



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI

**Office fédéral de la statistique OFS**  
Division Santé et affaires sociales

Jacques Huguenin

---

# **Statistique des services de santé**

## **La statistique des soins ambulatoires dans le cadre du projet MARS** *(Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé)*

---

Version 6.1

# Table des matières

<b>Introduction</b>	<b>3</b>
<b>A) Statistique des services de santé</b>	<b>4</b>
1. Contexte.....	4
2. Objectif de la statistique.....	5
3. Structure de la statistique .....	6
4. Bases légales et protection des données .....	7
5. Utilité statistique .....	9
6. Processus de collecte des données .....	11
<b>B) Réalisation dans le cadre du projet MARS</b>	<b>13</b>
1. Etat du projet.....	13
2. Données structurelles du secteur hospitalier ambulatoire (sous-projet 1).....	15
a) Principes .....	15
b) Collaboration avec les parties intéressées et processus de relevé .....	15
c) Contenu des relevés .....	16
d) Situation actuelle.....	16
3. Données sur les patients du secteur hospitalier ambulatoire (sous-projet 2).	17
a) Considérations générales .....	17
b) Collaboration avec les parties intéressées et processus de relevé.....	17
c) Objet du relevé.....	18
d) Situation actuelle.....	19
4. Données structurelles des cabinets médicaux et des centres de soins ambulatoires (sous-projet 3) .....	21
a) Considérations générales .....	21
b) Collaboration avec les parties intéressées et processus de relevé .....	21
c) Contenu du relevé.....	23
d) Situation actuelle.....	23
5. Autres sous-projets .....	25
a) Données sur les patients des cabinets médicaux (sous-projet 5) .....	25
b) Données sur les patients des organisations d'aide et soins à domicile (sous-projet 6) ....	25
c) Données des pharmacies (sous-projet 7) .....	26
<b>Annexe 1: Niveaux de protection</b>	<b>27</b>
<b>Annexe 2: Variables</b>	<b>28</b>

## Introduction

Ce document donne une vue d'ensemble de la statistique des services de santé de l'Office fédéral de la statistique. La première partie présente la statistique dans ses principaux aspects, la deuxième présente le projet MARS qui lui est lié.

La statistique des services de santé vise à produire des données sur l'ensemble des prestations fournies dans le domaine de la santé. Elle comporte trois niveaux: les établissements (cabinets médicaux, hôpitaux, cliniques de jour, pharmacies, etc.), le personnel de santé (prestataires de services et personnel des établissements) et les bénéficiaires de soins (patientes et patients). Sont collectées des données structurelles et des données sur les patients. Pour des raisons d'efficacité, l'Office fédéral de la statistique (OFS) collecte non seulement les données nécessaires à la statistique mais également celles nécessaires aux activités de surveillance légale du système de santé. Pour remplir cette double mission, l'OFS organise les relevés, traite les données collectées puis les met à la disposition des utilisateurs. La *partie A* présente les grands principes de la statistique des services de santé. Les conditions-cadre, le processus de relevé et l'utilisation des données statistiques y seront décrits sur la base de la loi sur la statistique fédérale (LSF). L'utilisation des données à des fins de surveillance dans le cadre de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) ne relève pas de la statistique des services de santé.

La *partie B* décrit la structure des statistiques des soins ambulatoires. Dans le domaine de la santé, l'OFS collecte depuis 1997 des données auprès des fournisseurs de soins. Ces données proviennent aujourd'hui des hôpitaux, des EMS et des services d'aide et de soins à domicile (Spitex). Il manque encore des données importantes sur les soins ambulatoires: données sur les cabinets médicaux et les centres ambulatoires, données sur les soins hospitaliers ambulatoires et sur les pharmacies. Le Conseil fédéral a décidé en 2008, dans le cadre d'une révision partielle de la LAMal, de modifier l'ordonnance d'exécution de la loi. L'OFS est chargé de collecter les données manquantes dans le domaine ambulatoire. C'est à cet effet qu'a été lancé le projet MARS (Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé). Le projet MARS vise à compléter les données du secteur stationnaire qui sont actuellement disponibles avec des données sur les prestations du secteur ambulatoire. Dans la partie B de ce document, le projet est présenté dans ses grandes lignes, avec ses différents sous-projets.

