence	18	8 Abréviations	39
3.2 Variations cantonales du recours aux services d'urgence	21	9 Bibliographie	40
3.3 Recours aux services d'urgence en fonction de la nationalité	22	10 Liste des tableaux et des graphiques	41
4 Patients des services d'urgence des hôpitaux	24	10.1 Liste des tableaux	41
4.1 Nombre de consultations par patient	24	10.2 Liste des graphiques	41
4.2 Variations cantonales du taux de patients	25	11 Annexes	42
4.3 Relation entre la part d'utilisateurs multiples et le recours aux urgences	26		

Résumé

Introduction

Les services d'urgence des hôpitaux sont souvent considérés comme un point d'accès rapide et direct au système de santé. Dans un contexte marqué par des difficultés liées à l'engorgement ainsi qu'aux temps d'attente dans les services d'urgence, l'utilisation rationnelle de ces services s'impose comme une préoccupation importante pour les cantons suisses. La façon dont le recours aux services d'urgence s'articule avec les autres possibilités de prise en charge constitue à cet égard un enjeu essentiel. Cette étude s'inscrit dans la continuité des travaux réalisés en 2013 par l'Obsan décrivant le recours aux services d'urgence des hôpitaux (Bulletin 3/2013). La disponibilité d'une nouvelle base de données sur les patients ambulatoires des hôpitaux permet de mettre à jour et de compléter les informations présentées.

Objectifs

Un premier objectif est de décrire les caractéristiques du recours aux services d'urgence en Suisse. Constatant d'importantes variations cantonales quant au recours aux services d'urgence, le second objectif consiste à examiner l'hypothèse d'un effet de substitution. Cette hypothèse suggère qu'un recours bas aux services d'urgence implique que seuls les cas les plus graves se rendent aux urgences de l'hôpital, les cas plus légers s'orientant vers d'autres modes de prise en charge, en particulier les médecins en cabinet. Elle signifie également qu'à l'inverse, un recours aux services d'urgence élevé reflète un recours plus généralisé à ce mode de prise en charge, également pour des cas plus simples. Les modes de prise en charge de substitution des urgences jouent alors un rôle moindre.

Méthode

L'activité des services d'urgence des hôpitaux est décrite grâce au relevé des données ambulatoires des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique (OFS). Cette nouvelle statistique procure des données exhaustives et détaillées concernant les prestations fournies aux patients ambulatoires des hôpitaux. Ce dossier considère également deux autres modes de prise en charge des urgences: les hospitalisations en urgence qui sont documentées au moyen de la statistique médicale des hôpitaux de l'OFS et les consultations en urgence au cabinet médical qui sont renseignées par le pool tarifaire de SASIS SA.

Les principaux résultats

En 2016, 14% de la population résidente a eu recours au moins une fois aux services d'urgence d'un hôpital pour un total de 1,7 million d'admissions.

Le recours aux services d'urgence des hôpitaux varie considérablement d'un canton à l'autre avec un minimum de 53 consultations pour 1000 habitants (AI) et un maximum de 297 consultations pour 1000 habitants (TI).

En comparant les cantons, on observe qu'un taux de recours élevé aux services d'urgence d'un hôpital:

- est plus souvent le fait d'utilisateurs multiples.
- est associé à un coût moyen de consultation plus bas.
- est lié à un taux de recours urgent aux cabinets médicaux plus bas.

Les résidents suisses ont effectué 1,7 million de consultations dans un service d'urgence en 2016

En 2016, 14% de la population résidente a eu recours au moins une fois à l'un des 100 services d'urgence hospitaliers pour un total de 1,7 million d'admissions. Cela correspond à environ 4'500 admissions par jour.

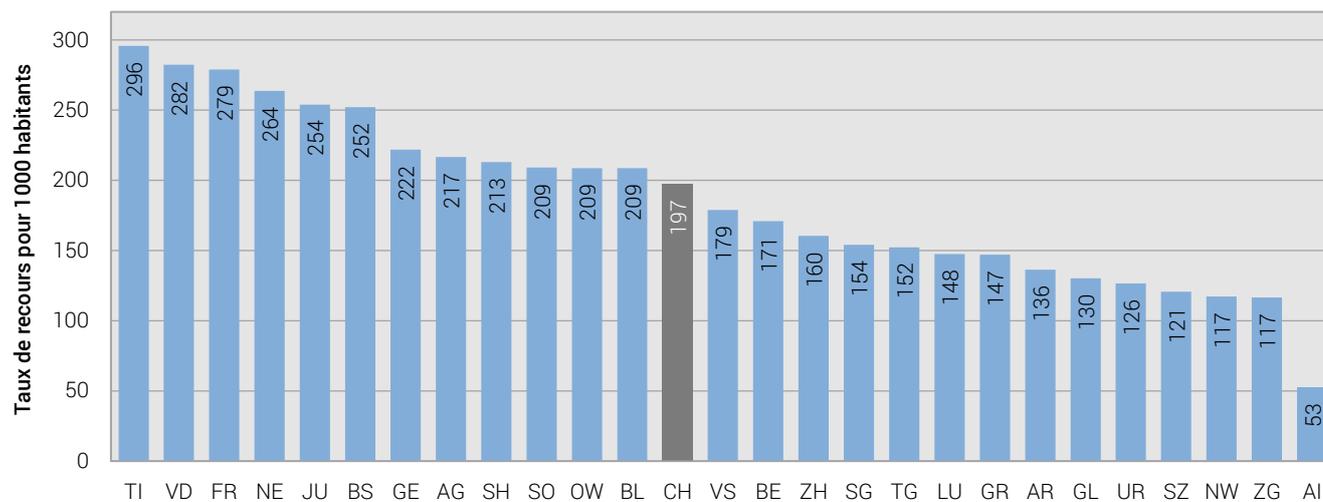
L'assurance maladie obligatoire des soins (AOS) est le garant de la facture dans la majorité des cas. Au sein de la population active, un peu moins d'un quart des consultations relèvent de l'assurance-accidents.

Les enfants de moins de 6 ans présentent le taux de recours le plus élevé (418 consultations pour 1000 habitants). Le taux de recours le plus bas est enregistré chez les personnes âgées de 45 à 85 ans (environ 140 consultations pour 1000 habitants).

Importantes différences de recours aux services d'urgence entre les cantons

Le recours aux services d'urgence des hôpitaux varie considérablement d'un canton à l'autre avec un minimum de 53 consultations pour 1000 habitants (AI) et un maximum de 296 consultations pour 1000 habitants (TI). Pour l'ensemble de la Suisse, le taux de recours moyen est de 197 consultations pour 1000 habitants (G 1).

G 1 Taux de recours aux services d'urgence d'un hôpital, 2016



Source: OFS – Relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux 2016, STATPOP 2016

© Obsan 2018

Les résidents de nationalité étrangère recourent plus souvent que les résidents suisses aux services d'urgence des hôpitaux (respectivement 255 et 173 consultations pour 1000 habitants). Une petite partie de cet écart tient à la structure par âge de cette population. Les différences intercantionales de recours sont particulièrement prononcées pour les résidents étrangers mais elles sont également présentes chez les seuls résidents de nationalité suisse.

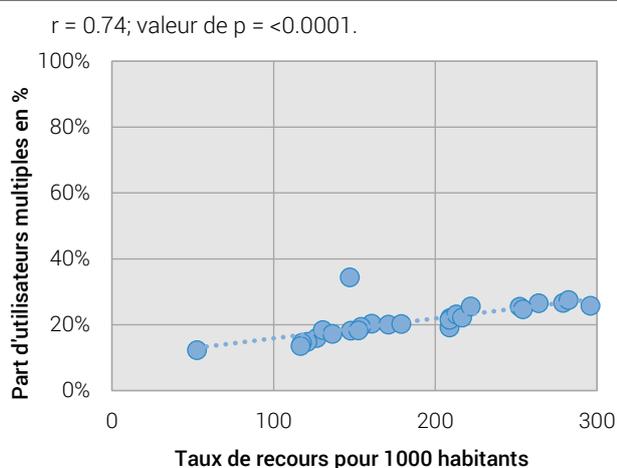
Un taux de recours élevé est plus souvent le fait d'utilisateurs multiples.

En 2016, le 1,7 million de consultations recensé dans un service d'urgence est le fait de 1,2 million de patients, soit une moyenne de 1,3 visite aux urgences par patient. Quatre patients sur cinq (78%) ont une utilisation ponctuelle des services d'urgence (ils

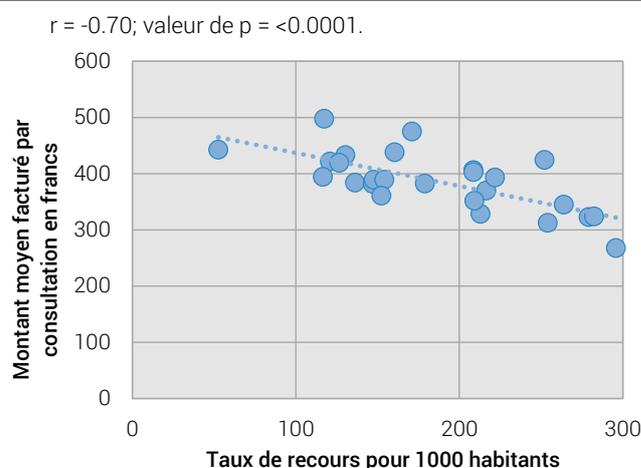
sont enregistrés une seule fois au cours de l'année). Ils ne représentent par contre qu'un peu plus de la moitié des consultations (59%). Si l'on retient le seuil de quatre consultations par patient pour qualifier les utilisateurs fréquents, il apparaît que ceux-ci constituent une moindre part de l'ensemble des patients (2%) mais que près d'une consultation sur dix (9%) peut leur être attribuée.

Selon les cantons, la part de patients s'étant rendue plusieurs fois dans un service d'urgence au cours de l'année se situe entre un minimum de 12% et un maximum de 34%. Le G 2 montre qu'un taux de recours aux services d'urgence élevé est associé à une part plus importante d'utilisateurs multiples alors qu'un taux de recours bas témoigne d'un recours plus ponctuel à ces services, les potentiels utilisateurs réguliers s'orientant alors vraisemblablement vers d'autres modes de prise en charge (r de Pearson=0.74).

G 2 Relation entre le taux de recours aux services d'urgence d'un hôpital et la part d'utilisateurs multiples, par canton, 2016



G 3 Relation entre le taux de recours aux services d'urgence d'un hôpital et le montant moyen facturé par consultation, par canton, 2016



Source: OFS – Relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux 2016, STATPOP 2016

© Obsan 2018

Dans les cantons où le taux de recours est élevé, le coût moyen de la consultation est plus bas

En 2016, les consultations dans les services d'urgence reconnus des hôpitaux ont généré des factures pour un montant total atteignant près de 624 millions de francs, soit 2,2% du coût des hôpitaux. En moyenne suisse, le montant facturé pour la consultation s'élève à 382 francs mais ce montant est fortement influencé par la présence de valeurs extrêmes élevées. Le coût médian est de 290 francs.

Au sein des cantons, le montant moyen de la consultation passe d'un minimum de 266 francs (TI) à un maximum de 540 francs (NW). Il est possible que des différences quant au périmètre des coûts facturés expliquent en partie l'ampleur de ces écarts. Il apparaît cependant que le montant moyen facturé par consultation diminue à mesure que le taux de recours augmente (r de Pearson = -0.70, G 3). Ce résultat soutient l'idée qu'un taux de recours élevé est composé en moyenne de cas plus simples et moins coûteux alors que lorsque le taux de recours est bas, une part plus importante de cas graves et coûteux serait admise aux urgences.

Le recours aux services d'urgence hospitaliers tend à être inversement lié au recours urgent aux cabinets médicaux

Les différences intercantionales de recours aux services d'urgence sont susceptibles de s'expliquer par l'existence de modes de prise en charge de substitution (hospitalisations en urgence, consultations urgentes au cabinet médical). Dans la mesure où le taux d'hospitalisation en urgence est relativement constant entre les cantons, les différences de recours aux services d'urgence ambulatoire des hôpitaux ne s'expliquent pas par la fréquence des décisions d'hospitalisation.

Les médecins en cabinet peuvent facturer une indemnité forfaitaire pour les consultations réalisées dans le cadre de gardes

médicales ainsi que pour les prises en charge en urgence. Il existe une tendance, statistiquement significative à 10%, pour les cantons où le taux de recours urgent aux cabinets médicaux est plus élevé, à avoir un taux de recours aux services d'urgence hospitaliers plus bas. Dans la plupart des cantons, cet effet de substitution se repère clairement. Une minorité de cantons ne correspond cependant pas à cette logique et présente des recours bas ou élevés pour les deux modes de prise en charge.

Conclusion

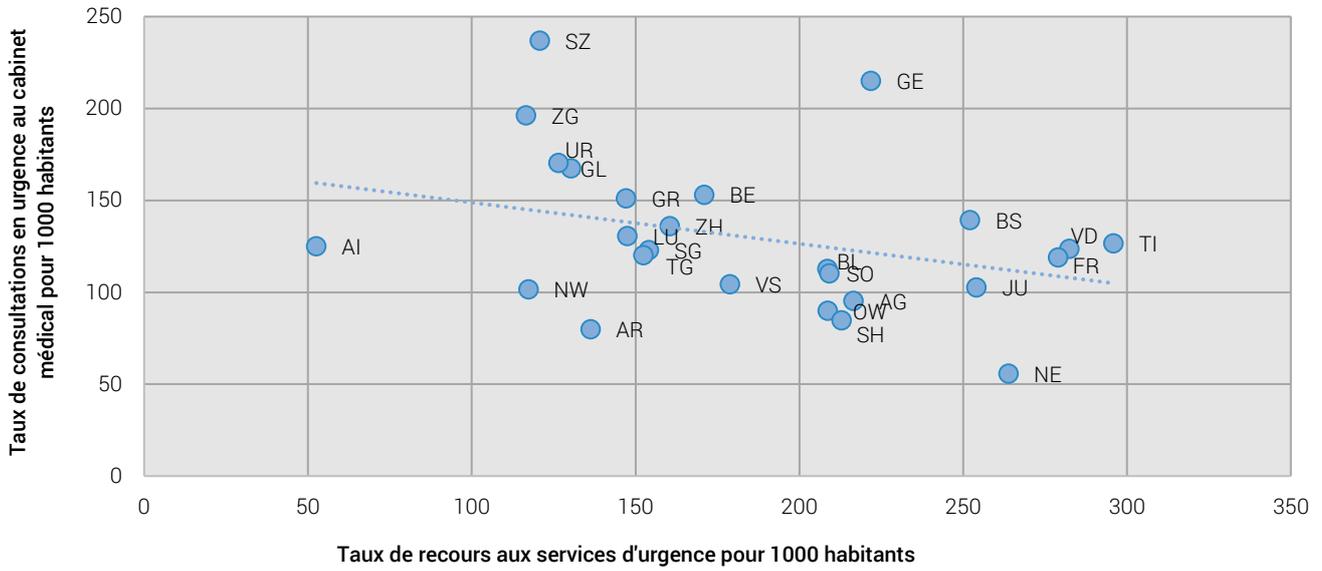
Pris ensemble, ces résultats soutiennent l'hypothèse d'un effet de substitution: un recours élevé aux services d'urgence est le reflet d'un recours plus généralisé à ce type de prestataires, avec des consultations en moyenne moins coûteuses. A l'inverse, un recours bas est plus souvent le fait d'utilisateurs plus ponctuels, dont la prise en charge est plus chère.

Dans une certaine mesure, les variations du taux de recours aux services d'urgence des hôpitaux peuvent s'expliquer par la substitution avec le recours urgent aux médecins en cabinet. Mais tous les cantons ne correspondent pas à cette logique et des écarts subsistent lorsque l'on considère le recours total aux soins en urgence.

Afin de comprendre ces résultats, il y aurait certainement lieu de s'intéresser, de façon générale, aux attentes et pratiques de la population en matière de consommation de soins. Le recours aux soins d'urgence peut être plus ou moins spontané selon les régions. Les patients peuvent également s'orienter vers les soins d'urgence lorsqu'il ne leur paraît pas possible de concilier leurs horaires de travail avec les heures d'ouverture des cabinets médicaux. Par ailleurs, le recours aux soins d'urgence peut également être induit par le développement d'une offre spécifique (permanences médicales ou cliniques sans rendez-vous).

G 4 Lien entre le taux de recours au service d'urgence d'un hôpital et le taux de consultations en urgence, par canton, 2015/16

$r = -0.33$; valeur de $p = 0.10$.



Source: OFS – Relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux 2016, STATPOP 2016; SASIS SA – Pool tarifaire 2015;

© Obsan 2018

Zusammenfassung

Einleitung

Notfallstationen gelten verbreitet als Anlaufstelle für eine möglichst schnelle und direkte Gesundheitsversorgung. Da sie in der Schweiz chronisch überlastet sind und die Wartezeiten immer länger werden, sind die Kantone ernsthaft gefordert, Lösungen für eine adäquate Inanspruchnahme der Notfallstationen zu finden. Geregelt werden muss unter anderem die Frage, wie Patientinnen und Patienten, die eigentlich keine ambulante Notfallbehandlung im Spital benötigen würden, am besten versorgt werden können.

Die vorliegende Studie setzt die Arbeiten des Obsan zu den Konsultationen in Notfallstationen der Schweizer Spitäler von 2013 fort (Bulletin 3/2013). Dank neuer Patientendaten aus dem ambulanten Spitalbereich ist es nun möglich, die Ergebnisse dieser Arbeiten zu aktualisieren und zu ergänzen.

Ziele

In einem ersten Schritt werden die Merkmale der Konsultationen in Schweizer Notfallstationen beschrieben. Man stellt dabei grosse Unterschiede der Inanspruchnahme nach Kanton fest. Deshalb wird die Hypothese eines Substitutionseffekts geprüft. Gemäss dieser Hypothese würde eine tiefe Rate bedeuten, dass nur Personen mit schwerwiegenden Problemen eine Notfallstation aufsuchen, während sich Personen mit harmloseren Problemen an eine andere Anlaufstelle wenden. Umgekehrt würde eine hohe Rate auf eine verbreitete Inanspruchnahme von Notfalldiensten, auch bei leichten Fällen, hindeuten.

Methode

Datenquelle für die Aktivitäten der Notfallstationen ist die neue Erhebung der Patientendaten Spital ambulant (PSA) des Bundesamtes für Statistik (BFS). Die PSA liefert umfassende und detaillierte Angaben zu den ambulanten Spitalleistungen. Zur Beschreibung der Alternativen zu den Notfallstationen wird die Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) des BFS (notfallmässige Hospitalisierungen) sowie der Tarifpool der SASIS AG (Notfallkonsultationen in Arztpraxen und ambulante Versorgungen in Permanenzen) herangezogen.

Wichtigste Ergebnisse

2016 suchten 14% der Schweizer Wohnbevölkerung mindestens einmal eine Notfallstation auf. Insgesamt wurden dort 1,7 Millionen Notfälle behandelt.

Die Inanspruchnahme von Notfallstationen ist je nach Kanton sehr unterschiedlich. Sie reicht von 53 (AI) bis zu 297 Konsultationen (TI) pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Die kantonalen Vergleiche zeigen, dass eine hohe Inanspruchnahme

- meistens auf Mehrfachnutzerinnen und -nutzer zurückzuführen sind;
- mit niedrigeren durchschnittlichen Kosten pro Konsultation verbunden sind.
- parallel zu einer niedrigeren Rate der Notfallkonsultationen in Arztpraxen sind.

1,7 Millionen Konsultationen auf Notfallstationen durch die Schweizer Wohnbevölkerung im Jahr 2016

2016 suchten 14% der Schweizer Wohnbevölkerung mindestens einmal eine der 100 Schweizer Notfallstationen auf. Insgesamt wurden dort 1,7 Millionen Notfälle behandelt, was 4500 Konsultationen pro Tag entspricht.