# A) Statistique des services de santé

## 1. Contexte

Les données relatives au système de santé comportent des lacunes importantes, en particulier dans le secteur ambulatoire (notamment en ce qui concerne les cabinets médicaux et l'hôpital ambulatoire). Ce secteur représente environ deux tiers des coûts de l'assurance-maladie obligatoire<sup>1</sup> soit à peu près 23% des coûts totaux de la santé. Il n'existe pas, au niveau de la Confédération, de statistique systématique qui permette de produire dans ce secteur des informations objectives fondées sur des données solides. Font défaut, par exemple, des données sur la médecine de famille et sur les places de formation du personnel médical et du personnel soignant. La Suisse est régulièrement mentionnée dans les rapports de l'OCDE pour ses lacunes dans son système d'information. Les chercheurs suisses doivent, faute de données de base, se rabattre sur des sources peu sûres, incomplètes ou étrangères. De nombreuses interventions parlementaires<sup>2</sup> ont réclamé une amélioration de la situation. Avec la révision du 21 décembre 2007 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) dans le domaine du financement des hôpitaux, le législateur a décidé, avec les articles 22a et 23 LAMal, de développer la base de données afin de combler les lacunes existantes dans le secteur ambulatoire. L'Office fédéral de la statistique (OFS) a été chargé de collecter ces données.

Les données sur les services de santé sont utilisées aussi bien à des fins de surveillance légale qu'à des fins statistiques. Le mandat consistant, dans le cadre de la LAMal, à « établir les bases statistiques nécessaires à l'examen du fonctionnement et des effets de la loi » nécessite le développement des relevés statistiques de la Confédération. Pour cela, il faut produire des données sur la demande des patients dans le domaine ambulatoire et sur les besoins que couvre la médecine ambulatoire (diagnostics), sur les prestations fournies et sur leurs coûts. En reliant les données du secteur ambulatoire avec celles du secteur stationnaire, on pourra – comme l'explique le Message sur la révision de la LAMal (Financement des hôpitaux)<sup>3</sup> – suivre le parcours des patients auprès de plusieurs prestataires de soins et reconstituer ainsi le déroulement des traitements. Cela permettra d'étudier l'efficacité et la rentabilité économique de différentes formes de traitement et de divers modèles de prestations.

Les lacunes actuelles dans les données sont discutées également par la Confédération et les cantons dans le cadre du Dialogue National sur la Politique de la Santé. En janvier 2013, le Conseil fédéral a inscrit le projet MARS parmi les dix priorités de son programme de politique de santé « Santé2020 ».

---

<sup>1</sup> Groupes de coûts: OFSP, Statistique de l'assurance-maladie obligatoire, T 1.01, 2.17, 11.01

<sup>2</sup> Interpellation 00.3557 Hollenstein, motion 04.3138 Rossini, motion 05.3756 Wehrli

<sup>3</sup> Message concernant la révision de la loi fédérale sur l'Assurance-maladie 04.031

## 2. Objectif de la statistique

L'objectif de la statistique des services de santé consiste à produire pour la collectivité des données permettant de dresser un tableau complet de l'ensemble des prestations dans ce domaine. Cet objectif implique pour l'OFS les tâches suivantes:

- relever des données auprès des fournisseurs de prestations,
- valider et traiter les données relevées,
- publier et rendre accessibles les données<sup>4</sup>.

Du point de vue du contenu, la statistique des services de santé doit collecter des informations sur les structures des fournisseurs de prestations (structure des établissements, infrastructure, personnel), sur les diagnostics, sur les prestations fournies, sur le recours à certaines prestations, sur le parcours clinique des patients, sur les coûts d'exploitation des établissements, sur la formation de base et sur la formation continue du personnel. Il s'agit aussi d'observer l'évolution du système de santé et de fournir des bases pour la planification des soins, pour la surveillance épidémiologique de la population et pour l'information des chercheurs et du public. Ces tâches d'intérêt général, qu'il faut aborder dans un contexte global, comportent notamment les activités suivantes :

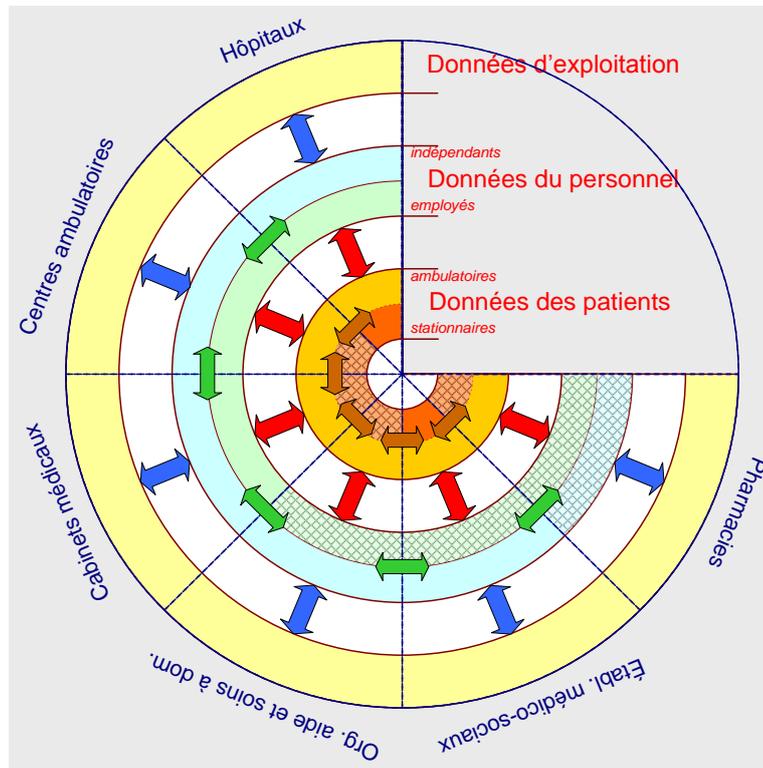
- produire une vue d'ensemble des établissements de soins et de leurs prestations (p. ex. nombre de sites de chaque établissement selon les prestations offertes, distribution géographique des fournisseurs de prestations),
- calculer les rapports entre différentes grandeurs pertinentes pour la planification (p. ex. degré d'encadrement des patients, formation de base et formation continue des fournisseurs de prestations),
- analyser des pathologies dans leurs manifestations et leur traitement, sur la base des parcours de soins et des chemins cliniques (p. ex. traitement des maladies chroniques, taux de survie pour différents types d'opération).

---

<sup>4</sup> Dans le respect des principes inscrits dans le *Code de bonnes pratiques* de la statistique publique : [http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/institutionen/oeffentliche\\_statistik/ethische\\_prinzipien/eu.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/institutionen/oeffentliche_statistik/ethische_prinzipien/eu.html)

### 3. Structure de la statistique

La statistique des services de santé comporte trois niveaux: établissements (cabinets médicaux, hôpitaux, cliniques de jour, pharmacies, etc.), personnel de santé (prestataires de services, personnel des établissements) et bénéficiaires de soins (patientes et patients). Elle couvre les différents secteurs du système de santé. Le graphique suivant représente les trois niveaux en relation avec les secteurs.



Son but n'est pas seulement d'étudier les éléments essentiels de chaque secteur mais de mettre en évidence les interdépendances entre les secteurs et les relations entre les trois niveaux considérés. Cela permettra de suivre, par exemple, les médecins indépendants qui travaillent en cabinet et qui fournissent également des prestations dans un hôpital. L'identification claire des établissements et du personnel médical est indispensable pour éviter que certaines personnes ne soient comptées à double, comme cela pourrait arriver par exemple pour les médecins agréés (les personnes sont protégées par un système d'anonymisation des données). Au niveau des patients, la statistique permettra de faire le lien entre les différentes étapes d'un traitement, par exemple entre une intervention chirurgicale en milieu stationnaire et les post-traitements planifiés dans le domaine ambulatoire. Il est nécessaire à cet effet de relever l'identité des patients, laquelle est protégée par l'anonymisation des données. Les patients anonymisés doivent être clairement identifiables par un code, condition indispensable au traitement des données<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Pour l'identification anonyme des personnes, un code individuel sera créé sur la base des données personnelles, lequel permettra de traiter les données issues de différentes sources. Les informations initiales seront anonymisées par les fournisseurs de données et ne pourront plus ensuite être reconstituées. Sécurité supplémentaire: les codes individuels pour la communication et la conservation des données sont pseudonymisés par l'OFS.

## 4. Bases légales et protection des données

Pour collecter des données sur les services de santé, l'OFS s'appuie sur les bases légales suivantes:

- loi sur la statistique fédérale (LSF), art. 3, et ordonnance correspondante,
- loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), art. 22a et 23.

Les articles 22a et 23 LAMal se différencient en ce que l'art. 22a concerne les activités de surveillance alors que l'art. 23 porte exclusivement sur la statistique et renvoie à la LSF. Le fait de relever en même temps les données destinées à la statistique et celles destinées à la surveillance permet de limiter la charge de travail qui pèse sur les fournisseurs de prestations. On ne relève pas deux fois les mêmes données. Aujourd'hui déjà, les données du secteur stationnaire sont relevées à la fois à des fins statistique et à des fins de surveillance.