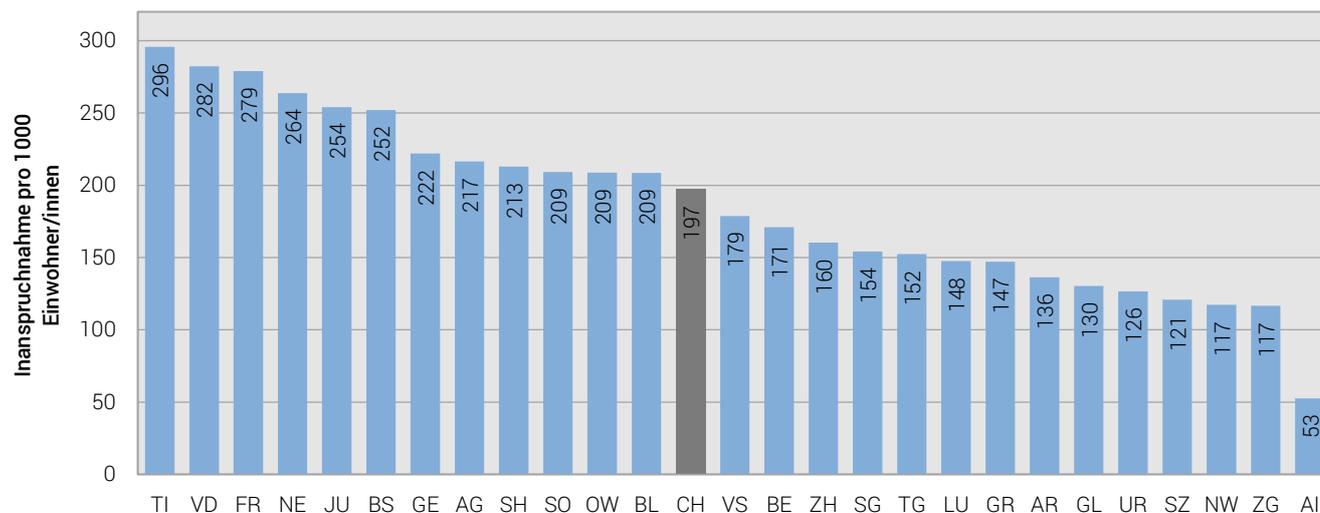
Kostenträger ist in den meisten Fällen die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP). Bei den Erwerbspersonen kommt für knapp ein Viertel der Konsultationen die Unfallversicherung auf.

Am häufigsten werden die Notfallstationen von Kindern unter sechs Jahren in Anspruch genommen (418 Konsultationen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner). Die niedrigste Inanspruchnahmerate weisen mit rund 140 Konsultationen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner die 45- bis 85-Jährigen auf.

Grosse kantonale Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Notfallstationen

Die Inanspruchnahme von Notfallstationen ist je nach Kanton sehr unterschiedlich. Sie reicht von 53 (AI) bis zu 296 Konsultationen (TI) pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner. Gesamtschweizerisch werden pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner durchschnittlich 197 Konsultationen verzeichnet (G1).

G1 Rate der Inanspruchnahme einer Notfallstation, 2016



Quelle: BFS – Daten aus der Erhebung der Patientendaten Spital ambulant 2016, STATPOP 2016

© Obsan 2018

Die ausländische Wohnbevölkerung nimmt Notfallstationen häufiger in Anspruch als die Schweizer Wohnbevölkerung (255 bzw. 173 Konsultationen pro 1000 Personen), was unter anderem an der Altersstruktur der beiden Bevölkerungsgruppen liegt. Die interkantonalen Unterschiede bei der Inanspruchnahme sind bei der ausländischen Wohnbevölkerung besonders ausgeprägt, aber auch bei der Schweizer Wohnbevölkerung zu beobachten.

Eine hohe Inanspruchnahmerate ist meistens auf Mehrfachnutzerinnen und -nutzer zurückzuführen.

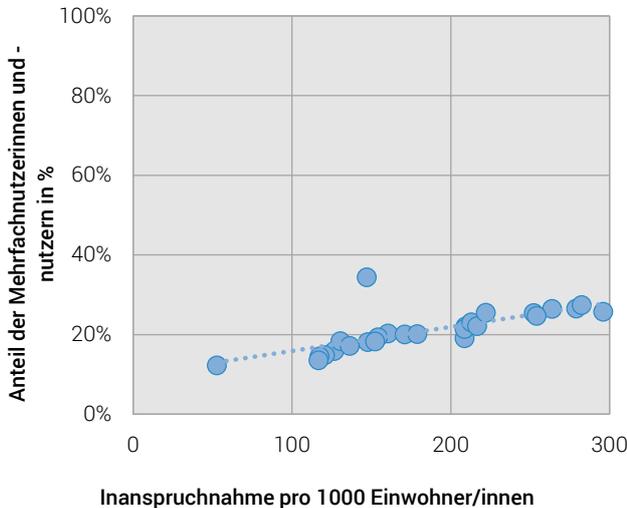
Die 1,7 Millionen Konsultationen im Jahr 2016 verteilten sich auf 1,2 Millionen Patientinnen und Patienten, was durchschnittlich 1,3 Notfallkonsultationen pro Person entspricht. Vier von fünf Patientinnen und Patienten (78%) nutzten die Notfallstationen

punktuell (sie wurden im Lauf des Jahres nur einmal registriert). Auf sie entfallen allerdings nur etwas mehr als die Hälfte der Konsultationen (59%). Werden Personen ab vier Konsultationen als häufige Nutzerinnen und Nutzer definiert, so machen diese nur einen geringen Patientenanteil aus (2%), sind aber nahezu für jede zehnte Konsultation (9%) verantwortlich.

Je nach Kanton beträgt der Anteil der Patientinnen und Patienten, die im Lauf des Jahres mehrmals eine Notfallstation aufgesucht haben, zwischen 12% und 34%. G2 zeigt, dass eine hohe Rate der Inanspruchnahme von Notfallstationen meistens mit einem hohen Anteil Mehrfachnutzerinnen und -nutzer zusammenfällt, während eine niedrige Rate auf eine gezieltere Inanspruchnahme hindeutet, bei der sich potenzielle regelmässige Nutzerinnen und Nutzer vermutlich an eine andere Anlaufstelle wenden (r (Pearson) = 0,74).

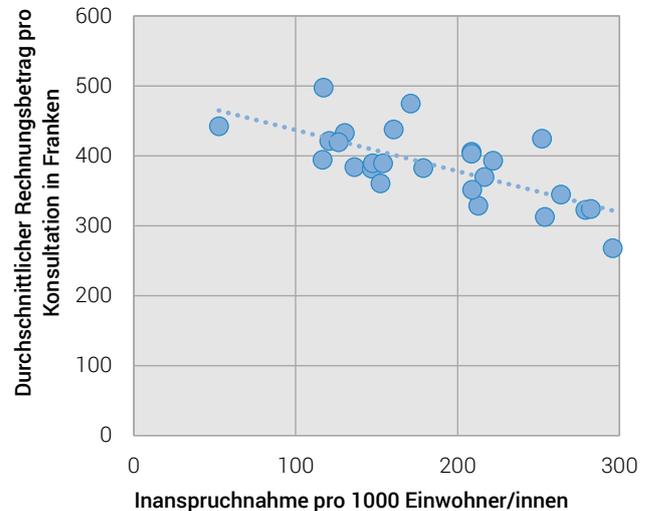
G 2 Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme von Notfallstationen und Mehrfachnutzerinnen und -nutzern, nach Kanton, 2016

$r = -0,74; p = <0,0001$



G 3 Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme von Notfallstationen und dem durchschnittlichen Rechnungsbetrag pro Konsultation, nach Kanton, 2016

$r = -0,70; p = <0,0001$



Quelle: BFS – Daten aus der Erhebung der Patientendaten Spital ambulant 2016, STATPOP 2016

© Obsan 2018

In Kantonen mit hoher Inanspruchnahmerate sind die durchschnittlichen Kosten pro Konsultation tiefer

2016 wurden in den anerkannten Notfallstationen Rechnungen mit einem Gesamtbetrag von 624 Millionen Franken ausgestellt; das sind 2,2% der Spalkosten. Im Schweizer Durchschnitt wurden pro Konsultation 382 Franken verrechnet, wobei einige extrem hohe Rechnungen diesen Betrag nach oben treiben. Die Mediankosten belaufen sich auf 290 Franken.

In den Kantonen liegt der durchschnittliche Rechnungsbetrag pro Konsultation zwischen 266 Franken (TI) und 540 Franken (NW). Möglicherweise lässt sich dieses Kostengefälle teilweise durch die unterschiedliche Abgrenzung der verrechneten Kosten erklären. Der durchschnittliche Rechnungsbetrag pro Konsultation sinkt hingegen mit steigender Inanspruchnahmerate (r (Pearson) = $-0,70$, G3). Dies legt die Vermutung nahe, dass eine hohe Rate einen grösseren Anteil an einfachen und kostengünstigeren Fällen einschliesst. Umgekehrt bedeutet eine niedrige Inanspruchnahmerate vermutlich, dass auf Notfallstationen mehr schwerwiegende und kostspieligere Fälle behandelt werden.

Je tiefer die Rate der Notfallkonsultationen in Arztpraxen, desto häufiger sind Konsultationen auf Notfallstationen

Die interkantonalen Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Notfallstationen könnten auf das Angebot alternativer Anlaufstellen für Notfallbehandlungen zurückzuführen sein (Notfallhospitalisierungen, Notfallbehandlungen in der Arztpraxis). Da sich die Rate der notfallmässigen Hospitalisierungen in den Kantonen nicht gross unterscheidet, lässt sich die unterschiedliche Inanspruchnahme von

Notfallstationen auch nicht durch häufigere Entscheide für eine stationäre Aufnahme erklären.

Ärztinnen und Ärzte in Praxen können für Konsultationen, die im Rahmen ihres Bereitschaftsdienstes erfolgen, sowie für Notfallbehandlungen eine Pauschale berechnen. In Kantonen, die eine höhere Rate an Notfallkonsultationen in Arztpraxen verzeichnen, werden Notfallstationen tendenziell etwas weniger häufig in Anspruch genommen. Im Grossteil der Kantone ist dieser Substitutionseffekt gut sichtbar. Eine Minderheit der Kantone folgt jedoch nicht diesem Muster. Bei diesen sind beide Arten von Anlaufstellen entweder stark oder wenig benutzt.

Schlussfolgerungen

Die Gesamtergebnisse der Studie bestätigen die Hypothese eines Substitutionseffekts: Eine hohe Inanspruchnahme von Notfallstationen ist ein Zeichen dafür, dass dieser Zugang in der Bevölkerung verbreitet ist. Sie ist verbunden mit niedrigeren Durchschnittskosten pro Konsultation. Umgekehrt sind bei einer tiefen Inanspruchnahme punktuelle Besuche von Patientinnen und Patienten, deren Notfallversorgung mehr Kosten verursacht, häufiger.

Bis zu einem gewissen Mass lässt sich die unterschiedliche Inanspruchnahme von Notfallstationen durch das Angebot alternativer Notfalldienste wie z.B. in Arztpraxen erklären. Diese Komplementarität ist allerdings nicht in allen Kantonen gegeben und es bestehen auch dann noch Unterschiede, wenn sämtliche Anlaufstellen für notfallmässige Behandlungen berücksichtigt werden.

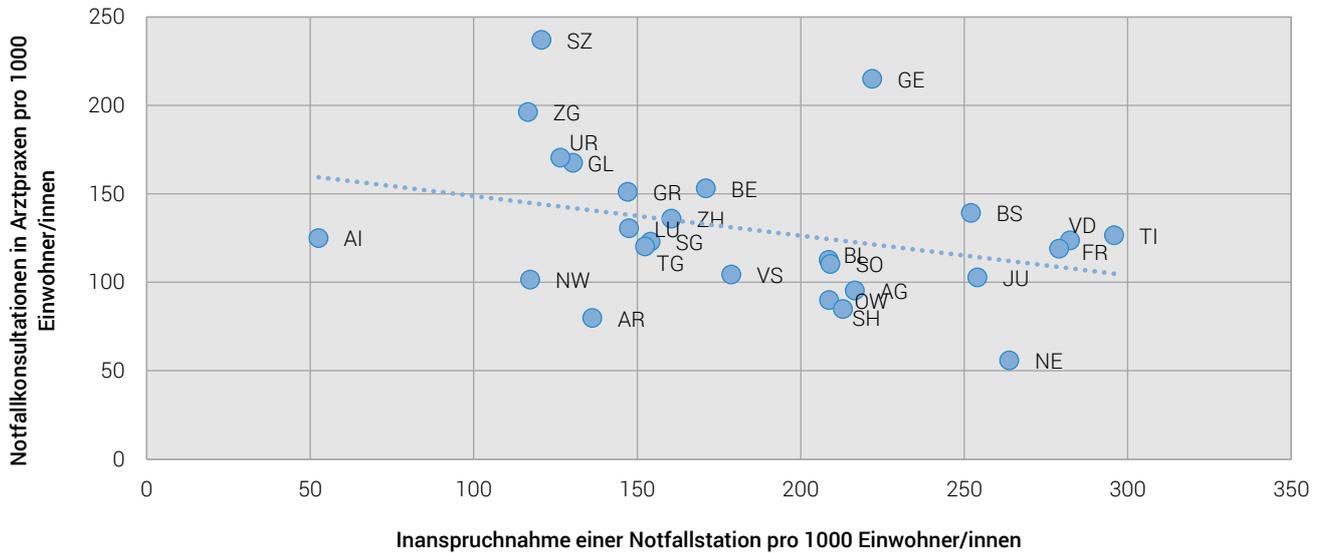
Zum besseren Verständnis der Ergebnisse müssten die Erwartungen und die Praxis der Bevölkerung in Bezug auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen genauer untersucht

werden. Es ist wahrscheinlich, dass die Notfalldienste nicht in allen Regionen gleich spontan genutzt werden. Möglich wäre auch, dass sich Patientinnen und Patienten an Notfalldienste wenden, weil sich ihre Arbeitszeiten nicht mit den Öffnungszeiten

der Arztpraxen vereinbaren lassen. Im Weiteren könnte der Ausbau eines entsprechenden Angebots (Permanence-Einrichtungen oder Walk-in-Kliniken) die Inanspruchnahme von Notfalldiensten fördern.

G 4 Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme von Notfallstationen und Notfallkonsultationen, nach Kanton, 2015/16

$r = -0,33$; $p = 0,10$



Quelle: BFS – Daten aus der Erhebung der Patientendaten Spital ambulant 2016, STATPOP 2016; SASIS AG – Tarifpool 2015 © Obsan 2018

1 Introduction

1.1 Contexte

Situés à l'interface entre médecine ambulatoire et médecine hospitalière, les services d'urgence des hôpitaux sont souvent considérés comme un point d'accès rapide et direct au système de santé (Sarasin, 2005). De fait, les services d'urgence des hôpitaux sont soumis à l'obligation d'admission de tous les patients (art. 41a LAMal¹). Or, l'exploitation d'un service d'urgence est considérée comme particulièrement coûteuse, notamment en raison des exigences en matière de dotation en personnel de santé ainsi que de l'infrastructure que celle-ci requiert (CDS, 2017). Le versement de prestations d'intérêt général peut s'avérer nécessaire pour assurer le bon fonctionnement de ces services (Cosandey et al. 2018). Initialement destinés à répondre à la demande de soins aigus, les services d'urgence sont également sollicités pour des cas légers, voire des cas dits « bagatelles ». Dans un contexte marqué par des difficultés liées à l'engorgement ainsi qu'aux temps d'attente dans les services d'urgence, l'utilisation rationnelle de ces services s'impose comme une préoccupation importante pour les cantons suisses (Sarasin et al, 2011). La façon dont le recours aux services d'urgence s'articule avec les autres possibilités de prise en charge constitue à cet égard un enjeu essentiel.

Depuis 2015, l'Office fédéral de la statistique (OFS) relève les données individuelles des patients de l'ambulatoire hospitalier en Suisse (Statistique PSA). Cette nouvelle base de données permet notamment de documenter de façon inédite les caractéristiques du recours aux services d'urgence en Suisse. Cette étude constitue l'une des premières exploitations de la statistique PSA. Outre la présentation de nouveaux résultats, elle met également en lumière certaines difficultés et limites liées à l'analyse statistique de ces données.

Cette étude s'inscrit dans la continuité des travaux réalisés en 2013 par l'Obsan décrivant le recours aux services d'urgence des hôpitaux. L'accès à la statistique PSA permet ainsi de mettre à jour mais aussi de compléter les informations présentées. L'accent est mis sur la comparaison intercantonale et les différences en matière de taux de recours sont en particulier discutées.

1.2 Objectifs

Ce dossier poursuit premièrement un objectif descriptif, consistant à procurer les données de base concernant le nombre de consultations dans un service d'urgence ainsi que les caractéristiques des patients. Cet état des lieux se concentre en particulier sur le taux de recours aux services d'urgence des hôpitaux dans les cantons suisses.

1. Quelle est l'ampleur du recours aux services d'urgence en Suisse, quelles sont les caractéristiques des patients et de quelle manière le recours aux services d'urgence varie-t-il entre les cantons ?

Constatant d'importantes différences cantonales en matière de recours aux services d'urgence hospitaliers, il s'agit deuxièmement de voir si ces écarts peuvent être mis en lien avec la composition sociodémographique des populations cantonales. Cette analyse se concentre sur la structure par âge et par nationalité de la population résidente.

2. Dans quelle mesure les différences de recours aux services d'urgence entre les cantons s'expliquent-elles par des caractéristiques sociodémographiques des populations cantonales ?

Troisièmement, dans la mesure où les différences cantonales subsistent malgré la standardisation des données par âge et par nationalité, l'hypothèse d'un effet de substitution est testée. Celle-ci suggère qu'un recours bas aux services d'urgence signifie que seuls les cas les plus graves ou ponctuels se rendraient aux urgences de l'hôpital, les cas plus légers et récurrents s'orientant vers d'autres modes de prise en charge. A l'inverse, un recours élevé aux services d'urgence signifierait que le recours à ce mode de prise en charge est plus généralisé, également pour des cas plus simples ou nécessitant une prise en charge régulière.

3. Les différences cantonales de recours aux services d'urgence témoignent-elles d'un effet de substitution ?

Cette hypothèse est testée en trois temps. Premièrement, la part d'utilisateurs multiples est mise en lien avec le taux de recours aux services d'urgence des cantons. Deuxièmement, les coûts moyens de consultations, qui sont considérés comme des indicateurs indirects de la lourdeur des cas, sont examinés par canton. Troisièmement, les recours aux différents modes de prise en charge des urgences sont analysés conjointement (services

¹ Plus précisément, les hôpitaux répertoriés sont tenus de garantir la prise en charge de tous les assurés résidant dans le canton où

se situe l'hôpital, dans les limites de leurs mandats de prestations et de leurs capacités (art. 41a al. 1 LAMal).

d'urgence des hôpitaux, hospitalisation en urgence, cabinet médical et autres services ambulatoires des hôpitaux).

- 3.a. Un taux de recours élevé aux services d'urgence est-il associé à une plus grande part d'utilisateurs multiples ?
- 3.b. Un taux de recours élevé aux services d'urgence est-il associé à un coût moyen de la consultation plus bas ?
- 3.c. Les différences de taux de recours persistent-elles lorsque l'on considère ensemble les différents types de prise en charge des urgences ?

1.3 Structure du dossier

Le chapitre 2 de ce dossier présente les bases de données ainsi que les indicateurs utilisés pour l'analyse. La présentation des résultats se répartit en quatre chapitres. Le chapitre 3 décrit les caractéristiques des consultations dans les services d'urgence en Suisse et dans les cantons. Au chapitre 4, l'unité d'analyse passe de la consultation au patient, ce qui permet d'aborder la question du recours multiple aux services d'urgence. Le chapitre 5 se concentre sur les coûts des consultations et le chapitre 6 cherche à repérer si les différences cantonales de recours persistent lorsque les différents modes de prise en charge des urgences sont considérés ensemble. Le chapitre 7 résume les principaux résultats et les synthétise sous forme de modèles-types. Les limites de l'analyse sont ensuite passées en revue et les perspectives de recherche discutées.

2 Méthodologie

2.1 Survol des bases de données utilisées

Afin de rendre compte du recours et de l'activité dans le domaine des soins d'urgence, trois bases de données sont utilisées (T 2.1). Les consultations ambulatoires dans un service d'urgence reconnu sont recensées de façon exhaustive dans le relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux (PSA) mais des données complètes ne sont disponibles que pour l'année 2016. Le Pool tarifaire de SASIS SA (filiale de santésuisse) comprend également de telles données mais uniquement pour les cas relevant de l'assurance maladie obligatoire des soins. La couverture est donc partielle puisque les cas relevant d'autres assurances sociales ou concernant des personnes n'étant pas assurées en Suisse ne sont pas inclus.

Outre le recours aux services d'urgence des hôpitaux, il est également possible de rendre compte des consultations « en urgence » en recensant les indemnités forfaitaires prévues à cet effet. La statistique PSA permet de documenter ces taux de recours pour le domaine ambulatoire hospitalier alors que le pool tarifaire sert de source pour les cabinets médicaux.

Les consultations dans un service d'urgence telles que comptabilisées dans le relevé PSA et dans le pool tarifaire supposent une prise en charge ambulatoire des patients. Dès lors que ceux-ci sont hospitalisés, ils sont recensés dans la statistique médicale des hôpitaux. L'ensemble des cas d'hospitalisation y sont comptabilisés selon une définition homogène depuis 2012².