### Utilisation des données à des fins statistiques

Le mandat statistique inscrit dans la LSF est de portée générale. L'OFS est chargé de collecter, de traiter et de publier des informations d'intérêt public – pour la population, les médias, les chercheurs, les responsables politiques – dans le strict respect des dispositions relatives à la protection des données. Les principes éthiques de la statistique fédérale sont les « Principes fondamentaux de la statistique publique » de l'ONU, le « Code de bonnes pratiques » de l'Union européenne et la Charte de la statistique publique de la Suisse. Les activités statistiques dans le domaine de la santé sont énumérées et précisées dans l'annexe de l'ordonnance concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux (ordonnance sur les relevés statistiques).

Le mandat statistique consistant, dans le cadre de la LAMal, à établir les bases statistiques nécessaires à l'examen du fonctionnement et des effets de cette loi, ne va pas sans un élargissement des relevés fédéraux existants. Avec les données du secteur ambulatoire, il sera possible de suivre le parcours des patients auprès de plusieurs prestataires de soins et d'établir ainsi leur parcours de traitement. Cela permettra d'analyser l'efficacité et la rentabilité économique de différentes formes de traitement et de divers modèles de prestations.

### Utilisation des données à des fins de surveillance

Les données des fournisseurs de prestations sont nécessaires aussi pour les activités de surveillance et pour l'exécution de la LAMal (art. 22a). Elles servent au contrôle de la rentabilité économique et de la qualité des prestations par les organes responsables de l'assurance-maladie. Les données sont toujours utilisées conformément à leur destination légale. D'ici à 2015, les dispositions de l'art. 22a, al. 4, de la LAMal sur l'utilisation des données à des fins de surveillance légale seront mises en vigueur au niveau de l'ordonnance. Des travaux allant dans ce sens sont en cours pour l'ordonnance et pour le règlement de traitement correspondant.

### Traitement strictement séparé des données statistiques et des données de surveillance

Les données sont séparées immédiatement après leur collecte en fonction de leur destination. Les données statistiques sont en principe accessibles au public, mais elles sont entièrement anonymisées. Elles ne permettent pas de remonter aux personnes individuelles (patients, personnel, fournisseurs de prestations). Les statistiques permettent par exemple d'effectuer des descriptions et des analyses épidémiologiques de la santé de la population, de livrer des données aux organisations internationales et d'informer le public sur les évolutions dans le domaine de la santé. Les données destinées à la surveillance sont transmises exclusivement aux destinataires cités dans la loi. Elles sont nominatives, mais seulement au niveau des fournisseurs de prestations (entreprises), et non au niveau des personnes. Il n'est dès lors pas possible d'en déduire des renseignements individuels sur les patients ni sur le personnel médical. Les tâches d'exécution comprennent notamment l'exécution de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, la surveillance du système de santé, les travaux de planification, de pilotage et de financement, et les comparaisons entre établissements.

### Importance de la protection des données

Les dispositions sur la protection des données inscrites dans la loi sur la protection des données (LPD) sont entièrement et rigoureusement observées, en particulier dans le traitement des données personnelles sensibles (voir l'annexe 1).

La protection des données est régie dans la loi sur la statistique fédérale (LSF) et dans la loi fédérale sur la protection des données (LPD). Son respect revêt la plus haute priorité dans le cadre des relevés de données sur les services de santé. Ces principes ont été discutés avec le Préposé fédéral à la protection des données et à la transparence, avec qui des échanges réguliers ont lieu dans le cadre du développement de la statistique des soins ambulatoires.

Les principes suivants sont applicables pour protéger les droits des personnes physiques et morales, en particulier pour la protection de la personnalité:

- Les données doivent être utilisées exclusivement aux fins inscrites dans la loi.
- Toutes les personnes associées au relevé et au traitement des données sont tenues d'observer le secret sur les données.
- Des mesures techniques et organisationnelles adéquates sont prises pour protéger les données contre toute utilisation non autorisée.
- Les données sur les patients sont dans tous les cas anonymisées.
- Les données statistiques doivent également être entièrement anonymisées au niveau des établissements, sauf accord différent avec les personnes concernées.
- Les données de surveillance légale sont anonymisées au niveau des établissements, dans la mesure où le mandat légal des utilisateurs le permet.