T 2.1 Bases de données et indicateurs en lien avec le recours urgent aux soins

Source	Prestataire	Variables	Indicateur
Relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux (PSA) - OFS	Service d'urgence d'un hôpital	Admission dans un service d'urgence reconnu: Positions Tarmed 35.0610	Taux de consultations Taux de patients Caractéristiques des consultations (nationalité, consultations par patient)
		Prestations associées aux positions Tarmed 35.0610 (même identifiant et même jour de prestations)	Coût de la prise en charge
	Service ambulatoire d'un hôpital	Indemnité forfaitaire de dérangement en cas d'urgence: Positions Tarmed 00.2510 / 00.2520 / 00.2540	Taux de consultations
Pool Tarifaire - SASIS SA	Cabinet médical ou permanence ambulatoire	Indemnité forfaitaire de dérangement en cas d'urgence: Positions Tarmed 00.2510 / 00.2520 / 00.2540	Taux de consultations
Statistique médicale des hôpitaux (MS) - OFS	Hôpital (stationnaire)	Admission en urgence (admission non planifiée, mais n'ayant pas obligatoirement transité par un service d'urgence)	Taux d'hospitalisation

Source: Obsan, illustration propre

© Obsan 2018

² Dès 2012, les cas de la statistique médicale sont définis d'une nouvelle manière: les cas qui ont été réhospitalisés dans les 18 jours sont désormais enregistrés sous le même numéro de cas.

2.2 Description des bases de données

Statistique des données des patients ambulatoires des hôpitaux (PSA)

Le relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux (PSA) est un nouveau relevé exhaustif et obligatoire. Cette statistique complète et étend les deux relevés existants pour le secteur hospitalier, à savoir la statistique médicale des hôpitaux (MS, données relatives aux séjours hospitaliers stationnaires) et la statistique des hôpitaux (KS, données structurelles des hôpitaux pour les secteurs ambulatoire et stationnaire). Elle contribue ainsi à répondre à l'exigence légale formulée par l'art. 59a, al 3, LAMal (les fournisseurs de prestations doivent communiquer aux autorités fédérales compétentes les données qui sont nécessaires pour surveiller l'application des dispositions de la LAMal relatives au caractère économique et à la qualité des prestations). Les données ont été publiées pour la première fois en novembre 2017 avec les données PSA 2015 et pour la deuxième fois en mai 2018 avec les données PSA 2016.

La statistique PSA relève les prestations ambulatoires délivrées par les hôpitaux et les maisons de naissance sur la base des données de facturation. L'unité statistique n'est donc pas le cas ambulatoire, mais la facture qui le concerne. Les données livrées contiennent des informations sociodémographiques sur les patients ainsi que sur les prestations facturées, la période de facturation, l'instance ayant prescrit la consultation, le garant ainsi que des informations partielles sur les diagnostics.

Pour le relevé de l'année 2016, 258 des 259 établissements hospitaliers délivrant des soins ambulatoires en Suisse ont participé au relevé. Concernant le recours aux services d'urgence, on dispose toutefois de données exhaustives car l'établissement manquant ne dispose pas d'un service d'urgence reconnu.

Cette étude constitue la première publication de l'Obsan basée sur la statistique PSA. L'exploitation de cette base de données a notamment mis en lumière certaines difficultés et limites concernant l'analyse et l'interprétation de ces données. À cet égard, il doit être considéré que le travail méthodologique ainsi que l'acquisition des connaissances permettant l'interprétation des résultats tirés de la statistique PSA sont amenés à se poursuivre au-delà de la publication de ce dossier.

Pool tarifaire SASIS SA

Le pool de données est un système d'information au service des assureurs et recense toutes les prestations de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Le pool de données regroupe toutes les factures saisies auprès des assureurs participant à la statistique, participation des assurés aux coûts incluse (franchise, quote-part et participation aux coûts des hospitalisations). Les analyses sont effectuées au niveau des cantons et selon l'année de traitement. Les données sont extrapolées lorsque le taux de couverture des assurés du pool tarifaire est inférieur à 100%. Pour les données présentées, ce taux de couverture se situe entre 98% et 100% selon les cantons.

Au moment de la préparation de ce dossier, les données étaient disponibles jusqu'à l'année 2015. Il existe donc un décalage d'une année entre les résultats du recours aux services d'urgence (2016) et ceux concernant les cabinets médicaux.

Statistique médicale des hôpitaux (MS)

La statistique médicale des hôpitaux (MS) recense chaque année et de manière exhaustive les données des hospitalisations effectuées en Suisse. Les résultats présentés dans ce dossier se basent sur les données provenant des hôpitaux de soins aigus. Seuls les patients admis en urgence, de façon non planifiée, sont retenus. Cela ne signifie pas nécessairement que ces patients ont transité par un service d'urgence ambulatoire. Les séjours hospitaliers dédoublés pour raison de transfert d'un hôpital à un autre ont été réunis et comptabilisés comme un seul et unique séjour.

2.3 Définition des indicateurs

Consultations dans un service d'urgence reconnu

La structure tarifaire TARMED sert au décompte des prestations médicales ambulatoires. Afin d'identifier les consultations dans un service d'urgence, la position Tarmed 35.0610 « Forfaits d'admission en urgence, service reconnu » est utilisée comme unité de comptage. Cette prestation correspond à l'admission administrative par un service d'urgence reconnu et comprend les éventuels temps d'attente. Elle peut être facturée au maximum une fois par jour. Cette prestation appartient au groupe GP-60, ce qui signifie qu'elle est réservée aux hôpitaux et aux médecins hospitaliers. Un taux de recours peut être mesuré en rapportant le nombre d'occurrence de cette position tarifaire à la population des cantons (statistique STATPOP 2016, OFS).

Encadré n°1 Définition d'un service d'urgence reconnu

L'obligation de disposer d'un service d'urgence peut être mentionnée dans la liste des mandats de prestations que les cantons attribuent dans le cadre de leur planification hospitalière (art 58e OAMal et art 39, al. 1, let. e LAMal). Selon le Concept sur la reconnaissance des unités fonctionnelles Tarmed (2018), est considéré comme service d'urgence reconnu, un service ayant reçu, par décret cantonal, un mandat de soins d'urgence avec obligation générale d'admission des patients, et assurant une permanence 24 heures sur 24, 365 jours par an. Il doit en outre garantir des soins médicaux à tout moment pour les patients admis en urgence et disposer pour chaque lit d'urgence de 0,5 poste de personnel soignant diplômé avec formation complémentaire. L'entrée des urgences doit être accessible au public et aux véhicules de secours, avec un accès de plain-pied (adapté aux lits). Dans le cadre des mandats de prestations tels que définis dans les listes hospitalières cantonales, des exigences supplémentaires peuvent être formulées.

Patients des services d'urgence

La PSA attribue un code de liaison anonyme et crypté à chaque patient. Cela permet de distinguer le nombre de consultations du nombre de patients, et de voir combien de consultations peuvent être attribuées à chaque patient.

L'OFS (2018) précise toutefois que l'unité présentée est plus précisément le patient par canton et par classe d'âge. Cela signifie qu'une personne n'est comptée qu'une seule fois (indépendamment du nombre de factures établies) seulement si le canton et la classe d'âge demeurent identiques au cours de l'année de relevé. Par contre, une même personne ayant été traitée dans plusieurs cantons au cours de l'année sera comptabilisée plusieurs fois. De la même manière, une personne ayant changé de classe d'âge entre deux factures sera comptabilisée deux fois, même si la facture provient d'un établissement situé dans le même canton.

Les caractéristiques de cette unité de comptage font que le nombre de patients tend à être surestimé. En conséquence, le phénomène du recours multiple aux services d'urgence tend pour sa part à être sous-estimé (voir chapitre 4).

Consultations urgentes au cabinet médical

Parallèlement au recours aux services d'urgence des hôpitaux, ce dossier s'intéresse également aux autres possibilités de prise en charge ambulatoire pour les demandes de soins urgents, ceci afin de voir comment s'articulent les recours à ces différents prestataires (cf. chapitre 6). Le tarif Tarmed prévoit trois types d'indemnité de dérangements en cas d'urgence en fonction du jour et de l'heure auxquels se déroule la consultation médicale ou la visite du médecin:

- 00.2510: Indemnité forfaitaire de dérangements en cas d'urgence A, lu-ve 7-19, sa 7-12
- 00.2520: Indemnité forfaitaire de dérangements en cas d'urgence B, lu-di 19-22, sa 12-19, di 7-19
- 00.2540: Indemnité forfaitaire de dérangements en cas d'urgence C, lu-di 22-7

En 2018, les critères d'urgence (du point de vue tarifaire) ont été précisés dans le cadre de la révision du tarif Tarmed par voie d'ordonnance (RO 2017 6023). Pour l'année 2016, c'est toutefois l'interprétation médicale de la version en cours depuis le 1^{er} octobre 2014 (version 01.08.01_BR) qui fait référence. Celle-ci stipule notamment les critères suivants:

- L'intervention du médecin est médicalement nécessaire et/ou jugée manifestement nécessaire par le patient, ses proches ou des tiers.
- Le spécialiste doit immédiatement s'occuper du patient ou lui rendre visite.
- Il y a contact direct entre médecin et patient. Exception: déplacement inutile jusqu'au lieu de l'accident ou de l'événement.
- Visites: domicile, maison de retraite, lieu de l'accident ou de l'événement, etc.

Ces prestations permettent typiquement d'indemniser les médecins pour les consultations réalisées dans le cadre de gardes médicales. Mais elles peuvent également être utilisées lors de l'activité ordinaire, dans la mesure où les critères d'urgence mentionnés ci-dessus sont remplis.

Dans une moindre mesure, les données présentées incluent également des indemnités pour dérangement en cas d'urgence facturées par des hôpitaux. Cela peut correspondre au cas où un spécialiste doit, depuis l'extérieur, venir d'urgence et de manière imprévue à l'hôpital (par exemple pour un médecin agréé). Ces indemnités ne peuvent pas être facturées par les médecins salariés d'un hôpital. Afin de ne pas alourdir la lecture, on parlera toutefois de recours urgent au cabinet médical sans spécifier ce cas particulier.

Chacune de ces trois positions Tarmed peut être facturée au maximum une fois par consultation, il est donc possible de mesurer le nombre de consultations dites « en urgence » en additionnant le nombre de chacune des indemnités forfaitaires.

Ces données sont issues du Pool tarifaire de SASIS SA et ne comprennent donc que les prestations à charge de l'AOS pour lesquelles une facture a été transmise à l'assureur. Comme les données dont dispose l'Obsan sont des données agrégées, il n'est pas possible de connaître le nombre de patients correspondant aux consultations pour lesquelles le forfait de dérangement en cas d'urgence a été facturé.

Il existe également une indemnité forfaitaire de dérangement en cas de consultation ou de visite pressante (Tarmed 00.2505). Celle-ci peut être facturée lorsque la prise en charge se fait en dehors des heures régulières de consultation et au plus tard dans un délai de deux heures. Afin de limiter le champ d'étude au seul domaine des urgences, le taux de consultations pressantes n'a pas été inclus dans l'analyse.

Hospitalisations en urgence

Dans la statistique médicale des hôpitaux (OFS), figurent des informations sur le mode d'admission des séjours hospitaliers. On distingue en particulier les séjours planifiés des admissions en urgence, lesquelles nécessitent un traitement dans les 12 heures. Formellement, il n'est pas nécessaire que le patient ait transité par le service d'urgence de l'hôpital pour que son séjour soit qualifié d'urgent. Les séjours hospitaliers dédoublés pour raison de transfert d'un hôpital à un autre ont été réunis et comptabilisés comme un seul et unique séjour.

Coût de la prise en charge

Les prestations associées à une consultation dans un service d'urgence sont identifiées au moyen des informations sur la date de la prestation et sur l'identifiant des patients. Comme la statistique PSA présente l'avantage de comporter des données individuelles, il est possible, non seulement d'évaluer le coût moyen de la prise en charge dans un service d'urgence, mais aussi d'en saisir les variations entre les différents patients des cantons.

Plusieurs catégories de coûts figurent dans la PSA. Celles-ci correspondent à la nomenclature officielle publiée par le Forum Datenaustausch. Pour l'analyse, quatre catégories de coûts, ou structures tarifaires, sont retenues:

- Les prestations médicales (Tarmed et forfaits Tarmed)
- Les analyses (selon la liste fédérale des analyses (LA))
- Les médicaments (selon le catalogue de médicaments code Pharma)
- Autres

T 2.2 Nombre d'admissions dans un service d'urgence sans prise en charge le même jour, par canton de l'hôpital, 2016,

Canton de l'hôpital	Admission dans un service d'urgence sans prise en charge le même jour	
	Nbr	En %
AG	463	1,6
AR	13	0,1
BE	92	0,3
BL	167	0,6
BS	41	0,1
FR	757	2,7
GE	5 694	20,0
GL	50	0,2
GR	296	1,0
JU	1	0,0
LU	286	1,0
NE	2 905	10,2
NW	6	0,0
SG	149	0,5
SH	1	0,0
SO	44	0,2
SZ	10	0,0
TG	52	0,2
TI	183	0,6
UR	5	0,0
VD	16 290	57,2
VS	86	0,3
ZG	9	0,0
ZH	865	3,0
Total	28 465	100

Source: OFS – Relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux 2016 © Obsan 2018

Dans la mesure où l'on recense l'ensemble des prestations délivrées à un même patient le jour de son admission, on suppose que les patients sont pris en charge le jour même. Or, 28'465 cas ont été repérés dans la base de données 2016, pour lesquels aucune prestation n'a été délivrée le même jour que l'admission dans le service d'urgence. Il peut s'agir de patients admis en soirée et pris en charge après minuit, soit en raison des délais d'attente, soit parce que ceux-ci ont été gardés en observation quelques heures (parfois dans l'attente qu'un lit d'hospitalisation se libère

dans une unité de soins hospitalière). Il est également possible que certains patients aient quitté les urgences avant d'être pris en charge. Ces admissions ont été conservées pour le calcul des coûts totaux des consultations dans un service d'urgence (cf. T 5.1) mais les éventuels coûts de la prise en charge consécutive à ces admissions ne sont pas inclus. Pour la mesure des coûts moyens et médians de la consultation, ces cas ont toutefois été exclus de l'analyse.

2.4 Comparaisons cantonales

Ce dossier adopte le plus souvent l'optique de la comparaison cantonale. Cette perspective permet de représenter l'ampleur des différences entre les cantons, de positionner ceux-ci par rapport à la moyenne nationale et d'établir des typologies. Dans ce dossier, deux types de comparaisons intercantionales se côtoient selon que l'on s'intéresse au recours par la population aux services d'urgence ou à l'offre de soins par les hôpitaux. Dans le premier cas, on retient le canton de domicile des patients, indépendamment du canton dans lequel un service d'urgence a été visité. Dans le second cas, on retient le canton de l'hôpital, puisque l'on s'intéresse aux modalités de prise en charge dans les différents cantons, indépendamment du canton de domicile des patients.

Il est à noter que lorsque c'est la perspective du canton de l'hôpital qui est adoptée, l'hôpital Riviera-Chablais qui est géré par les cantons de Vaud et du Valais est classé dans le canton de Vaud. De la même manière, l'hôpital intercantonal de la Broye qui est géré par les cantons de Vaud et de Fribourg est également classé dans le canton de Vaud. Dans les cantons de Fribourg et du Valais, la part des consultations dans le canton de résidence est donc artificiellement diminuée.

Il est nécessaire d'opérer la distinction entre canton de l'hôpital et canton de domicile dans la mesure où 14% des consultations dans un service d'urgence ont lieu dans un hôpital situé hors du canton de domicile. Selon les cantons, cette distinction a un impact plus ou moins important sur les résultats (voir T 2.3).

T 2.3 Nombre de consultations dans un service d'urgence, selon le canton de domicile et le canton de l'hôpital, 2016

	Consultations			En %
	par canton de domicile	par canton de l'hôpital	dans un hôpital du canton de résidence	
	Nbr	Nbr	Nbr	
AG	143 655	143 393	129 011	90%
AI	841	.	.	0%
AR	7 489	5 599	3 755	50%
BE	175 508	184 852	165 593	94%
BL	59 577	36 013	28 955	49%
BS	48 672	75 483	45 023	93%
FR*	87 014	70 323	65 960	76%
GE	108 611	108 266	104 645	96%
GL	5 232	4 911	4 213	81%
GR	29 052	36 633	26 175	90%
JU	18 575	17 751	16 352	88%
LU	59 512	60 125	52 180	88%
NE	47 107	46 418	43 866	93%
NW	4 992	4 584	3 575	72%
OW	7 799	7 415	6 446	83%
SG	77 431	84 129	69 196	89%
SH	17 196	17 969	15 288	89%
SO	56 344	47 503	38 134	68%
SZ	18 822	15 772	13 684	73%
TG	41 245	32 402	30 046	73%
TI	104 834	108 844	102 530	98%
UR	4 572	4 213	3 713	81%
VD	221 603	248 296	213 846	96%
VS*	60 643	48 437	44 205	73%
ZG	14 446	13 002	10 909	76%
ZH	238 749	238 365	221 588	93%
Canton inconnu	1 177	.	.	.
Total	1 660 698	1 660 698	1 458 888	88%

Source: OFS – Relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux 2016 © Obsan 2018

* L'hôpital Riviera-Chablais qui est géré par les cantons de Vaud et du Valais ainsi que l'hôpital intercantonal de la Broye qui est géré par les cantons de Vaud et de Fribourg sont tous deux classés dans le canton de Vaud.

2.5 Standardisation des résultats

Les cantons suisses ont des structures démographiques distinctes. Les taux de recours bruts aux services d'urgence sont susceptibles d'être sensibles à ces particularités. Il convient donc de standardiser les résultats afin de permettre la comparaison intercantonale. Dans le cadre de ce dossier, la méthode de standardisation directe a été utilisée. Celle-ci consiste à calculer quel serait le taux de recours que l'on observerait si on l'appliquait à une population de référence (en l'occurrence, la population suisse en 2016). Pour la standardisation par âge (p. ex. G 3.4) on obtient alors le taux de recours qui serait attendu si la structure démographique du canton était similaire à celle de la Suisse dans son ensemble. Pour la standardisation par âge et par groupe de nationalité (G 3.6), quatre groupes de nationalités ont été créés: suisse, pays voisins, autres pays européens et autres pays. Le taux cantonal standardisé indique alors quel serait le taux de recours attendu si la composition par âge et par groupe de nationalités correspondait aux valeurs moyennes pour la Suisse.

3 Admissions dans les services d'urgence des hôpitaux

En bref

En 2016, les services d'urgence ambulatoires des hôpitaux suisses ont pris en charge un total de 1,722 million de cas, ce qui correspond à 4'718 admissions par jour.

Le taux de recours aux services d'urgence est le plus élevé chez les enfants de moins de six ans (418 consultations pour 1000 habitants).

Avec un minimum de 53 consultations pour 1000 habitants (AI) et un maximum de 296 consultations pour 1000 habitants (TI), il existe d'importantes variations du taux de recours entre les cantons.

Le taux de recours des résidents de nationalité étrangère est plus élevé de 47% par rapport à celui des résidents de nationalité suisse.

Les différences de recours entre les cantons ne s'expliquent pas par la composition par âge et par nationalité des populations cantonales.

Une consultation sur cinq a lieu dans un hôpital universitaire

On recense 100 hôpitaux disposant de services d'urgence, sachant qu'un hôpital peut disposer de plusieurs services d'urgence (par exemple un service spécifique pour la pédiatrie). Les cinq hôpitaux universitaires de Suisse ont pris en charge près d'une consultation dans un service d'urgence sur cinq en 2016 (18%, G 3.1). La majorité des consultations se sont déroulées dans l'un des 52 hôpitaux de soins généraux avec prise en charge centralisée (60%) alors que 16% des consultations reviennent aux 44 hôpitaux de soins généraux délivrant des soins de base et disposant d'un service d'urgence³.

De plus, 6% des consultations se déroulent dans le service d'urgence de cliniques spécialisées, en particulier pour le domaine de la pédiatrie. Il existe par ailleurs une clinique psychiatrique disposant d'un service d'urgence reconnu (environ 1000 consultations par année).

3.1 Caractéristiques du recours aux services d'urgence

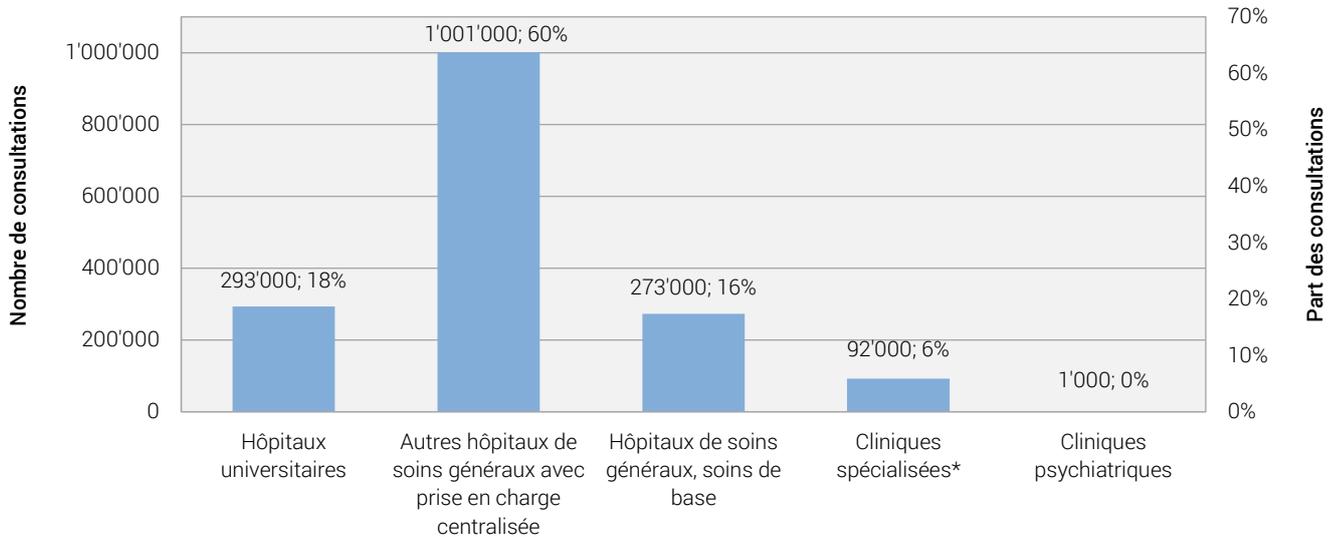
4718 admissions quotidiennes dans les services d'urgence

En 2016, les services d'urgence des hôpitaux ont pris en charge un total de 1,722 million de cas, ce qui correspond à 4718 admissions par jour. Ces données comprennent l'ensemble des patients, également ceux qui ne sont pas domiciliés en Suisse. Ces derniers représentent 3,4% de l'ensemble des consultations. Pour la suite de l'analyse, seules les personnes résidant en Suisse sont retenues pour les indicateurs du taux de recours (1,661 million de consultations en 2016).

³ Les hôpitaux de « prise en charge centralisée » se distinguent notamment des hôpitaux de « soins de base » au niveau des

possibilités de formation, de l'offre de prestations ou de l'infrastructure (OFS, 2006).

G 3.1 Nombre et part de consultations dans un service d'urgence d'un hôpital, par type d'hôpital, 2016



Source: OFS – Relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux 2016

© Obsan 2018

* Cliniques spécialisées autres que cliniques psychiatriques ou cliniques de réadaptation (p.ex. cliniques actives dans le domaine de la pédiatrie ou de la chirurgie).

Les données sont arrondies au millier.

De 19 à 65 ans, les accidents sont la cause d'une consultation sur quatre.

Dans l'ensemble, 83% des consultations relèvent de la loi sur l'assurance maladie et 15%, de la loi sur l'assurance-accidents. Les cas relevant d'autres assurances représentent moins de 1% des consultations (garant inconnu pour 2% des cas).

T 3.1 Garant de la facture des consultations dans un service d'urgence d'un hôpital, selon la classe d'âge, 2016

	Classe d'âge					Total
	0-18 ans	19-45 ans	46-65 ans	66-85 ans	86+ ans	
LAMal	95%	72%	76%	98%	99%	83%
LAA	3%	24%	21%	1%	0%	15%
LAI / LAM / LCA / Autre	1%	1%	1%	0%	0%	1%
Inconnu	1%	3%	2%	1%	1%	2%

Source: OFS – Relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux 2016 © Obsan 2018

Note: LAMal: Loi fédérale sur l'assurance maladie; LAA: Loi fédérale sur l'assurance-accidents; LAI: Loi fédérale sur l'assurance-invalidité; LAM: Loi fédérale sur l'assurance militaire; LCA: Loi fédérale sur le contrat d'assurance.

Chez les personnes mineures ainsi que chez les personnes âgées de plus de 65 ans, la quasi-totalité des consultations relève de l'assurance maladie, cette population n'étant généralement pas soumise au régime de l'assurance-accidents⁴. Chez les personnes âgées de 19 à 65 ans, la part de consultations relevant de l'assurance-accidents se situe entre 21% et 24%.

39% des consultations concernent des jeunes jusqu'à 25 ans

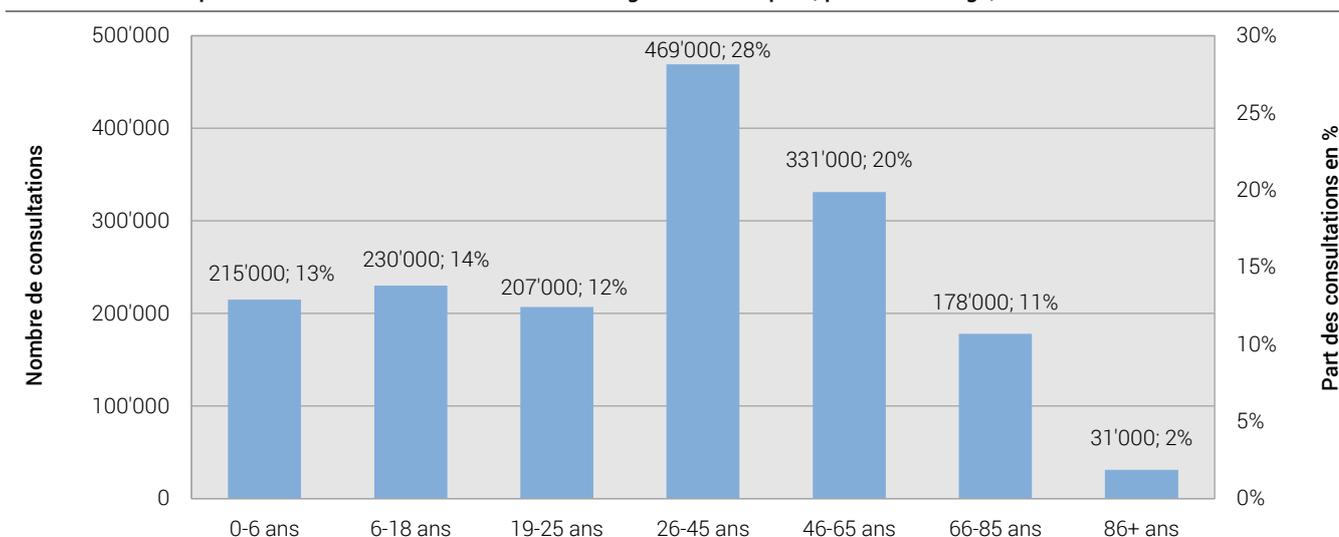
La jeune patientèle représente une part considérable des admissions dans un service d'urgence: 39% des consultations sont le fait de patients âgés de moins de 26 ans. Près de trois consultations sur dix concernent une personne âgée de 26 à 45 ans (28%) et deux sur dix, des patients dont l'âge se situe entre 46 et 56 ans (20%, G 3.2). Les personnes retraitées constituent 13% des admissions dans un service d'urgence. Seule une moindre part est âgée de plus de 85 ans.

Rapportées à la population résidente en Suisse (G 3.3) ces valeurs correspondent toutefois à des taux de recours qui diffèrent autrement selon la classe d'âge.

⁴ Seuls les travailleurs occupés sont assurés à titre obligatoire à l'assurance-accidents (art. 1 LAA). Les autres personnes doivent

être assurées contre les accidents dans le cadre de leur assurance maladie obligatoire.

G 3.2 Nombre et part de consultations dans un service d'urgence d'un hôpital, par classe d'âge, 2016



Source: OFS – Relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux 2016

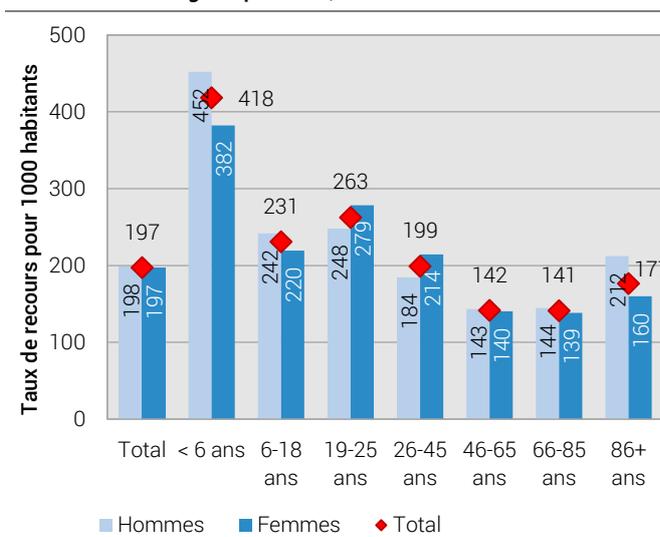
© Obsan 2018

Données arrondies au millier.

Le taux de recours est particulièrement élevé chez les jeunes enfants

En moyenne suisse, on compte presque une consultation pour cinq habitants (197 consultations pour 1000 habitants). Le taux de recours varie toutefois considérablement selon la classe d'âge et dans une moindre mesure, en fonction du sexe. Avec environ deux consultations pour cinq habitants, c'est chez les moins de 6 ans que le taux de recours au service d'urgence est le plus élevé. L'écart entre les garçons et les filles est relativement marqué au sein de cette classe d'âge, les premiers affichant un taux de recours plus élevé de 18% par rapport aux secondes. Le taux de recours aux services d'urgence est ensuite le plus élevé chez les 19-25 ans (248 consultations pour 1000 habitants chez les jeunes hommes et 279 chez les jeunes femmes). On observe au sein de cette classe d'âge, un taux de recours supérieur de 11% chez les jeunes femmes par rapport aux jeunes hommes. Cet écart s'explique en partie par les urgences gynécologiques. Pour les classes d'âge suivantes, le taux de recours diminue ensuite pour atteindre son niveau le plus bas chez les 46-85 ans (environ 140 consultations pour 1000 habitants). Il augmente à nouveau chez les 86 ans et plus, particulièrement chez les hommes âgés qui affichent un taux de recours supérieur de 33% à celui des femmes âgées. Il est à noter que des différences de recours similaires selon l'âge et le sexe existent dans le domaine des hospitalisations en soins aigus (Obsan 2018).

G 3.3 Taux de recours aux services d'urgence d'un hôpital, par classe d'âge et par sexe, 2016



Source: OFS – Relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux 2016, STATPOP 2016

© Obsan 2018

3.2 Variations cantonales du recours aux services d'urgence

Importantes variations du recours aux services d'urgence entre les cantons

Outre les différences liées aux classes d'âge, les taux de recours bruts varient aussi de façon importante entre les cantons suisses (G 3.4). Les valeurs maximale et minimale sont représentées par les cantons du Tessin (296 consultations pour 1000 habitants) et d'Appenzell Rhodes-Intérieures (53 consultations pour 1000 habitants). Mais les résultats varient aussi de façon importante entre ces deux valeurs extrêmes. Le coefficient de variation est ici de 34%, ce qui signifie que les résultats des cantons s'écartent en moyenne de 34% de la moyenne des cantons⁵.

La structure par âge des cantons n'explique pas les différences de recours aux services d'urgence

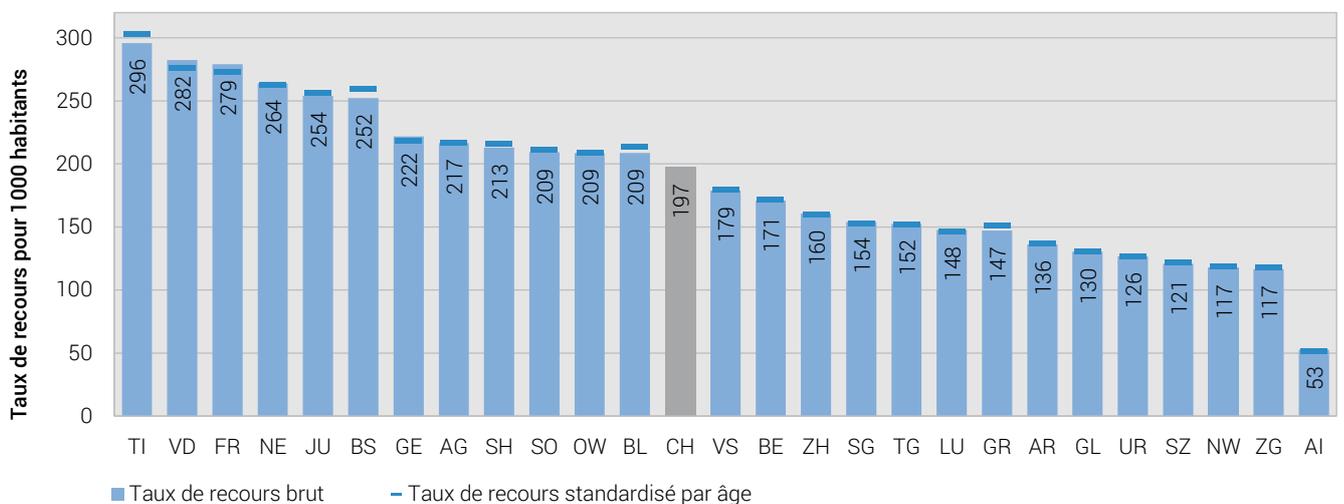
Dans la mesure où il a été observé que le taux de recours aux services d'urgence est lié à la classe d'âge, il est important de voir si les différences subsistent lorsque l'on tient compte de la structure par âge des populations cantonales. Pour cela, le

graphique G 3.4 représente ensemble les taux de recours bruts et standardisés.

Dans les cantons du Tessin, de Bâle-Ville ou de Bâle-Campagne, les taux de recours bruts sont légèrement inférieurs aux taux standardisés. Cela signifie que si la structure par âge de la population de ces cantons était similaire à celle de la moyenne suisse, les taux de recours seraient un peu plus élevés. A l'inverse, les cantons de Vaud et de Fribourg présenteraient des taux de recours plus faibles si la structure par âge de ces cantons était identique à celle de la moyenne suisse.

La composition démographique des cantons étant assez similaire, cet élément n'intervient cependant pas dans l'explication des différences entre cantons: le coefficient de variation passe de 34% pour le taux de recours bruts à 33% pour le taux de recours standardisé.

G 3.4 Taux de recours brut et standardisé par âge aux services d'urgence d'un hôpital, par canton de domicile du patient, 2016



Source: OFS – Relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux 2016, STATPOP 2016

© Obsan 2018

⁵ Le taux de recours moyen des cantons suisses (185 consultations pour 1000 habitants) ne correspond pas au taux de recours moyen

de la population suisse (197 consultations pour 1000 habitants, G 3.4)

3.3 Recours aux services d'urgence en fonction de la nationalité

Recours aux services d'urgence plus fréquent chez les résidents étrangers que chez les suisses

En moyenne suisse, deux consultations sur trois (66,1%), concernent des patients de nationalité suisse. Les patients de nationalité étrangère représentent le tiers restant des consultations (33,5%, la nationalité est inconnue pour 0,4% des consultations). Cette répartition indique une surreprésentation des patients de nationalité étrangère au sein des services d'urgence, ceux-ci représentant 25,6% de la population résidente (permanente et non permanente, STATPOP 2016).

Le taux de recours des résidents de nationalité étrangère (255 consultations pour 1000 habitants) est effectivement plus élevé de 47% par rapport à celui des résidents de nationalité suisse (173 consultations pour 1000 habitants). Cet écart tient en partie à la composition par âge de la population étrangère: la part de personnes âgées de 25 à 49 ans est plus élevée chez les résidents étrangers, alors que la part de personnes âgées de 55 à 84 ans est plus importante chez les résidents suisses.

Afin de neutraliser l'effet de la structure par âge, les taux de recours présentés sur le graphique G 3.5 sont standardisés par classes d'âge. Avec un taux de recours standardisé de 169 consultations pour 1000 résidents suisses contre 232 consultations pour 1000 résidents étrangers, un écart de 38% subsiste. Ce résultat n'est en fait pas surprenant car on s'attend à ce que la population étrangère ait moins souvent un médecin de famille auquel se référer en premier recours et ait une moins bonne connaissance des possibilités de prise en charge médicale alternatives aux services d'urgence (Clément et al., 2010).

Les différences intercantionales s'avèrent plus prononcées pour ce qui concerne le taux de consultations des patients de nationalité étrangère (coefficient de variation de 38%) que pour les patients de nationalité suisse (32%). En effet, alors que dans plusieurs cantons, le taux de recours des étrangers ne dépasse pas de plus de 20% celui des suisses, dans d'autres cantons, il s'avère presque deux fois plus élevé.

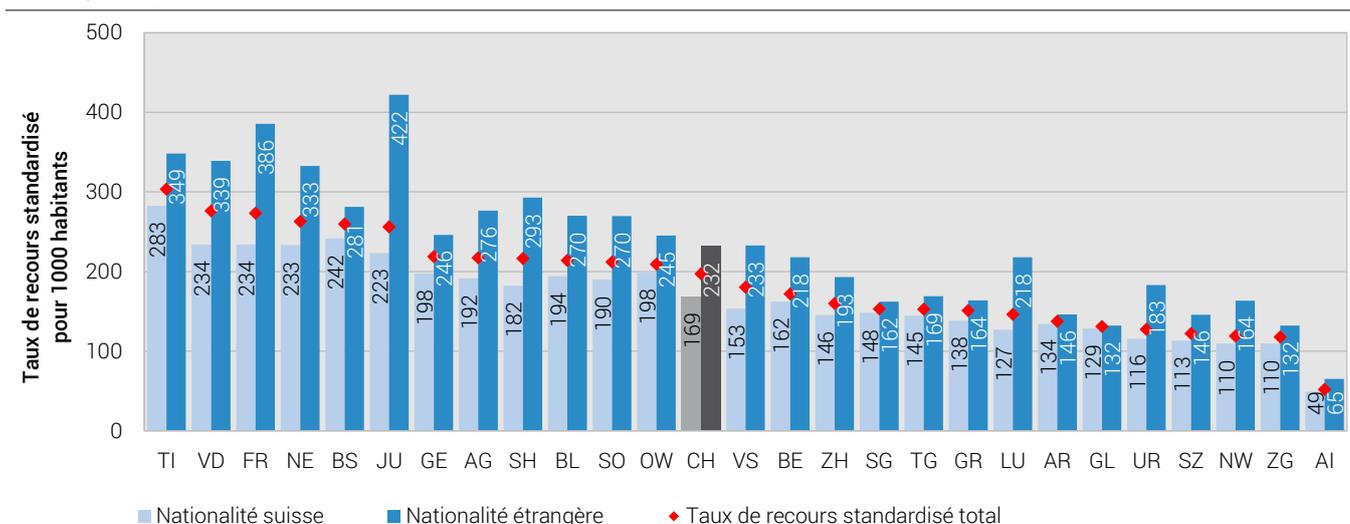
Le recours différencié des résidents étrangers aux services d'urgence tend donc à accentuer les différences cantonales. Comme dans la plupart des cantons, la part de la population étrangère au sein de la population résidente ne dépasse pas les 30%, l'effet sur le taux de recours global des cantons reste cependant modéré.

Les différences de recours ne s'expliquent pas par la composition démographique des cantons

En effectuant une standardisation des résultats qui tient également compte de la composition de la population cantonale par âge et par groupes de nationalités (G 3.6), on peut encore observer quel serait le taux de recours attendu si la structure démographique des cantons était celle qui prévaut en moyenne suisse.

Le classement des cantons s'en trouve légèrement modifié par rapport à l'ordre qui apparaît pour le seul taux de recours standardisé par âge. Mais le coefficient de variation, qui passe de 34% pour le taux de recours brut à 33% pour le taux de recours standardisé par âge, se maintient à 33% pour le taux de recours standardisé par âge et par groupe de nationalité. Les différences de recours ne s'expliquent donc pas par la composition démographique des cantons.