En outre, le potentiel d'utilisation abusive des données est fortement réduit par le fait que les données sur les patients sont anonymisées d'emblée par les fournisseurs de prestations (entreprises), de sorte que l'OFS ne reçoit à aucun moment des données permettant d'identifier les patients. Un code de liaison anonyme (CLA) individuel est généré à cet effet pour chaque personne (Hash-Code). Comme les informations initiales ne sont plus reconstituables, les données sur les patients peuvent être reliées entre elles de manière anonyme, sans identification des personnes. Pour augmenter le niveau de sécurité, le CLA est codé avant la transmission à l'OFS à l'aide d'un code temporaire (qui est de son côté livré sous une forme codée). Seul l'OFS possède les instruments permettant de générer le CLA initial. Le CLA est remplacé par un numéro d'ordre avant toute transmission de données individuelles à un organe de surveillance ou à un institut de recherche.

## 5. Utilité pour la statistique publique

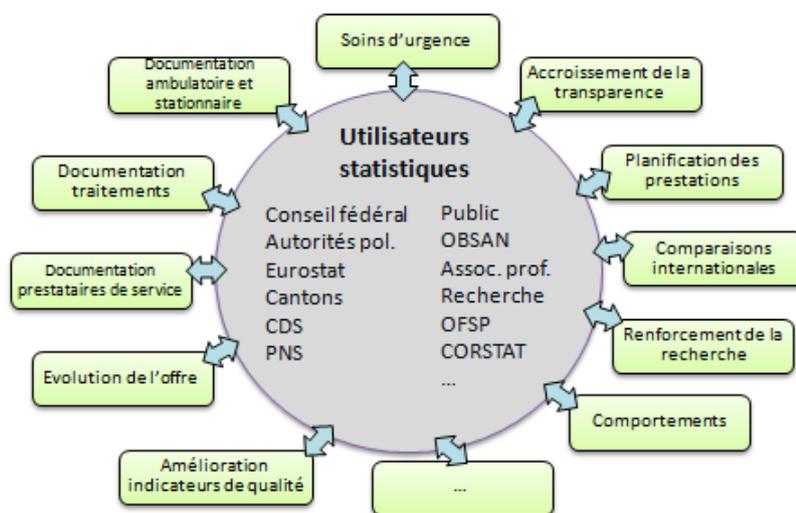
En collectant des données sur les services de santé, l'OFS remplit un double mandat légal: collecter des données statistiques dans le domaine de la santé et produire les données nécessaires aux activités légales de surveillance prévues par la LAMal. Les coûts de réalisation de ces deux objectifs sont essentiellement à la charge de la Confédération.

### Statistique publique

L'utilisation des données dans le cadre de la loi sur la statistique fédérale permet notamment: la description générale des structures et du fonctionnement des services de santé pour faciliter la mise en œuvre de la politique de la santé (offre de prestations sous condition de ressources, besoins dans le domaine de la formation de base et de la formation continue, etc.); l'analyse épidémiologique des données sur les patients dans les différents modèles de prestations; l'établissement de tableaux cliniques sous l'angle épidémiologique; le développement de la recherche universitaire sur les prestations de santé, qui est aujourd'hui encore peu développée faute de données suffisantes; la constitution d'ensembles complets de données pour les organisations internationales qui effectuent des comparaisons entre pays, etc.

Les données sont en principe accessibles à tous. Pour des raisons de protection des données, elles doivent être entièrement anonymisées. Concrètement, cela signifie qu'aucune information ne peut en être tirée concernant les personnes individuelles (patients, personnel, etc.), ni concernant les fournisseurs de prestations (personnel médical, etc.).

Le graphique suivant représente les interactions entre les utilisateurs statistiques et les problématiques et thèmes de la statistique publique.



Le futur système d'information de la statistique des services de santé permettra de répondre à des questions auxquelles aujourd'hui il n'est possible de répondre que partiellement, faute de données sur le secteur ambulatoire, ou pour lesquelles on risque aujourd'hui de produire des informations biaisées. Le système permettra par exemple de produire les résultats suivants:

- Tableau statistique général des services de santé
- Vue d'ensemble des coûts et du financement du système de santé
- Analyse du fonctionnement et des effets de la LAMal dans le cadre du système de santé
- Etudes épidémiologiques
- Déroulement des traitements (chemins cliniques)
- Ordre dans lequel les patients recourent aux prestations (parcours de soins des patients)

- Evolution du système de santé au cours du temps
- Analyse de l'offre de soins
- Base de données pour l'analyse scientifique des services de santé
- Comparaisons internationales
- Interactions entre les secteurs stationnaire et ambulatoire

Utilisation des données à des fins de surveillance (explications complémentaires)

Les données collectées auprès des fournisseurs de prestations servent aussi à la surveillance et au pilotage de l'assurance-maladie obligatoire. Ces tâches requièrent d'une part des données sur le secteur de l'assurance-maladie obligatoire, d'autre part une vue d'ensemble globale des services de santé. L'utilisation des données à des fins de surveillance légale nous oblige à réaliser la statistique des services de santé sous forme de relevés exhaustifs obligatoires (principe de l'égalité de traitement). Les relevés sont annuels. En règle générale, des données nominatives sont nécessaires afin de pouvoir produire des informations sur les personnes morales concrètes. En revanche, les données relatives aux personnes individuelles (patients, personnel, clients, etc.) ne pourront pas être associées à une identité concrète. Les données destinées à la surveillance seront communiquées par l'OFS uniquement aux utilisateurs expressément désignés à cet effet dans les dispositions légales<sup>6</sup>.