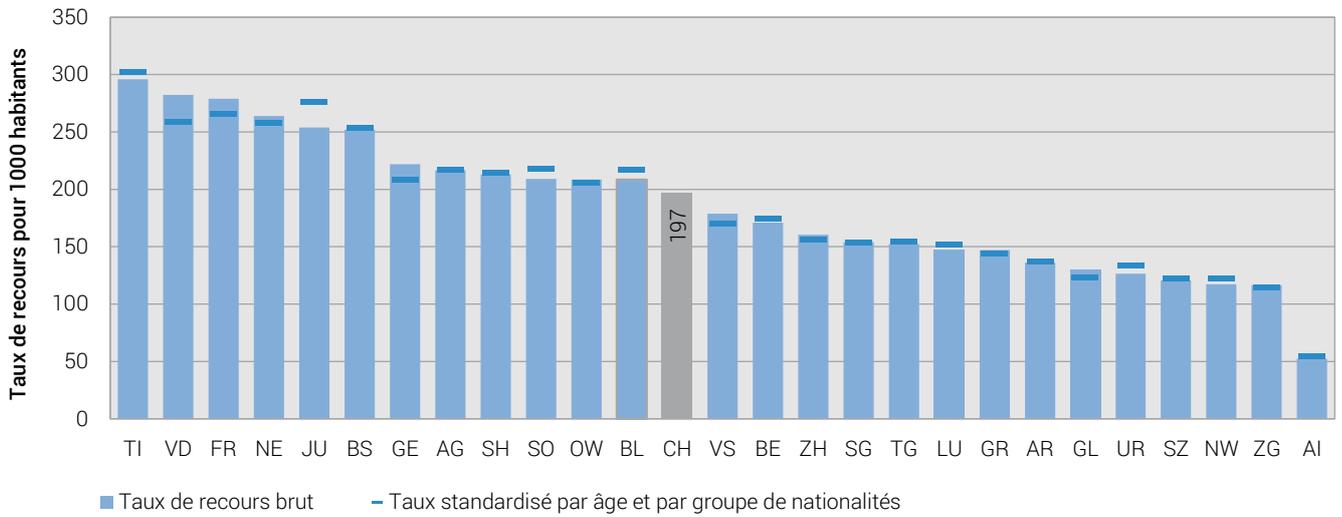
G 3.5 Taux de recours standardisés par âge aux services d'urgence d'un hôpital, selon la nationalité, par canton de domicile du patient, 2016



Source: OFS – Relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux 2016, STATPOP 2016

© Obsan 2018

G 3.6 Taux de recours à un service d'urgence et standardisation par âge et par groupe de nationalités, par canton de domicile du patient, 2016



Source: OFS – Relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux 2016, STATPOP 2016

© Obsan 2018

Groupes de nationalités utilisés pour la standardisation: suisse, pays voisins, autres pays européens et autres pays.

4 Patients des services d'urgence des hôpitaux

En bref

En 2016, on recense 1,661 million de consultations dans un service d'urgence qui sont le fait de 1,232 million de patients.

78% des patients des services d'urgence sont des utilisateurs ponctuels (une seule consultation dans l'année).

10% des consultations sont le fait d'utilisateurs fréquents (au moins quatre consultations dans l'année).

Le recours multiple aux services d'urgence (plusieurs consultations dans l'année) concerne surtout les plus jeunes: un tiers des enfants de moins de six ans se sont rendus plusieurs fois aux urgences au cours de l'année.

La part de recours multiple chez les enfants de moins de six ans est plus élevée chez les enfants de nationalité étrangère (38%) que chez les enfants suisses (30%).

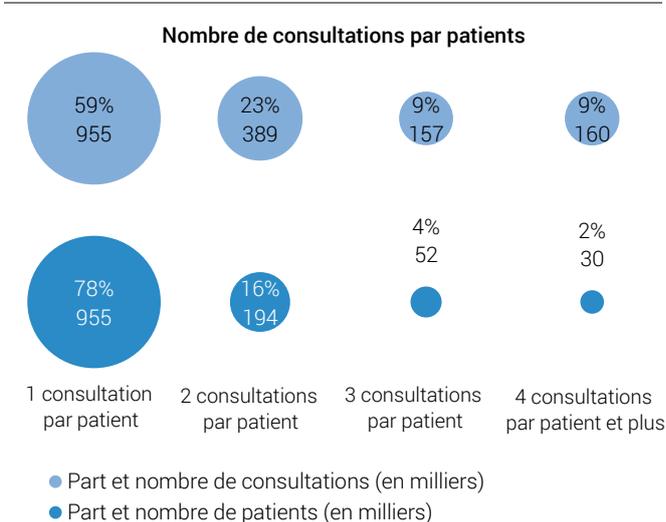
Le nombre moyen de consultations par patient est plus élevé lorsque le taux de patients est haut.

Les différences cantonales de recours aux services d'urgence (en consultations par habitant) s'expliquent en partie par la fréquence du recours multiple.

Une consultation dans un service d'urgence sur dix est le fait d'utilisateurs fréquents

En 2016, on recense 1,661 million de consultations dans un service d'urgence qui sont le fait de 1,232 million de patients, soit en moyenne 1,34 consultation par patient. Sur l'ensemble des patients, 78% se sont rendus une seule fois dans un service d'urgence mais cela correspond à 59% de l'ensemble des consultations (G 4.1). Ainsi, près de quatre patients sur cinq ont une utilisation ponctuelle des services d'urgence, mais cela ne correspond qu'à un peu plus de la moitié des consultations. A l'inverse, 22% des patients sont des utilisateurs multiples (plus d'une consultation au cours de l'année), pour 41% de l'ensemble des consultations.

G 4.1 Patients et consultations dans les services d'urgence d'un hôpital, nombre et pourcentage, 2016



4.1 Nombre de consultations par patient

Une autre façon d'appréhender le recours aux services d'urgence consiste à recenser, non pas le nombre de consultations, mais le nombre de patients. En effet, il est possible qu'au cours de l'année, un même patient se rende à plusieurs reprises dans un service d'urgence. On s'attend donc à ce que le nombre de patients soit inférieur à celui des consultations.

Les services d'urgence sont conçus de façon à proposer des réponses ponctuelles. Ils sont particulièrement adéquats lorsque la défaillance est bien caractérisée (syndrome coronarien, crise d'asthme sévère, etc.). Pour les patients ayant besoin d'une prise en charge qui s'inscrit dans la durée, le recours à d'autres prestataires de soins est généralement considéré comme plus adapté (Georges-Tarragano et al. 2013, Althaus et al, 2011).

Source: OFS – Relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux 2016, STATPOP 2016 © Obsan 2018

Si l'on retient le seuil de quatre consultations par patient pour qualifier les utilisateurs fréquents⁶, on constate que ceux-ci ne constituent qu'une moindre part de l'ensemble des patients (2%) mais que près d'une consultation sur dix (9%) peut leur être attribuée.

Il convient en outre de rappeler que la définition utilisée du patient (par classe d'âge et par canton) tend à surestimer le nombre de personnes se rendant dans un service d'urgence (voir méthodologie). Cela signifie que la part réelle d'utilisateurs multiples est en fait supérieure à ce qu'indiquent les données du graphique G 4.1.

Le recours multiple aux services d'urgence est le plus courant chez les patients âgés de moins de 6 ans

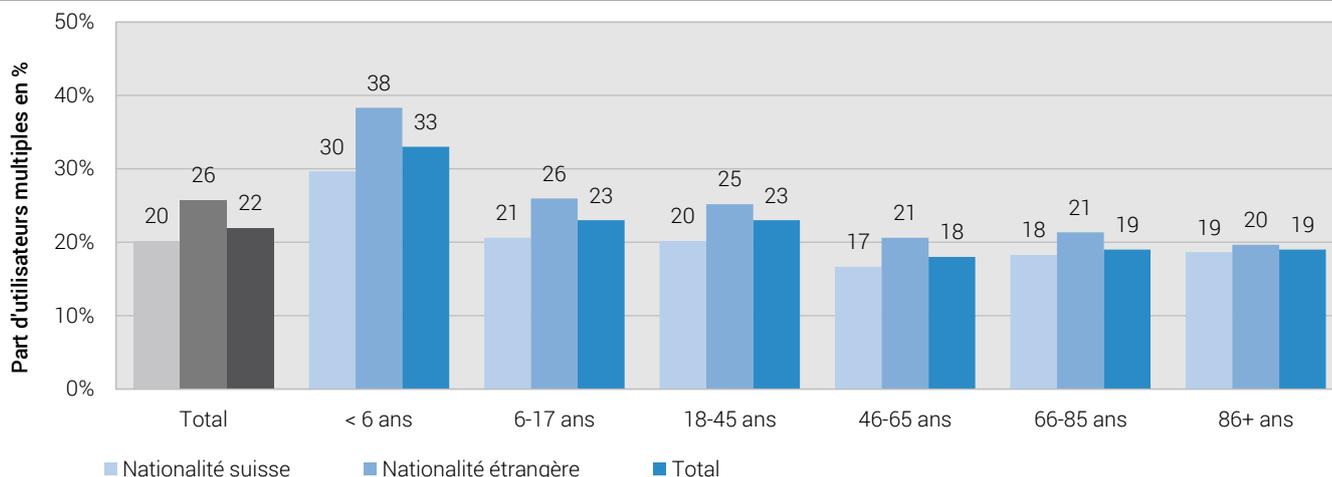
Le recours multiple (au moins deux consultations durant l'année) aux services d'urgence diffère selon la classe d'âge. Il est le plus

fréquent chez les jeunes patients âgés de moins de six ans, un tiers d'utilisateurs multiples étant ici recensé (33%, G 4.2). La part d'utilisateurs multiples est la plus basse chez les patients âgés de plus de 45 ans (19%).

Le recours multiple est plus fréquent chez les patients de nationalité étrangère que chez les résidents suisses (respectivement 26% et 20% des patients). L'écart est le plus important pour les enfants âgés de moins de 6 ans pour lesquels le recours multiple atteint 38% des jeunes patients de nationalité étrangère contre 30% des patients de nationalité suisse. Cette différence s'amenuise chez les patients plus âgés.

Le fait que les patients de nationalité étrangère aient plus souvent que les patients suisses une utilisation répétée des services d'urgence explique en partie que le taux de recours (exprimé par le nombre de consultations pour 1000 habitants) soit plus élevé chez les résidents étrangers que chez les suisses.

G 4.2 Part d'utilisateurs multiples des services d'urgence d'un hôpital, selon la classe d'âge et la nationalité, 2016



Source: OFS – Relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux 2016, STATPOP 2016

© Obsan 2018

4.2 Variations cantonales du taux de patients

En considérant les patients plutôt que les consultations, les différences de recours entre cantons tendent à s'aplanir

Pour l'ensemble de la Suisse, on trouve un taux de 140 patients pour 1000 habitants (G 4.3) alors que 197 consultations pour 1000 habitants étaient recensées. La position des cantons reste à peu près la même que pour le taux de consultations mais les écarts entre cantons diminuent puisque le coefficient de variation passe de 33% pour le taux de consultations standardisé à 28% pour le taux de patients standardisé.

De plus, on observe que lorsque le taux de patients est bas, on compte une moyenne d'environ 1,2 consultation par patient alors que lorsque le taux de patient est élevé, ce nombre approche 1,5. Cela suggère que les variations du taux de consultation peuvent être mises en lien avec la part d'utilisateurs multiples (voir ci-après).

⁶ Les études portant sur les utilisateurs fréquents des urgences utilisent différents seuils pour qualifier ce groupe. Généralement,

ce seuil est supérieur ou égal à quatre consultations par année (Althaus et al. 2011).

4.3 Relation entre la part d'utilisateurs multiples et le recours aux urgences

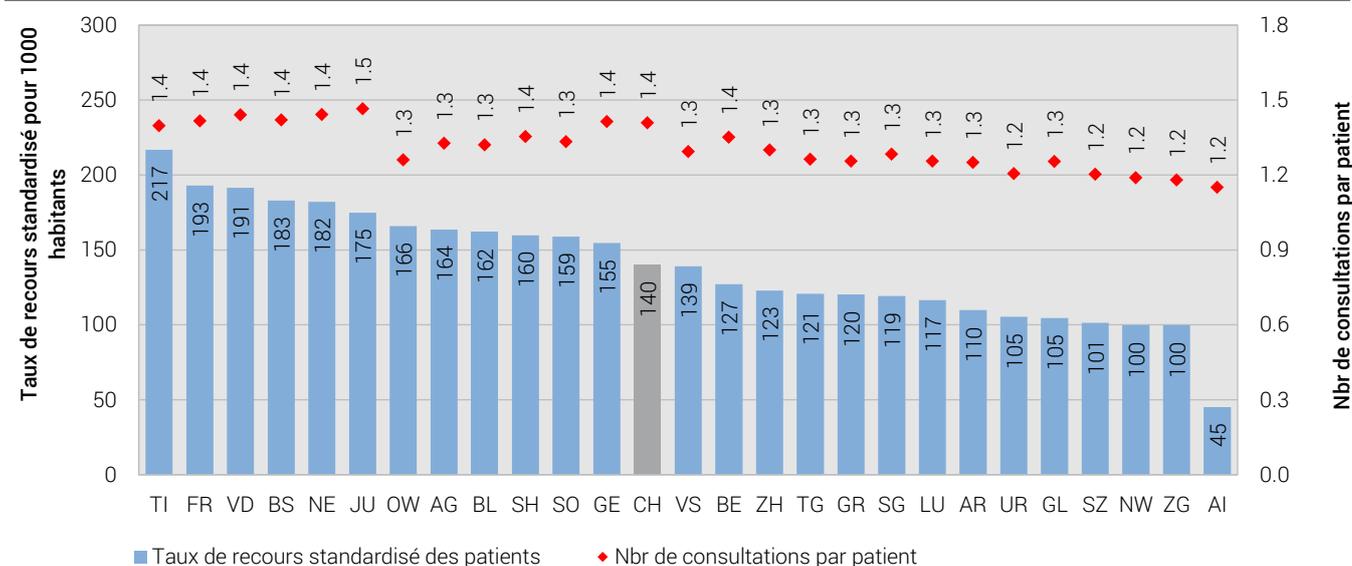
Un taux de recours élevé est plus souvent le fait d'utilisateurs multiples

Il s'agit alors de voir si les différences cantonales de recours aux services d'urgence identifiées au chapitre précédent peuvent être mises en lien avec la part d'utilisateurs multiples (G 4.4). Selon les cantons, la part de patients s'étant rendu plusieurs fois dans un service d'urgence au cours de l'année se situe entre un minimum

de 12% et un maximum de 34%. Les données confirment que la part d'utilisateurs multiples est significativement plus élevée lorsque le taux de recours aux services d'urgence est haut (r de Pearson = 0.74). A l'inverse, un taux de recours bas sera plus souvent le fait d'utilisateurs ponctuels.

La relation linéaire positive observée entre le taux de recours aux services d'urgence et la part d'utilisateurs multiples tend à soutenir l'hypothèse d'un effet de substitution: si les utilisateurs ont tendance à se rendre plusieurs fois aux services d'urgence, ce peut-être pour des motifs qui dans d'autres cantons, seraient pris en charge par des médecins en cabinet.

G 4.3 Taux de recours standardisé des patients aux services d'urgence d'un hôpital, par canton de domicile du patient, 2016

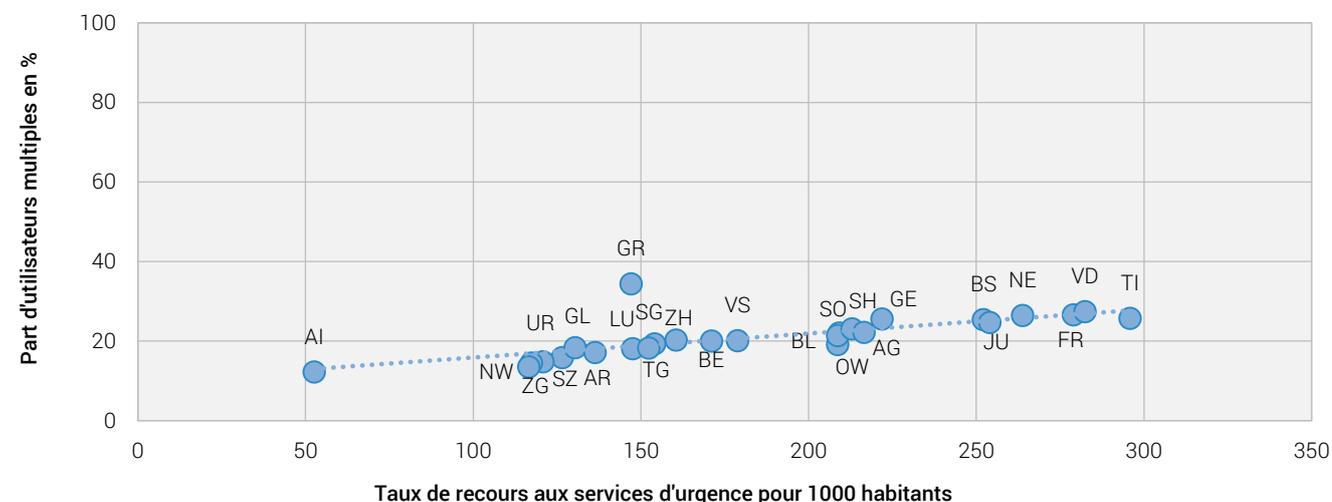


Source: OFS – Relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux 2016, STATPOP 2016

© Obsan 2018

G 4.4 Relation entre le recours aux services d'urgence d'un hôpital et la part d'utilisateurs multiples, par canton de domicile du patient, 2016

$r = 0.74$; $p = <0.0001$.



Source: OFS – Relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux 2016, STATPOP 2016

© Obsan 2018

5 Mesures des coûts de la prise en charge dans un service d'urgence

En bref

Le recours aux services d'urgence des hôpitaux représente 9,3% des coûts des services ambulatoires des hôpitaux et 0,8% de l'ensemble des coûts de la santé.

Au sein des cantons, une grande variabilité des coûts des consultations est observée.

Le coût moyen de la consultation s'élève à 382 francs mais le coût médian est nettement plus bas (290 francs). Cette différence s'explique par la présence de valeurs extrêmes élevées.

Avec un coefficient de variation de 16%, les coûts moyens de la consultation dans les cantons varient moins fortement que les taux de recours aux services d'urgence (34%).

Le coût moyen de la consultation est inversement lié au taux de recours aux services d'urgence.

5.1 Mise en perspective du coût des urgences

Les consultations dans les services d'urgence représentent 0,8% des coûts de la santé

En 2016, les consultations dans les services d'urgence reconnus des hôpitaux ont généré des factures pour un montant total atteignant 624 millions de francs (voir T5.1). Cette somme représente 9,3% des coûts ambulatoires des hôpitaux. On estime encore que les coûts des urgences représentent 2,2% des coûts ambulatoires et stationnaires des hôpitaux et 0,8% de l'ensemble des coûts de la santé.

Contrairement au domaine stationnaire, le domaine ambulatoire ne bénéficie pas de la participation minimale de 55% aux frais par les cantons. Les coûts des urgences à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) représentent donc une part plus élevée des coûts totaux de l'AOS (1,8%).

On rappelle que le montant total calculé est vraisemblablement légèrement sous-estimé en raison du mode de calcul qui ne tient pas compte des coûts de prise en charge des patients lorsque ceux-ci ont été admis la veille (voir méthodologie).

T 5.1 Coût des consultations dans un service d'urgence facturés, en milliers de francs, 2016

	Coûts totaux		Coûts AOS	
	Montants facturés	Part du coût des urgences	Montants facturés	Part du coût des urgences
Coût des urgences facturés ¹	624 280	100%	504 132	100%
Coûts ambulatoires des hôpitaux ²	6 700 000	9,3%	5 942 900	8,5%
Coûts des hôpitaux ³	28 459 000	2,2%	11 583 000	4,4%
Coûts de la santé ³	80 709 000	0,8%	28 697 000	1,8%

Source: OFS – Relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux 2016¹, Statistique des patients ambulatoires des hôpitaux 2016², Statistique du coût et financement du système de santé 2016p³. © Obsan 2018

Données arrondies au million pour les coûts ambulatoires des hôpitaux, les coûts des hôpitaux et les coûts de la santé.

5.2 Variations cantonales du coût de la consultation

La consultation dans un service d'urgence coûte en moyenne 382 francs...

Le graphique G 5.1 représente les montants moyens facturés par consultation dans un service d'urgence, en fonction du canton de l'hôpital. La perspective de l'offre est ici adoptée (canton de l'hôpital et non du patient) afin de rendre compte de l'activité réalisée au sein des établissements hospitaliers.

Le coût moyen de la consultation passe de 266 francs dans le canton du Tessin à 540 francs dans le canton de Nidwald pour une moyenne suisse de 382 francs par consultation. Entre ces deux extrêmes, le montant moyen facturé se situe entre 300 francs et 400 francs dans la plupart des cantons. Avec un coefficient de variation de 16%, les résultats sont moins dispersés que ceux ayant trait au taux de recours (34%).