Office fédéral de la santé publique OFSP	Exécution, contrôle et surveillance de l'exécution de la LAMal, publication des données
Cantons	Planification des prestations et examen des tarifs
Surveillant fédéral des prix SPR	Surveillance des prix et des tarifs
Assureurs	Calcul des tarifs

*Utilisation des données à des fins de surveillance par les organes d'exécution:*

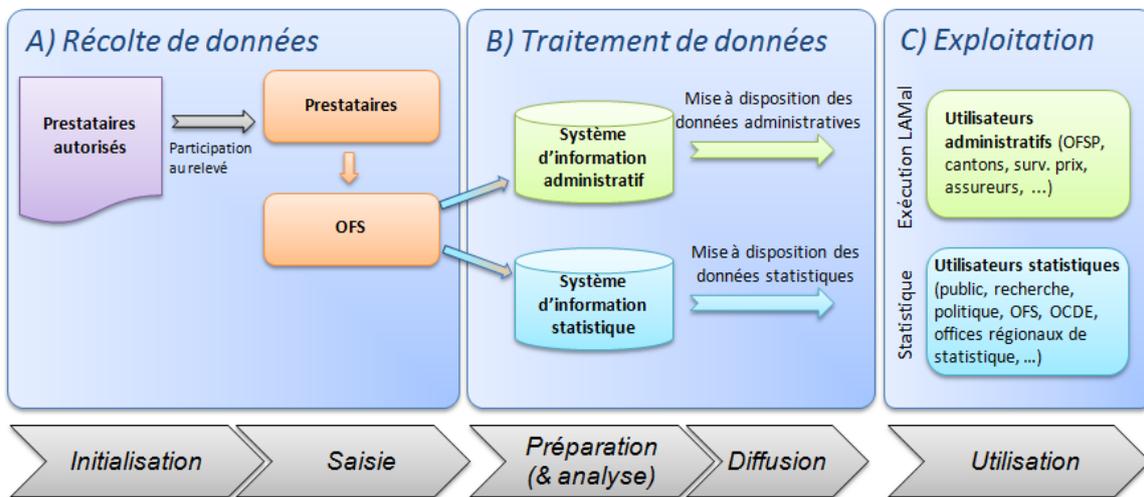
- *Vue d'ensemble des prestations de l'assurance obligatoire des soins, comme composante du système de santé*
- *Effets de l'autorisation de nouveaux groupes de prestataires de soins*
- *Bases pour l'appréciation de la rentabilité économique, de l'efficacité et de l'adéquation des prestations*
- *Planification cantonale des prestations de santé*
- *Bases pour l'appréciation des coûts des infrastructures médicales*
- *Contribution à la surveillance des fournisseurs de prestations et à la réalisation de comparaisons entre établissements concernant les coûts et la qualité (benchmarking)*
- *Monitoring des effets des mesures politiques d'incitation et des mesures de régulation*
- *Base de données pour la fixation des tarifs*

<sup>6</sup> D'autres organes peuvent être chargés de l'exécution, du contrôle ou de la supervision de l'exécution de la LAMal, qui ne sont pas citées nominalement dans le présent exposé (LAMal, art. 84a).

## 6. Processus de collecte des données

Conformément aux buts fixés par le législateur et pour éviter tout double relevé, les données destinées à des fins statistiques et à des fins de surveillance sont collectées ensemble. Les données sont saisies par les fournisseurs de prestations et transmises à l'OFS, avec, pour certains relevés, la collaboration des services de relevé cantonaux. Les données sont plausibilisées, traitées et munies de métainformations par l'OFS. L'OFS a pour principe de procéder à la validation des données le plus tôt possible dans le processus de relevé. Après leur arrivée à l'OFS, les données sont traitées et enregistrées séparément et suivent des processus différents et séparés. Comme nous l'avons expliqué au chapitre précédent, les données statistiques sont soit rendues accessibles au public, soit transmises à leurs destinataires légaux pour être utilisées à des fins de surveillance, conformément à la LAMal. Tout le processus se fait dans le strict respect des dispositions relatives à la protection des données.