G 5.1 Montant moyen facturé par consultation dans les services d'urgence, par canton de l'hôpital, 2016



Source: OFS – Relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux 2015

© Obsan 2018

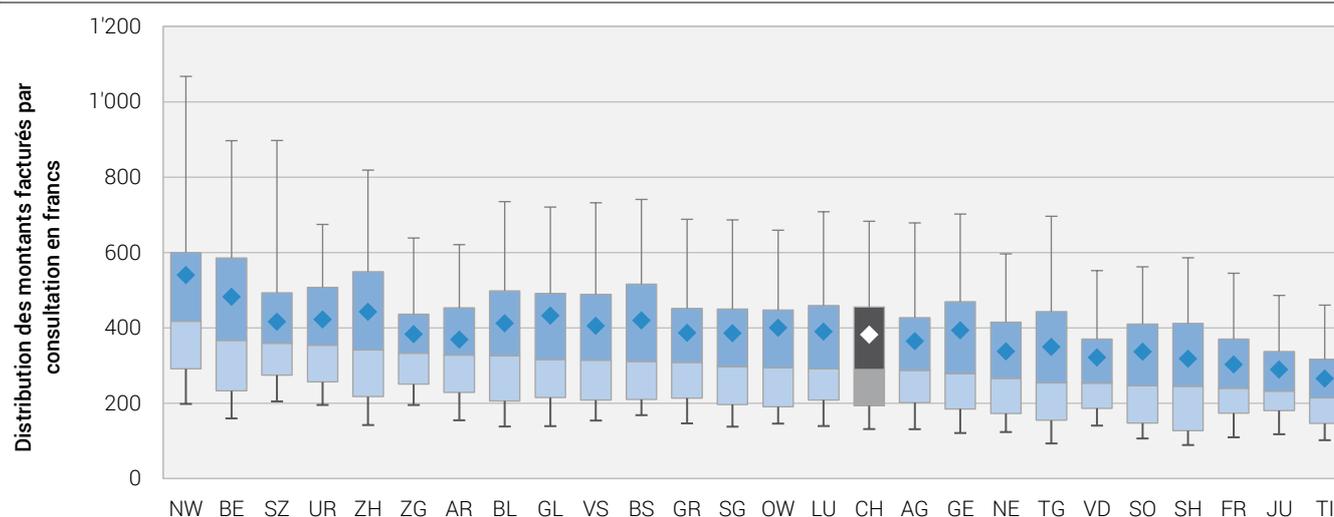
... mais la moitié des consultations coûtent moins de 290 francs

Afin de comprendre si les différences tiennent à la présence de valeurs extrêmes ou si les écarts sont plus systématiques, il est nécessaire de représenter la distribution des montants facturés par consultation: sur le diagramme en boîtes (ou box-plot, G 5.2) les rectangles comprennent 50% des consultations et les segments, 80%. Pour l'ensemble de la Suisse, on observe déjà qu'avec une valeur de 290 francs, le coût médian de la consultation est nettement plus bas que le coût moyen qui se

situe à 382 francs. Cet écart s'explique par la présence de valeurs extrêmes élevées, sachant que 5% des consultations coûtent plus de 670 francs, et 1% coûte plus de 1'200 francs. Selon les cantons, le coût médian de la consultation est inférieur de 11% à 29% au coût moyen.

Cette représentation permet également d'illustrer les différences entre les cantons dans la variabilité des montants facturés. Les cantons de Zoug, de Vaud, du Jura et du Tessin présentent des données assez regroupées alors que les cantons de Nidwald, de Berne ou de Zurich présentent des résultats nettement plus dispersés.

G 5.2 Distribution (boîtes à moustache) des montants facturés par consultation, par canton de l'hôpital, 2016



Source: OFS – Relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux 2016

© Obsan 2018

Légende: Moustache inférieure: 10^{ème} au 25^{ème} percentile; boîte inférieure: 25^{ème} au 50^{ème} percentile; boîte supérieure: 50^{ème} et 75^{ème} percentile; moustache supérieure: 75^{ème} et 90^{ème} percentile. Le losange représente la valeur moyenne.

5.3 Composition du coût de la consultation

Les écarts quant au coût de la consultation dans les cantons suisses s'expliquent en partie par des différences de pratique de facturation

Il est possible de décomposer le coût moyen de la consultation par catégories de coûts. De manière générale, les prestations médicales représentent la plus grande partie des coûts (83% pour l'ensemble de la Suisse, G 5.3). Viennent ensuite les coûts liés aux analyses selon la liste fédérale des analyses (LA) qui représentent 11% du coût moyen de la consultation en Suisse et les coûts des médicaments selon le catalogue de médicaments code Pharma qui représentent (2%). De plus, 4% des coûts sont attribués à la catégorie « Autres ».

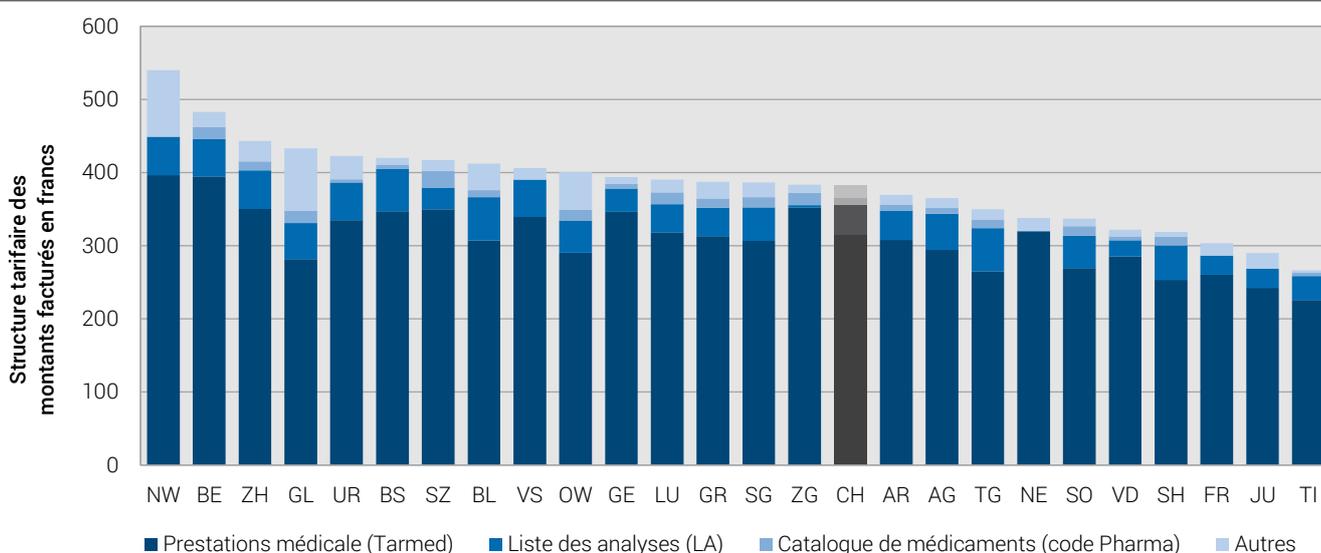
Il est à noter que les prestations médicales comprennent les coûts d'imagerie médicale. Dans la mesure où les services d'urgence des hôpitaux ne disposent pas nécessairement des

mêmes équipements techniques (Sanchez et al. 2013), il est possible qu'une partie des différences de coût moyen entre les cantons soit liée à l'utilisation de technologies telles que le CT scanner ou l'IRM.

Pour ce qui concerne les médicaments, il est également possible que dans certains cantons, ces coûts comprennent non seulement la remise de médicaments en cas d'urgence ou pour initier le traitement prescrit, mais également la vente de médicaments par les pharmacies des hôpitaux.

De plus, il est à noter que les frais de transport représentent une part importante du poste budgétaire « Autres » dans les cantons de Nidwald, de Glaris et d'Obwald. Il est possible que dans ces cantons, les frais d'ambulance soient directement facturés par l'hôpital alors que ce ne serait pas le cas ou pas systématiquement dans les autres cantons. On peut envisager que le périmètre des coûts facturés par les hôpitaux diffère sur d'autres aspects, ce qui tendrait à limiter la comparabilité des résultats.

G 5.3 Structure tarifaire des montants moyens facturés par consultation, par canton de l'hôpital, 2016



Source: OFS – Relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux 2016

© Obsan 2018

5.4 Relation entre le coût de la consultation et le recours aux urgences

Les coûts peuvent être considérés comme reflétant indirectement la lourdeur et la complexité des situations médicales qui se présentent. Dans l'hypothèse d'un effet de substitution, si les patients privilégient le recours aux services d'urgence, ce sera plus souvent pour des cas simples et peu coûteux. A l'inverse, s'ils s'orientent plus volontiers vers d'autres modes de prise en charge ou s'ils s'abstiennent de soins, la part de cas graves et plus coûteux à prendre en charge sera plus importante au sein des services d'urgence.

Plus le taux de recours aux services d'urgence est élevé, plus le coût moyen de la consultation est bas

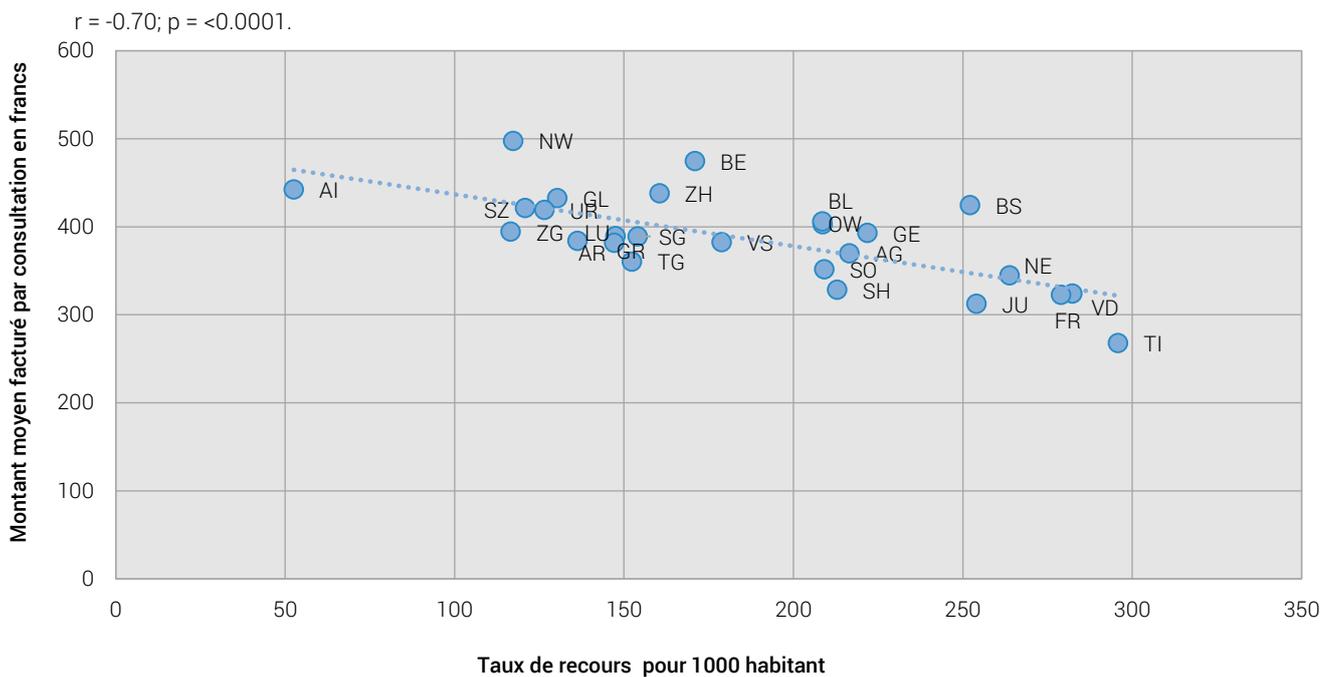
Il s'agit alors de tester l'hypothèse selon laquelle un taux de recours est inversement lié au coût moyen de consultation. Pour cette analyse, il est nécessaire d'adopter la perspective du patient. Le graphique G 5.4 présente donc le coût moyen de la

consultation, non plus par canton de l'hôpital, mais par canton de domicile du patient.

Une relation assez nette apparaît entre les deux indicateurs. Avec un coefficient de corrélation de -0.70 (r de Pearson), une relation linéaire significative apparaît. Ces résultats tendent à supporter l'hypothèse selon laquelle un taux de recours bas signifierait que les cas légers se réorientent vers d'autres modes de prise en charge que les urgences des hôpitaux (ou s'abstiendraient de soins professionnels) alors qu'un tel effet de substitution diminuerait lorsque le taux de recours est élevé.

Si ce mécanisme peut en partie expliquer les différences de coûts entre les cantons, on remarque aussi que des taux de recours très différents peuvent déboucher sur des coûts moyens assez proches. Des analyses poussées seraient donc nécessaires pour comprendre quels sont les facteurs explicatifs des différences de coûts des consultations et quelle est la nature de la relation entre le taux de recours et le coût moyen de la consultation.

G 5.4 Relation entre le recours à aux services d'urgence d'un hôpital et le coût moyen de la consultation, selon le canton de domicile du patient, 2016



Source: OFS – Relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux 2016, STATPOP 2016

© Obsan 2018

6 Articulation des différents modes de prises en charge des urgences

En bref

Le taux d'hospitalisation en urgence est relativement stable dans les différents cantons.

Pour l'ensemble des cantons, une relation de substitution faible mais significative apparaît entre le recours aux services d'urgence d'un hôpital et le recours urgent aux cabinets médicaux

Cet effet de substitution se repère clairement pour les cantons présentant des taux de recours cumulés proches de la moyenne: certains sont plus orientés vers le recours aux services d'urgence alors que dans d'autres, le recours aux cabinets médicaux est privilégié.

Certains cantons ne s'inscrivent pas dans une logique de substitution et présentent des taux de recours cumulés nettement inférieurs ou supérieurs à la moyenne.

Les chapitres précédents ont mis en évidence d'importantes différences cantonales ayant trait au recours aux services d'urgence. L'analyse a révélé que dans les cantons affichant un taux de recours élevé, la part d'utilisateurs multiples (plusieurs consultations au cours de l'année) est plus haute et le coût moyen de la consultation est plus bas alors que pour les cantons ayant un taux de recours plus bas, la part d'utilisateurs multiples est plus basse et le coût moyen de la consultation, plus élevé. Selon l'hypothèse d'un effet de substitution, dans ce deuxième cas de figure, les patients nécessitant des soins réguliers et les cas légers s'orienteraient alors plus souvent vers d'autres modes de prise en charge que les urgences des hôpitaux.

L'hypothèse d'un effet de substitution peut alors être traitée plus avant. Celle-ci interroge en fait sur les modes de prises en charge des patients. Est-ce qu'un taux de recours aux services d'urgence bas signifie que les patients se rendent plutôt chez leur médecin traitant ou chez le médecin de garde ? Ou est-ce qu'il signifie que les patients sont plus souvent hospitalisés ? Il s'agit ici de voir comment s'articulent les taux de recours par canton pour trois types de prise en charge et si des formes de substitution peuvent être repérées:

- Les services d'urgence ambulatoire des hôpitaux (dont on cherche à comprendre les variations du taux)

- Les hospitalisations en urgence (non planifiées)
- Les institutions de soins ambulatoires (cabinets médicaux et autres services ambulatoires des hôpitaux), dérangement en cas d'urgence

6.1 Relation entre le taux d'hospitalisation en urgence et le taux de recours aux services d'urgence

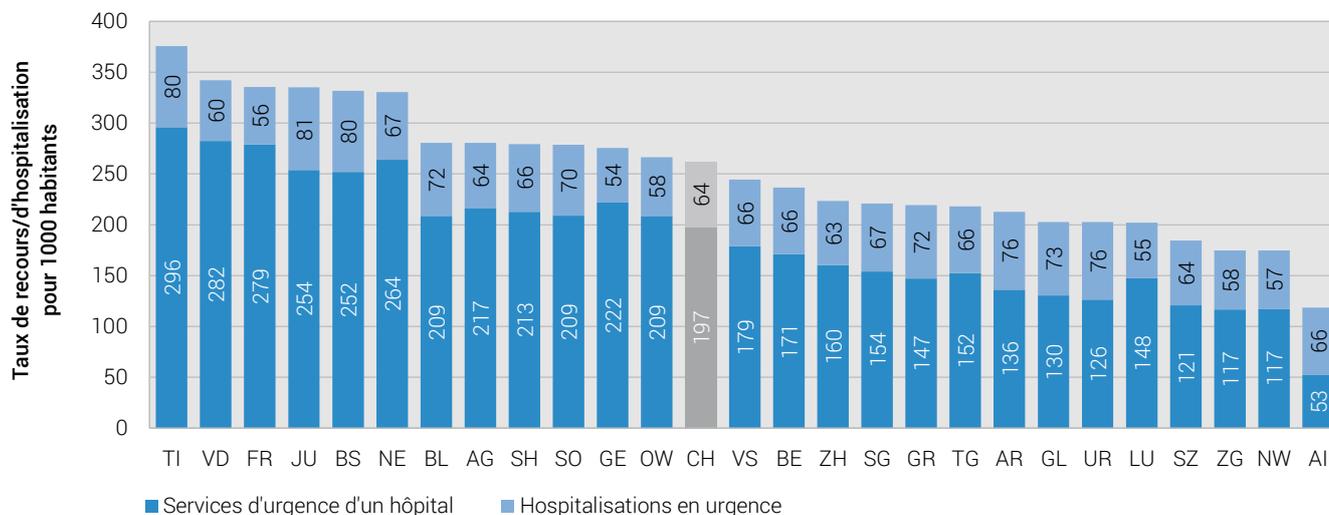
Dans un premier temps, le taux d'hospitalisations non programmées, que l'on considère comme les hospitalisations en urgence, est mis en relation avec le taux de recours aux services d'urgence. Il s'agit ici de voir si des taux de recours aux services d'urgence ambulatoires plus bas peuvent s'expliquer par des décisions d'hospitalisation plus fréquentes. Pour ce faire, on observe si les différences cantonales persistent lorsque l'on considère ensemble ces deux types de recours.

Les services d'urgence ambulatoires ne se substituent pas aux hospitalisations en urgence

Le coefficient de variation passe de 34% pour le taux de recours aux services d'urgence à 25% lorsque le taux d'hospitalisation en urgence est additionné. Cette diminution de la variance intercantonale tient surtout au fait que le taux d'hospitalisation à partir d'un service d'urgence s'avère relativement constant entre les différents cantons (coefficient de variation de 12%). Il est le plus élevé dans le canton du Jura (81 hospitalisations pour 1000 habitants) et le plus bas dans le canton de Genève (54 hospitalisations pour 1000 habitants, G 6.1), deux cantons qui présentent des taux de recours aux services d'urgence des hôpitaux plutôt élevés.

Comme le montre le graphique G 6.2, aucune relation significative n'apparaît donc entre ces deux taux de recours. Les services d'urgence ambulatoires ne se substituent donc pas aux hospitalisations en urgence.

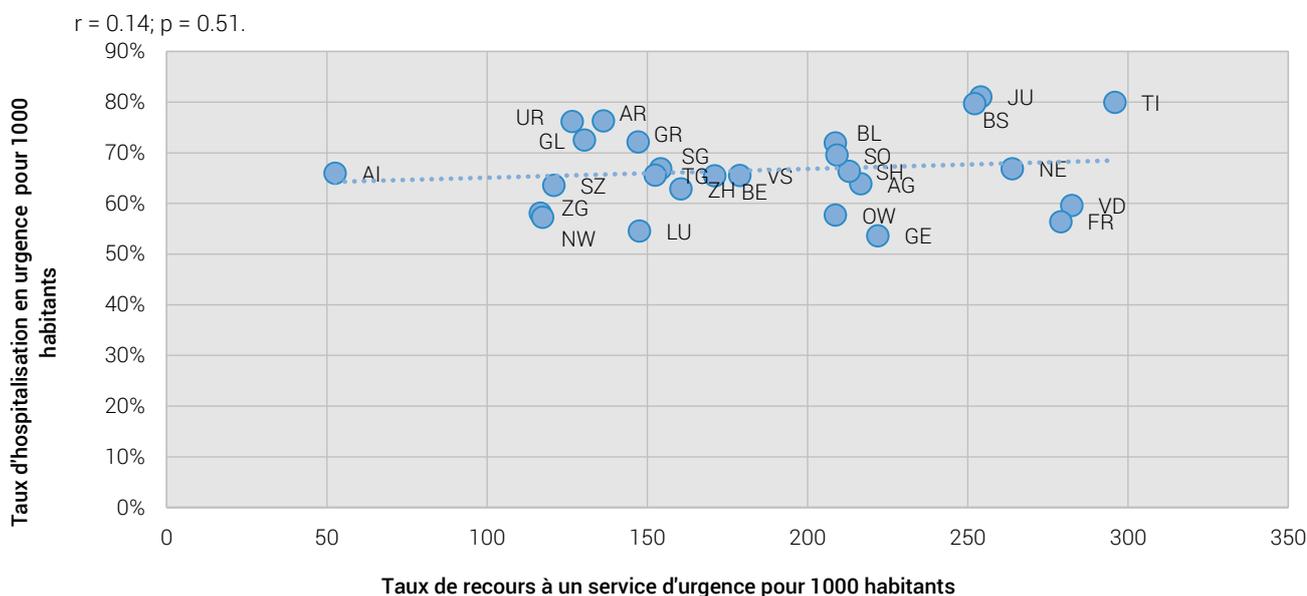
G 6.1 Taux de recours aux services d'urgence d'un hôpital et d'hospitalisation en urgence, par canton de domicile du patient, 2016



Source: OFS – Relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux 2016, Statistique médicale des hôpitaux 2016, STATPOP 2016

© Obsan 2018

G 6.2 Relation entre le taux de recours au service d'urgence d'un hôpital et le taux d'hospitalisation en urgence, par canton de domicile du patient, 2016



Source: OFS – Relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux 2016, Statistique médicale des hôpitaux 2016, STATPOP 2016

© Obsan 2018

6.2 Relation entre le taux de consultations en urgence et le taux de recours aux services d'urgence

On peut alors examiner la relation entre le taux de recours aux services d'urgence des hôpitaux et le taux de recours en urgence aux institutions de soins ambulatoires (cabinets médicaux et autres services ambulatoires des hôpitaux). Il s'agit ici de voir si le médecin traitant, une permanence médicale ou un médecin de garde peuvent constituer des alternatives aux services d'urgence des hôpitaux.

Services d'urgence des hôpitaux et autres modes de prise en charge ambulatoires en urgence, tendance à la substitution

Le graphique G 6.3 représente les taux de recours cumulés aux services d'urgence des hôpitaux et aux cabinets médicaux et autres institutions de soins ambulatoires. Globalement, la prise en compte simultanée de ces deux indicateurs tend à diminuer les différences entre cantons. Le coefficient de variation est ici de 20% contre respectivement 34% et 32% pour chacun des taux de recours pris séparément. De plus, cette délimitation des soins d'urgence laisse apparaître un nouveau classement des cantons en fonction du taux de recours cumulé.

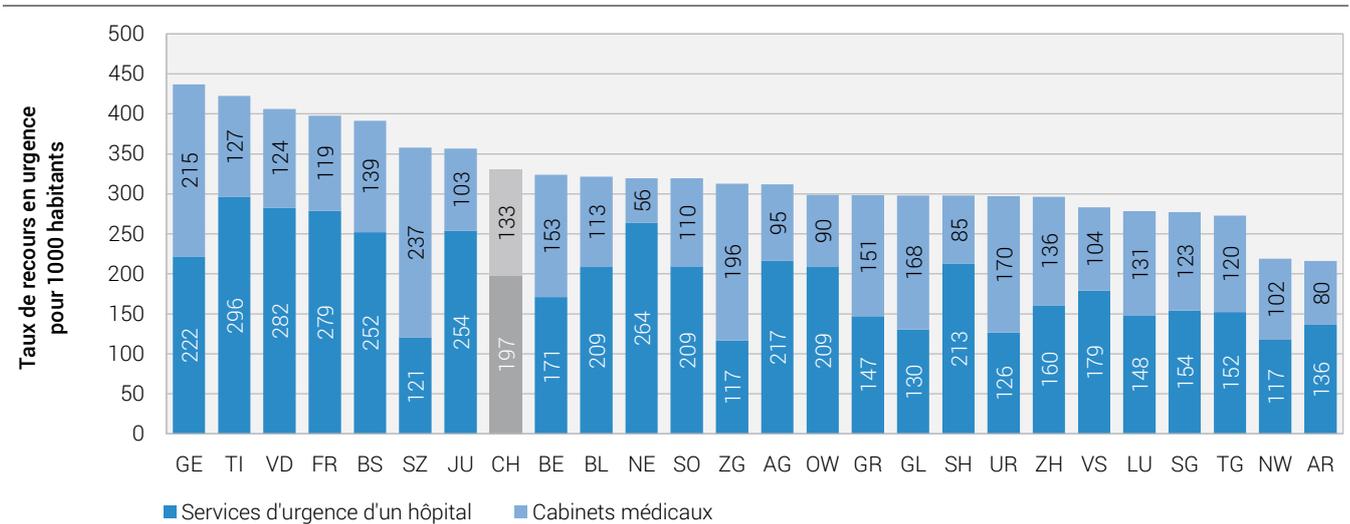
Le graphique G 6.4 révèle une tendance, significative à 10%, pour les cantons où le taux de recours urgent aux cabinets médicaux est plus élevé à présenter un taux de recours aux services

d'urgence hospitaliers plus bas. La relation témoignant d'un effet de substitution est donc faible, mais significative.

D'un côté, pour la majorité des cantons dont le taux de recours cumulé se situe autour de 300 consultations pour 1000 habitants, une substitution des modes de prise en charge se dessine clairement. Par exemple, le canton de Schwyz semble particulièrement orienté sur un recours aux alternatives ambulatoires aux services d'urgence (le taux de recours à ces prestataires est deux fois plus élevé que le taux de recours aux services d'urgence). Les cantons d'Uri, de Zoug, de Glaris et d'Appenzell Rhodes-Intérieures présentent un positionnement similaire. A l'inverse, dans le canton de Neuchâtel, le recours se concentre nettement plus sur les services d'urgence des hôpitaux (plus de 80% du recours total). C'est également le cas dans les cantons du Jura, du Tessin et d'Argovie.

D'un autre côté, certains cantons présentent des taux de recours cumulés particulièrement hauts ou bas. Dans ces cas, c'est plutôt une relation de complémentarité entre les services d'urgence des hôpitaux et les cabinets médicaux qui est observée. Ce phénomène a été identifié par Minost (2009) dans l'analyse du recours fréquent aux services d'urgence. Selon lui, « la population grande consommatrice des services d'urgence, l'est aussi conjointement de la médecine de ville ». Par ailleurs, Il est aussi possible que dans certains cantons, le développement d'une offre spécifique (cliniques sans rendez-vous ou permanences) induise une demande de soins urgents.

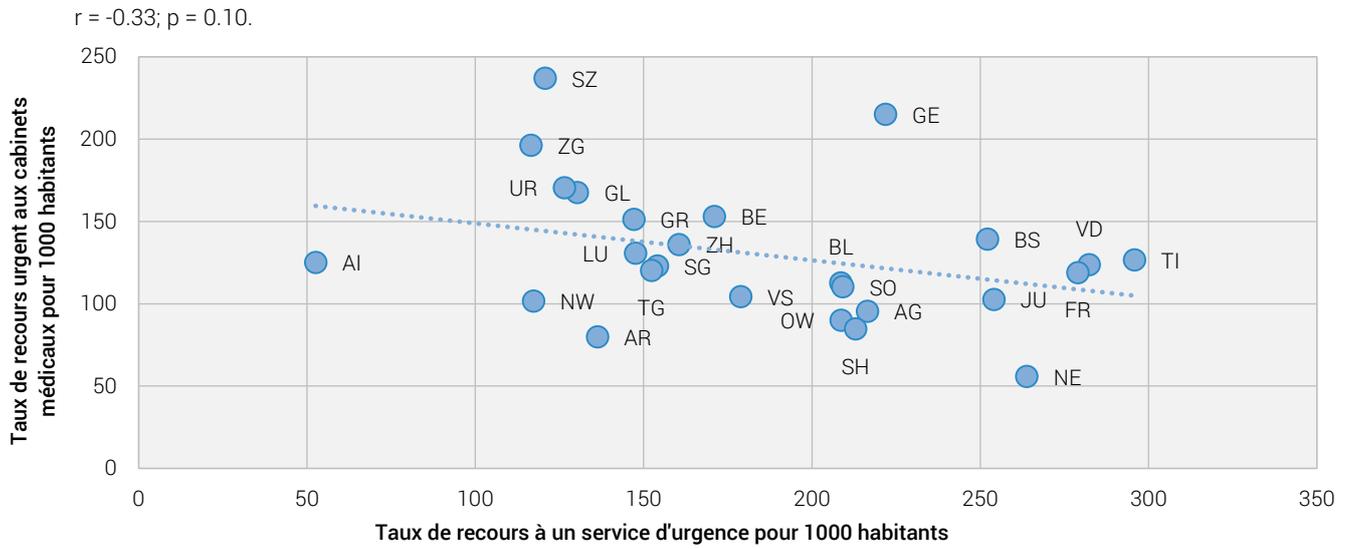
G 6.3 Taux de consultations en urgence, services d'urgence des hôpitaux et cabinets médicaux, par canton de domicile du patient, 2015/16



Source: OFS – Relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux 2016, STATPOP 2015/16; SASIS SA – Pool tarifaire 2015

© Obsan 2018

G 6.4 Relation entre le taux de recours aux services d'urgence d'un hôpital et le taux de recours urgent aux cabinets médicaux, par canton de domicile du patient, 2015/16



Source: OFS – Relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux 2016, STATPOP 2015/16; SASIS SA – Pool tarifaire 2015

© Obsan 2018

7 Synthèse et conclusions

7.1 Principaux résultats

Cette première analyse de la statistique PSA a permis de rendre compte de plusieurs caractéristiques du recours aux services d'urgence en Suisse. En 2016, 14% de la population résidente a eu recours au moins une fois aux services d'urgence d'un hôpital pour un total de 1,661 million d'admissions. L'assurance maladie obligatoire des soins (AOS) est le garant de la facture dans la majorité des cas. Au sein de la population en âge de travailler, un peu moins d'un quart des consultations relèvent de l'assurance-accidents. Les enfants de moins de 6 ans présentent le taux de recours le plus élevé (418 consultations pour 1000 habitants) alors que le taux de recours le plus bas est enregistré entre 45 et 85 ans (environ 140 consultations pour 1000 habitants).

Le recours aux services d'urgence des hôpitaux varie considérablement d'un canton à l'autre avec un minimum de 53 consultations pour 1000 habitants (AI) et un maximum de 296 consultations pour 1000 habitants (TI). En moyenne suisse, le taux de recours est de 197 consultations pour 1000 habitants.

Afin d'expliquer ces différences cantonales, l'hypothèse d'un effet de substitution a été examinée. Dans cette perspective, un taux de recours bas aux services d'urgence signifie que seuls les cas les plus graves se rendent aux urgences de l'hôpital, les cas plus légers s'orientant vers d'autres modes de prise en charge. A l'inverse, un taux de recours aux services d'urgence élevé reflèterait un recours plus généralisé à ce mode de prise en charge, également pour des cas plus simples. Il apparaît que plusieurs résultats viennent étayer cette hypothèse.

- Premièrement, un taux de recours élevé est plus souvent le fait d'utilisateurs multiples alors que la part d'utilisateurs ponctuels est plus importante lorsque le taux de recours est bas. En d'autres termes, un taux de recours élevé reflète un accès plus généralisé aux services d'urgence alors qu'un taux de recours bas témoigne d'un recours plus ciblé.
- Deuxièmement, un taux de recours élevé est associé à un coût moyen facturé par consultations plus bas. Ce résultat appuie l'idée qu'un taux de recours élevé est plus souvent composé cas simples (et donc moins coûteux) alors que lorsque le taux de recours est bas, une part plus importante de cas graves (et plus coûteux) serait admise aux urgences.
- Troisièmement, une relation de substitution, faible mais significative, apparaît entre le recours aux services d'urgence d'un hôpital et le recours urgent aux cabinets médicaux. Cet effet de substitution se repère clairement pour les cantons présentant des taux de recours cumulés proches de la

moyenne mais certains cantons ne s'inscrivent pas dans cette logique et présentent des taux de recours cumulés nettement inférieurs ou supérieurs à la moyenne.

7.2 Modèles-types de recours aux services d'urgence

Afin de synthétiser l'information collectée au fil des chapitres, il est possible de catégoriser les cantons suisses en modèles-types. Les variables retenues sont les suivantes:

- Taux de recours aux services d'urgence des hôpitaux (2016)
- Part d'utilisateurs multiples (patients s'étant rendu plusieurs fois aux urgences de l'hôpital au cours de l'année, 2016)
- Coût moyen de la consultation dans un service d'urgence (2016)
- Taux de consultation en urgence au cabinet médical (2015)
- Taux de recours cumulé (services d'urgence des hôpitaux (2016) et consultations en urgence au cabinet médical (2015))

La création de quatre groupes de cantons s'est faite en deux étapes. Premièrement, trois groupes ont été constitués en fonction du taux de recours cumulé, sur la base des seuils observés. Le groupe intermédiaire a ensuite été séparé en deux en fonction du taux de recours aux services d'urgence des hôpitaux, également sur la base d'un seuil observé. Les cantons de Genève et des Grisons ne sont pas représentés car ils s'écartent de chacun des modèles retenus.

Afin de représenter sur un même cadran différents indicateurs, les valeurs cantonales ont été centrées et réduites (voir T11.1). Les modèles-types correspondent aux moyennes des valeurs cantonales centrées réduites.

Groupe 1: Important recours aux services d'urgence des hôpitaux: TI, VD, BS, FR, JU

Ces cinq cantons présentent des taux de recours aux services d'urgence des hôpitaux parmi les plus élevés. Le coût moyen facturé pour la prise en charge de ces patients est plutôt bas (le canton de Bâle-Ville fait exception), ce qui suggère que les services d'urgence sollicités traitent plus souvent des cas légers.

Dans ces cantons, le taux de recours cumulé aux urgences des hôpitaux et aux cabinets médicaux s'avère particulièrement élevé. Au lieu d'un effet de substitution, c'est donc plutôt une forme de

complémentarité entre ces deux modes de prise en charge qui peut être observée.

La part d'utilisateurs multiples (s'étant rendu plusieurs fois au cours de l'année dans un service d'urgence) est plus élevée que dans les autres groupes de cantons. D'un côté, cela peut refléter un accès plus généralisé aux services d'urgence des hôpitaux, également pour des patients qui pourraient présenter des besoins de prise en charge s'inscrivant dans la durée. D'un autre côté, il est aussi possible que les recours aux services d'urgence et aux cabinets médicaux soient le fait des mêmes patients.

Groupes 2 et 3: Substitution des modes de prise en charge des urgences

- Groupe 2, orientation vers les services d'urgence des hôpitaux: NE, AG, SH, SO, OW, BL
- Groupe 3, orientation vers le médecin en cabinet: VS, SG, TG, LU, AR, BE, ZH, GL, UR, ZG, SZ

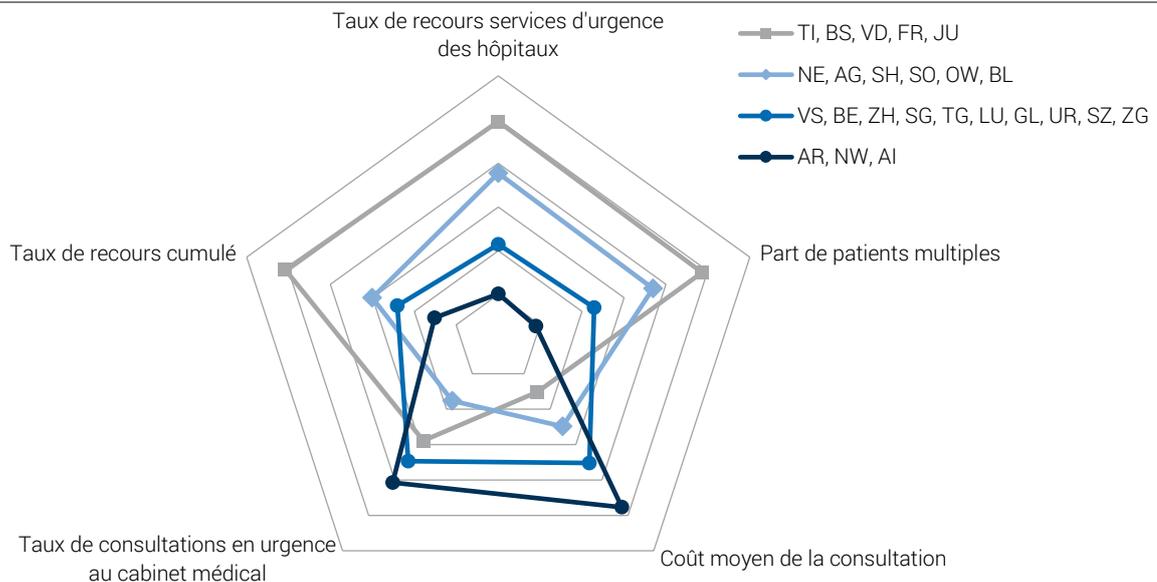
Les groupes 2 et 3 illustrent l'effet de substitution existant entre les deux modes de prise en charge des urgences. Pour des taux de recours cumulés assez proches, le groupe 2 comprend des

cantons plutôt orientés sur le recours aux services d'urgence des hôpitaux alors que dans le groupe 3, le médecin en cabinet joue un rôle plus important. Dans les cantons plus orientés vers les services d'urgence des hôpitaux, la part d'utilisateurs multiples est plus élevée et le coût moyen de la consultation est plus bas. A l'inverse, dans les cantons plus orientés vers la prise en charge par des médecins en cabinet, la part d'utilisateurs multiples dans les services d'urgence est plus basse, et le coût moyen de la consultation est plus élevé.

Groupe 4: Faible recours aux soins en urgence: AR, NW, AI

Ces trois cantons présentent un taux de recours cumulé particulièrement bas, les services d'urgence des hôpitaux comme les médecins en cabinet étant peu sollicités en comparaison avec les autres cantons. Dans ces cantons, la part d'utilisateurs multiples est basse et le coût moyen de la consultation est élevé. Cela suggère que les cas pris en charge par les services d'urgence des hôpitaux sont des cas plus ponctuels et plus lourds que ceux pris en charge dans les services d'urgence des autres cantons.

G 7.1 Modèles-types d'organisation des soins d'urgence, 2015/16



Source: Obsan, illustration propre

© Obsan 2018

7.3 Réflexions sur l'analyse

D'un point de vue méthodologique, les analyses sur le taux de recours aux services d'urgence permettent d'apprécier les opportunités qu'offrent une base de données composée de données individuelles et comportant plusieurs informations sur les caractéristiques des patients ainsi que sur les prestations qui leur sont délivrées. La statistique PSA se présente comme une base de données lourde (il y a par exemple environ 140 millions de lignes pour la table des prestations fournies) et relativement complexe à manipuler. Comme cette étude constitue l'une des premières exploitations de la statistique PSA, il a été nécessaire de développer un nouveau savoir-faire méthodologique et conceptuel afin de conduire les analyses présentées. Cette démarche est amenée à se poursuivre au-delà de la publication de ce dossier, la statistique PSA présentant un important potentiel d'analyses. De ce fait, la méthodologie employée dans ce dossier est également susceptible d'être affinée dans un temps ultérieur.

Par ailleurs, les analyses menées ont été limitées sur plusieurs points qu'il est utile de résumer. Par exemple, la notion de « patient », telle qu'exprimée par le code anonyme et crypté ne correspond pas exactement au patient individuel. Dans la statistique PSA, la définition utilisée est effectivement sensible au changement de canton (de domicile ou de traitement) et de classe d'âge du patient. Cela entraîne une certaine surestimation du nombre de patients et par conséquent, une certaine sous-estimation de la pratique du recours multiples aux services d'urgence. Il est difficile de fournir une estimation chiffrée de l'ampleur du biais engendré.

Ce dossier s'est penché sur l'hypothèse selon laquelle un taux de recours aux services d'urgence des hôpitaux élevé serait plus souvent composé de cas simples alors que les cas graves seraient plus fréquents lorsque le taux de recours est bas. Pour tester cette hypothèse, la gravité des cas n'a été abordée qu'à travers un indicateur indirect (coûts des consultations, voir limites mentionnées ci-après). Théoriquement, les données de la PSA devraient certainement permettre d'appréhender cette notion de façon plus directe. Mais d'une part, les informations sur les diagnostics sont encore trop lacunaires pour pouvoir être exploitées. Et d'autre part, la question de la prise en charge médicale des patients (selon les prestations médicales facturées) ayant recours aux services d'urgence a été volontairement écartée du champ d'étude de ce dossier. Une telle analyse implique un conséquent travail de conceptualisation qui pourrait être mené dans le cadre de travaux ultérieurs. Les échelles de sévérité aux urgences telles que recommandées par la Société Suisse de médecine d'urgence pour le triage des patients (Rutschmann et al, 2009) pourraient permettre d'appréhender la sévérité des cas mais ces informations ne figurent pas dans la statistique PSA.