Les différentes phases du processus sont présentées schématiquement dans le graphique suivant.



### Population statistique

La population statistique est composée des fournisseurs de prestations, qui sont des personnes morales. Les établissements et les professionnels indépendants sont interrogés directement. Les patients et les employés ne sont pas interrogés directement. Les données qui les concernent sont livrées par le fournisseur de prestations interrogé.

La population statistique des fournisseurs de prestations<sup>7</sup> est déterminée par les cantons, qui ont la compétence pour autoriser et agréer les établissements et l'exercice des professions médicales. Les cantons assurent la qualité de la population statistique.

Les listes d'adresses des fournisseurs de prestations proviennent du Registre des entreprises et des établissements (REE) et sont confirmées par les services cantonaux compétents. Les adresses sont administrées en collaboration avec les services cantonaux et sont rentrées, pour assurer l'actualité et la qualité des données, dans le REE et dans le Registre des professions médicales. La Confédération veille seulement à la conformité avec la législation (LAMal) et au respect des principes de la statistique fédérale (notamment l'uniformité et la comparabilité des données).

Aujourd'hui, l'OFS réalise quatre enquêtes sur les prestations de santé : la statistique des hôpitaux, la statistique médicale des hôpitaux, la statistique des institutions médico-sociales et la statistique de l'aide et des soins à domicile. Les relevés supplémentaires pour les statistiques des soins ambulatoires sont traités par analogie. Les relevés de données structurales se font au moyen d'une

<sup>7</sup> A noter que la population statistique n'est pas la même pour les données statistiques et pour les données de surveillance. Les fournisseurs de prestations qui n'exercent pas dans le cadre de la LAMal ne font partie que de la population considérée pour la statistique.

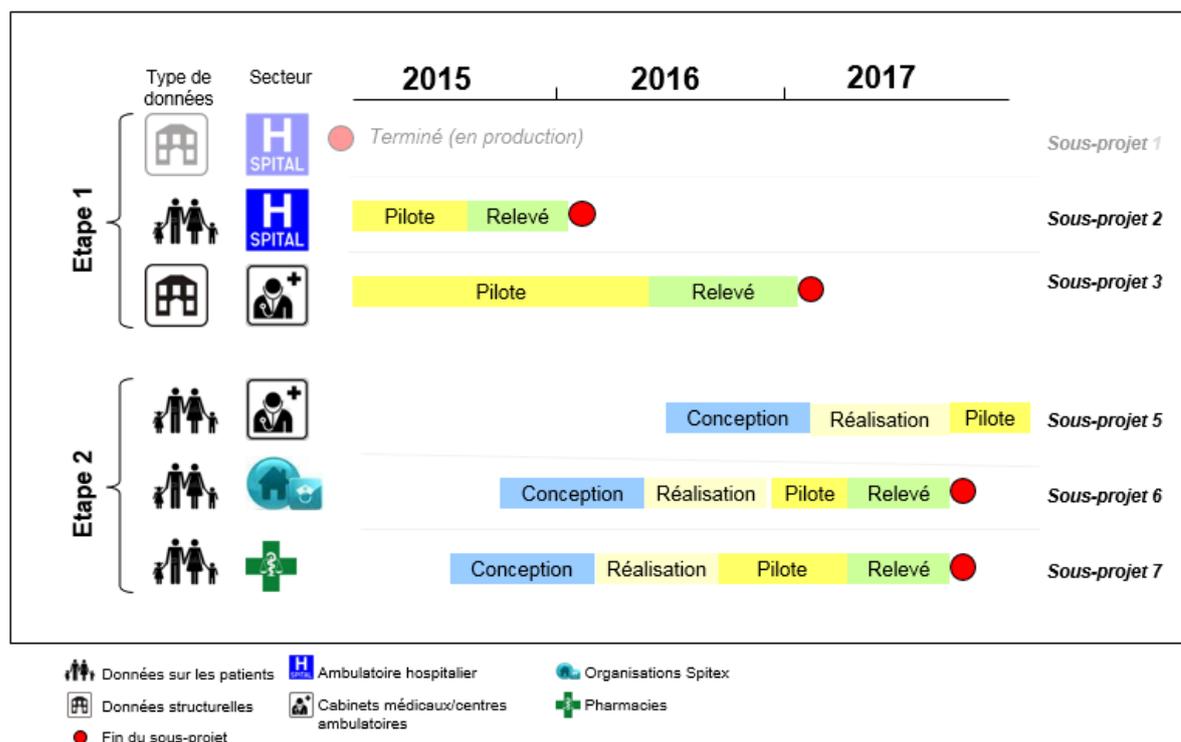
application web, et des instruments de transmission sont utilisés pour les données sur les patients. Pour le secteur des soins ambulatoires, il faut souligner que le nombre de fournisseurs de données est nettement plus élevé que dans le domaine stationnaire, de même que le volume de données relatives aux patients. C'est pourquoi l'OFS s'efforce d'offrir le meilleur support possible, en optimisant les techniques, les processus et les ressources. Le but est d'effectuer l'assurance qualité très en amont dans le processus de relevé afin de pouvoir se passer de contrôler le contenu des données individuelles. Il faut à cet effet rénover et optimiser les différentes fonctions (soutien, rappels, validation). Les relevés prévus n'entraînent pas de changements fondamentaux dans le processus de collecte des données. Mais les fournisseurs de prestations et les cantons verront leurs tâches simplifiées dans la phase de relevé grâce à un degré d'automatisation accru et au recours à des techniques plus développées.