Concernant la mesure des coûts du recours aux services d'urgence, on rappelle qu'il n'a pas été possible d'inclure les coûts des consultations lorsque la prise en charge a été facturée le jour suivant l'admission dans le service d'urgence. Cette limite reflète la difficulté à circonscrire les prestations relevant d'une même consultation.

Il est à noter que les coûts facturés ne couvrent pas forcément les coûts réels. En effet, le fonctionnement d'un service d'urgence se base sur des standards minimaux de dotation en personnel (médical et non médical) ainsi qu'en matière d'infrastructure à disposition. La couverture de ces charges peut être complétée par le versement de prestations d'intérêt général. La comparaison des coûts effectuée entre les cantons se situe donc bien au niveau des coûts facturés et non à celui des coûts réels des prestations.

Dans le domaine de l'analyse des coûts, l'interprétation des résultats doit être particulièrement prudente pour ce qui concerne les comparaisons cantonales. Il semblerait effectivement qu'il existe entre les hôpitaux des différences de pratiques en matière de facturation. Il est ainsi possible que les variations du coût moyen de la consultation entre cantons tiennent en partie à des différences concernant le périmètre des coûts facturés.

De la même manière, il est possible que la pratique en matière de facturation des indemnités forfaitaires de dérangement en cas d'urgence ou de visite pressante par les médecins en cabinet diffère entre les cantons. D'une part, il existe une marge d'appréciation dans l'interprétation des critères pour la facturation de ces indemnités peuvent faire l'objet. D'autre part, dans sa révision du tarif Tarmed entrée en vigueur en 2018, le Conseil fédéral a effectivement considéré qu'il était utile d'apporter des précisions aux critères définis dans la version du Tarif Tarmed jusqu'alors en vigueur. A cet égard, il serait utile de savoir de quelle manière les gardes médicales sont organisées et les prestations réalisées dans ce cadre, facturées, dans les différents cantons. Pour ce qui concerne les services d'urgence des hôpitaux, le critère de facturation du forfait d'admission est plus strict (service d'urgence mentionné dans le cadre d'un mandat de prestations).

7.4 Perspectives de recherche

L'analyse a révélé des variations cantonales quant à la part de d'utilisateurs multiples. Comme ces patients sont susceptibles de mobiliser une part conséquente des ressources, il serait utile d'approfondir cette thématique. Ces patients, sont-ils mal orientés dans le système de santé ou sont-ils de grands consommateurs de services de santé ? Les exemples tirés des études américaines suggèrent qu'il s'agit plus souvent d'une population en mauvaise santé dont le statut socio-économique est plus précaire (Vinton et al. 2014). Ces caractéristiques se retrouvent-elles chez les utilisateurs fréquents en Suisse ?

Dans l'analyse menée, le coût moyen des consultations a été considéré comme un indicateur de la gravité des cas. Il a donc été postulé qu'à besoins similaires, la prise en charge par les services d'urgence était identique. La corrélation observée entre le taux de recours aux services d'urgence et le coût moyen de la consultation tend d'ailleurs à soutenir cette proposition. En même temps, il a été constaté que pour des taux de recours assez proches, le coût moyen de la prise en charge pouvait également différer d'un canton à l'autre. Il serait alors intéressant de mieux comprendre dans quelle mesure les coûts de la prise en charge des patients reflètent les besoins de ces derniers ou s'ils révèlent

également des différences de pratique entre les cantons dans la prise en charge des patients.

Les résultats présentés suggèrent qu'une relation de substitution existe entre les services d'urgence des hôpitaux et les cabinets médicaux. Cette relation est particulièrement manifeste dans les cantons présentant des taux de recours cumulés proches de la moyenne suisse. Certains cantons présentent cependant des taux de recours cumulés particulièrement bas ou élevés. Il existe donc également des variations dans la demande ou dans l'offre de soins urgents, qui pourraient faire l'objet d'investigations dans le cadre de recherches ultérieures.

Par exemple, le recours aux consultations urgentes peut également être induit par le développement d'une offre spécifique (cliniques sans rendez-vous, permanences médicales). Les données du relevé MAS de l'OFS (Statistique des cabinets médicaux et des centres ambulatoires) pourraient alors être utilisées afin de voir quel est le mode de réception des patients dans les cabinets médicaux et centres ambulatoires.

Il serait également intéressant de voir de quelle manière le recours aux soins urgents s'articule avec les consultations médicales ordinaires, voire même avec le non-recours aux prestations médicales. En effet, les services d'urgence sont confrontés à une variabilité des motifs de consultation et de gravité des pathologies à traiter. Ce dossier a adopté une perspective administrative, étant considérée comme « urgence » une consultation facturée comme telle. Il n'existe cependant pas de consensus sur ce qu'est une urgence. Cette ambiguïté est à mettre en lien avec les attentes et pratiques de la population en matière de consommation de soins. Le recours aux soins d'urgence peut être plus ou moins spontané selon les régions. Les patients peuvent également s'orienter vers les soins d'urgence lorsqu'il ne leur paraît pas possible de concilier leurs horaires de travail avec les heures d'ouverture des médicaux.

Dès lors, un effet de substitution entre les consultations ordinaires et les consultations urgentes peut-il être observé dans les cantons suisses ? Ou un taux de recours plus élevé aux soins urgents s'inscrit-il dans une tendance générale à consulter plus fréquemment le médecin ? À l'avenir, la connaissance du recours aux soins ambulatoires pourrait être améliorée par la mise en place d'une base de données sur les patients des cabinets médicaux.

Alors que les services d'urgence des hôpitaux sont régulièrement confrontés à des situations de surcharge, il est essentiel de comprendre la façon dont le recours à ces services s'inscrit dans le recours plus général aux soins ambulatoires. Longtemps lacunaires, les données relatives au secteur ambulatoire du système de santé se développent et dans les années à venir, un tableau relativement complet de l'offre et du recours aux soins (urgents ou non), devrait pouvoir être dessiné. Les résultats issus de ce programme de recherche, alors rendu possible, devraient contribuer à penser le rôle des services d'urgence dans l'organisation du système de santé.

8 Abréviations

AG	Argovie	TI	Tessin
AI	Appenzell Rhodes-Intérieures	UR	Uri
AR	Appenzell Rhodes-Extérieures	VD	Vaud
AOS	Assurance obligatoire des soins	VS	Valais
BE	Berne	ZG	Zoug
BL	Bâle-Campagne	ZH	Zurich
BS	Bâle-Ville		
CH	Suisse		
FR	Fribourg		
GE	Genève		
GL	Glaris		
GR	Grisons		
JU	Jura		
LA	Liste des analyses		
LAA	Loi fédérale sur l'assurance-accidents		
LAI	Loi fédérale sur l'assurance-invalidité		
LAM	Loi fédérale sur l'assurance militaire		
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance maladie		
LCA	Loi fédérale sur le contrat d'assurance		
LU	Lucerne		
KS	Statistique des hôpitaux		
MS	Statistique médicale des hôpitaux		
NE	Neuchâtel		
NW	Nidwald		
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie		
Obsan	Observatoire suisse de la santé		
OFS	Office fédéral de la statistique		
OW	Obwald		
PSA	Données des patients ambulatoires des hôpitaux		
SASIS	Filiale de santésuisse		
SG	Saint-Gall		
SH	Schaffouse		
SO	Soleure		
SZ	Schwytz		
STATPOP	Statistique de la population et des ménages		
Tarmed	Structure des tarifs médicaux		
TG	Thurgovie		

9 Bibliographie

Althaus, F., Paroz, S., Hugli, O., Ghali, W. A., Daepfen, J.-B., Peytremann-Bridevaux, I. & Bodenmann, P. (2011). Effectiveness of Interventions Targeting Frequent Users of Emergency Departments: A Systematic Review. *Annals of emergency medicine*, 58(1), 41-52.

CDS (2017). Recommandations de la CDS sur la planification hospitalière d'après la révision de la LAMal sur le financement hospitalier du 21.12.2007 et la jurisprudence du 1.1. 2012 au 31.1.2017. Berne.

Clément, N., Businger, A., Martinolli, L., & Exadaktylos, A. K. (2010). Referral practice among Swiss and non-Swiss walk-in patients in an urban surgical emergency department: Are there lessons to be learnt? *Swiss Med Wkly*, (140), 13089.

Cosandey, J., Roten, N. & Rutz, S. (2018). Une politique hospitalière saine – Plus de transparence, plus de souveraineté du patient, moins de cantonalisme. Zürich: Avenir Suisse. www.avenir-suisse.ch/fr/publication/une-politique-hospitaliere-saine/.

Georges-Tarragano, C., Pierru, F., de Celeyran, F. T., Mechali, D., & Rochefort, J. (2013). Surcharge et engorgement des urgences: la réponse durable du modèle des Pass. *Les Tribunes de la santé*, (2), 87-95.

Minost, J. (2009). Quel est l'impact de l'absence de médecin traitant sur les recours aux urgences. Thèse de doctorat. France: Université Paris Diderot-Paris 7. UFR de médecine.

Obsan (2018). Taux d'hospitalisation en soins aigus. Taux standardisé pour 1'000 habitants. Neuchâtel: Obsan. www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/taux-dhospitalisation-dans-les-hopitaux-de-soins-aigus.

OFS (2006). Typologie des hôpitaux. Statistique des établissements de santé (soins intra-muros). Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

OFS (2018). Données des patients ambulatoires des hôpitaux 2016. Tableaux standards. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

Rutschmann, O. T., Sieber, R. S. & Hugli, O. W. (2009). Recommandations de la Société Suisse de Médecine d'Urgence et de Sauvetage pour le triage dans les services d'urgence hospitaliers en Suisse. *Bulletin des médecins suisses*, 90(46), 1789-1790.

Sanchez, B., Hirzel, A. H., Bingisser, R., Ciurea, A., Exadaktylos, A., Lehmann, B., ... Hugli, O. (2013). State of Emergency Medicine in Switzerland: a national profile of emergency departments in 2006. *International journal of emergency medicine*, 6(1), 23.

Sarasin, F. P. (2005). Edito: Les urgences: un défi pour les systèmes de santé. *Revue Medicale Suisse*, 1(29), 1883-1886.

Sarasin, F. P., Yersin, B. & Hügli, O. (2011). Surcharge des services d'urgence: constats et solutions. *Revue Medicale Suisse*, 7(305), 1563-1564.

TARMED Suisse (2018). Concept sur la reconnaissance des unités fonctionnelles TARMED. version 2.8 du 19.03.2018. Service tarifaire FMH – TARMED 2018.

Vinton, D. T., Capp, R., Rooks, S. P., Abbott, J. T., & Ginde, A. A. (2014). Frequent users of US emergency departments: characteristics and opportunities for intervention. *Emerg Med J*, *emered-2013*.

10 Liste des tableaux et des graphiques

10.1 Liste des tableaux

T 2.1	Bases de données et indicateurs en lien avec le recours urgent aux soins.....	13
T 2.2	Nombre d'admissions dans un service d'urgence sans prise en charge le même jour, par canton de l'hôpital, 2016,	16
T 2.3	Nombre de consultations dans un service d'urgence, selon le canton de domicile et le canton de l'hôpital, 2016	17
T 3.1	Garant de la facture des consultations dans un service d'urgence d'un hôpital, selon la classe d'âge, 2016	19
T 5.1	Coût des consultations dans un service d'urgence facturés, en milliers de francs, 2016	27
T 11.1	Données pour la définition de modèles-types d'organisation des soins d'urgence, par canton, 2015/16	42
T 11.2	Données pour la définition de modèles-types d'organisation des soins d'urgence, valeurs centrées-réduites, par canton, 2015/16	43
T 11.3	Modèles-types d'organisation des soins d'urgence, moyennes des valeurs centrées-réduites, par groupe de cantons, 2015/16	43

10.2 Liste des graphiques

G 3.1	Nombre et part de consultations dans un service d'urgence d'un hôpital, par type d'hôpital, 2016.....	19
G 3.2	Nombre et part de consultations dans un service d'urgence d'un hôpital, par classe d'âge, 2016	20
G 3.3	Taux de recours aux services d'urgence d'un hôpital, par classe d'âge et par sexe, 2016	20
G 3.4	Taux de recours brut et standardisé par âge aux services d'urgence d'un hôpital, par canton de domicile du patient, 2016	21
G 3.5	Taux de recours standardisés par âge aux services d'urgence d'un hôpital, selon la nationalité, par canton de domicile du patient, 2016.....	22
G 3.6	Taux de recours à un service d'urgence et standardisation par âge et par groupe de nationalités, par canton de domicile du patient, 2016.....	23
G 4.1	Patients et consultations dans les services d'urgence d'un hôpital, nombre et pourcentage, 2016.....	24
G 4.2	Part d'utilisateurs multiples des services d'urgence d'un hôpital, selon la classe d'âge et la nationalité, 2016.....	25
G 4.3	Taux de recours standardisé des patients aux services d'urgence d'un hôpital, par canton de domicile du patient, 2016	26
G 4.4	Relation entre le recours aux services d'urgence d'un hôpital et la part d'utilisateurs multiples, par canton de domicile du patient, 2016.....	26
G 5.1	Montant moyen facturé par consultation dans les services d'urgence, par canton de l'hôpital, 2016	28
G 5.2	Distribution (boîtes à moustache) des montants facturés par consultation, par canton de l'hôpital, 2016	28
G 5.3	Structure tarifaire des montants moyens facturés par consultation, par canton de l'hôpital, 2016	29
G 5.4	Relation entre le recours à aux services d'urgence d'un hôpital et le coût moyen de la consultation, selon le canton de domicile du patient, 2016	30
G 6.1	Taux de recours aux services d'urgence d'un hôpital et d'hospitalisation en urgence, par canton de domicile du patient, 2016	32
G 6.2	Relation entre le taux de recours au service d'urgence d'un hôpital et le taux d'hospitalisation en urgence, par canton de domicile du patient, 2016.....	32
G 6.3	Taux de consultations en urgence, services d'urgence des hôpitaux et cabinets médicaux, par canton de domicile du patient, 2015/16	33
G 6.4	Relation entre le taux de recours aux services d'urgence d'un hôpital et le taux de recours urgent aux cabinets médicaux, par canton de domicile du patient, 2015/16.....	34
G 7.1	Modèles-types d'organisation des soins d'urgence, 2015/16	36

11 Annexes

T 11.1 Données pour la définition de modèles-types d'organisation des soins d'urgence, par canton, 2015/16

	Taux de recours aux services d'urgence des hôpitaux (pour 1000 habitants)	Part d'utilisateurs multiples (plus d'une consultation au cours de l'année) (en %)	Coût moyen de la consultation (en francs)	Taux de recours urgent aux cabinets médicaux (pour 1000 habitants)	Taux de consultations en urgence (services d'urgence des hôpitaux + cabinets médicaux) (pour 1000 habitants)
TI	296	26	268	127	502
BS	252	25	424	139	471
VD	282	27	324	124	466
FR	279	27	323	119	454
JU	254	25	313	103	438
NE	264	26	345	56	387
AG	217	22	370	95	376
SH	213	23	329	85	364
SO	209	22	352	110	389
OW	209	19	403	90	356
BL	209	21	406	113	393
VS	179	20	382	104	349
BE	171	20	475	153	390
ZH	160	20	438	136	359
SG	154	19	389	123	344
TG	152	18	360	120	338
LU	148	18	389	131	333
GL	130	18	433	168	370
UR	126	16	419	170	373
SZ	121	15	421	237	421
ZG	117	14	394	196	371
AR	136	17	384	80	293
NW	117	15	498	102	276
AI	53	12	442	125	244
GR	147	34	382	151	371
GE	222	26	393	215	491

Source: OFS – Relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux 2016, STATPOP 2015/16; SASIS SA – Pool tarifaire 2015

© Obsan 2018

T 11.2 Données pour la définition de modèles-types d'organisation des soins d'urgence, valeurs centrées-réduites, par canton, 2015/16

	Taux de recours aux services d'urgence des hôpitaux (pour 1000 habitants)	Part d'utilisateurs multiples (plus d'une consultation au cours de l'année) (en %)	Coût moyen de la consultation (en francs)	Taux de recours urgent aux cabinets médicaux (pour 1000 habitants)	Taux de consultations en urgence (services d'urgence des hôpitaux + cabinets médicaux) (pour 1000 habitants)
TI	1,73	1,25	-2,20	0,03	2,04
BS	1,05	1,17	0,70	0,36	1,53
VD	1,52	1,64	-1,16	-0,04	1,44
FR	1,47	1,44	-1,18	-0,16	1,26
JU	1,08	1,01	-1,37	-0,58	0,99
NE	1,23	1,42	-0,78	-1,78	0,15
AG	0,49	0,43	-0,31	-0,76	-0,03
SH	0,43	0,64	-1,07	-1,03	-0,22
SO	0,37	0,41	-0,65	-0,38	0,19
OW	0,37	-0,27	0,30	-0,90	-0,34
BL	0,37	0,26	0,36	-0,32	0,26
VS	-0,10	-0,03	-0,08	-0,54	-0,47
BE	-0,22	-0,06	1,63	0,71	0,20
ZH	-0,39	0,00	0,95	0,28	-0,29
SG	-0,49	-0,22	0,05	-0,06	-0,54
TG	-0,77	-0,72	-0,05	-1,16	-1,39
LU	-0,52	-0,47	-0,48	-0,13	-0,64
GL	-0,59	-0,50	0,05	0,14	-0,73
UR	-0,86	-0,45	0,85	1,08	-0,12
SZ	-0,92	-1,01	0,60	1,16	-0,07
ZG	-1,01	-1,26	0,64	2,86	0,72
AR	-1,08	-1,55	0,14	1,82	-0,10
NW	-1,07	-1,32	2,05	-0,61	-1,65
AI	-2,08	-1,84	1,03	0,00	-2,19

Source: OFS – Relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux 2016, STATPOP 2015/16; SASIS SA – Pool tarifaire 2015

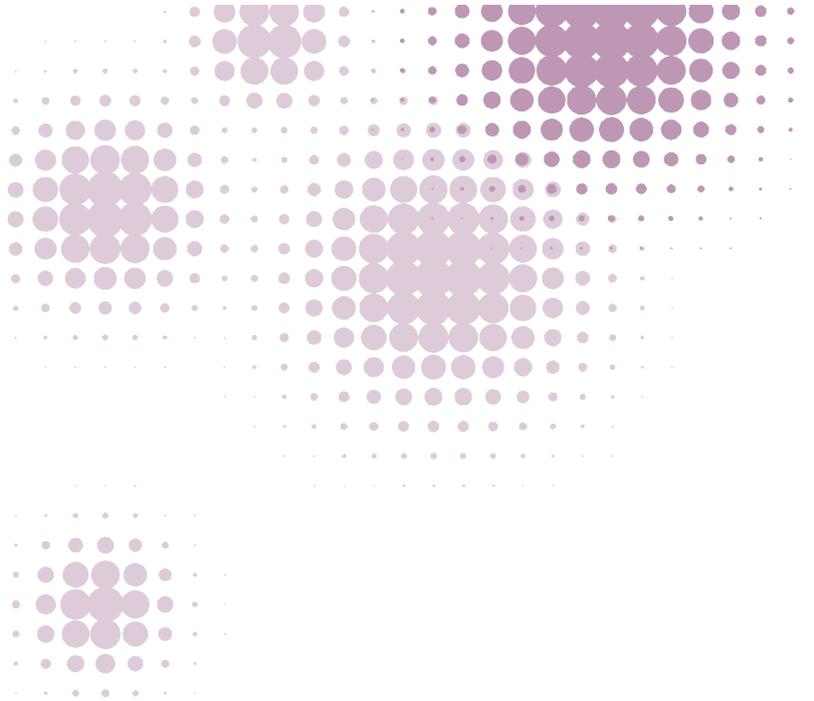
© Obsan 2018

T 11.3 Modèles-types d'organisation des soins d'urgence, moyennes des valeurs centrées-réduites, par groupe de cantons, 2015/16

	Taux de recours aux services d'urgence des hôpitaux (pour 1000 habitants)	Part d'utilisateurs multiples (plus d'une consultation au cours de l'année) (en %)	Coût moyen de la consultation (en francs)	Taux de recours urgent aux cabinets médicaux (pour 1000 habitants)	Taux de consultations en urgence (services d'urgence des hôpitaux + cabinets médicaux) (pour 1000 habitants)
TI, BS, VD, FR, JU	1,37	1,30	-1,04	-0,08	1,45
NE, AG, SH, SO, OW, BL	0,54	0,48	-0,36	-0,86	0,00
VS, BE, ZH, SG, TG, LU, GL, UR, SZ, ZG	-0,59	-0,47	0,41	0,43	-0,33
AR, NW, AI	-1,41	-1,57	1,07	0,40	-1,31

Source: OFS – Relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux 2016, STATPOP 2015/16; SASIS SA – Pool tarifaire 2015

© Obsan 2018



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.