## B) Réalisation dans le cadre du projet MARS

### 1. Etat du projet

La base de données actuelle ne permet pas de donner une image complète des services de santé. La Confédération ne dispose pratiquement d'aucune information sur le secteur ambulatoire. Le projet MARS de l'OFS (Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé) a pour but de construire des statistiques sur les prestations de santé ambulatoires. Le projet s'articule en sept sous-projets, correspondant aux différentes catégories de données et de prestataires de services. Les sous-projets sont mis en œuvre indépendamment les uns des autres et de manière échelonnée. Les fournisseurs de prestations sont les hôpitaux, les cabinets médicaux, les centres de soins ambulatoires, les organisations d'aide et de soins à domicile et les pharmacies. Deux types de données sont relevées: des données structurelles (informations relatives aux établissements) et des données sur les patients (informations sur les prestations reçues). Ces sous-projets viennent compléter les relevés de données existants sur les services de santé.

La figure suivante («Roadmap») présente schématiquement le déroulement du projet et ses différentes phases jusqu'à sa mise en production.



Chaque sous-projet comporte une phase pilote – pour tester les résultats du sous-projet – et une phase de réalisation, suivie de la mise en production dans le cadre des relevés périodiques.

#### Situation actuelle, décembre 2015

Le sous-projet 1 « Données structurelles du secteur hospitalier ambulatoire » s'est achevé fin 2014. Après une phase-pilote en 2013 et l'intégration des nouvelles variables dans la statistique des hôpitaux existante, le relevé productif a eu lieu pour la deuxième fois. Dans le cadre de la publication « Statistique des hôpitaux 2014 – Tableaux standards », l'ensemble des données a été publié en

novembre 2015 en raison de la meilleure qualité, et a été mis à disposition des institutions prévues dans la LAMal pour un usage administratif.

Pour le sous-projet 2 « Données sur les patients du secteur hospitalier ambulatoire », deux phases pilotes ont eu lieu. La première enquête productive a suivi en décembre 2015. Les premiers résultats devraient être disponibles à l'été 2016.

Concernant le sous-projet 3 « Données structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires », le questionnaire électronique a été réalisé et, à l'été 2015, un premier relevé-pilote a été mené auprès de cabinets médicaux et de centres ambulatoires sélectionnés. La finalisation du contenu du questionnaire est prévue fin 2015, le deuxième relevé-pilote aura lieu au printemps 2016 et le démarrage opérationnel en novembre 2016.

Le sous-projet 4 « Structure des données d'exploitation / datawarehouse » concerne l'infrastructure interne à l'OFS. Les sous-projets 5 à 7 (« Données sur les patients des cabinets médicaux », « Données sur les patients des organisations d'aide et de soins à domicile » et « Données des pharmacies ») suivront ultérieurement. Les premiers travaux de conception pour les pharmacies ont commencé.

Les parties prenantes, les représentants des utilisateurs de données et les représentants des prestataires de soins sont associés au projet MARS. Un groupe d'accompagnement<sup>8</sup> a été constitué pour seconder les travaux sur le projet. Les membres des groupes d'experts des statistiques de la santé<sup>9</sup> sont informés régulièrement de l'avancement du projet.

#### Principes régissant la réalisation du projet

- Les objectifs de la statistique des services de santé sont réalisés par étapes selon un ordre de priorité défini. La structure du projet est modulaire et chronologique (*planification -> roadmap*)
- Les domaines « hospitalier ambulatoire » et « cabinets médicaux » sont traités prioritairement du fait de leur grande importance dans le système de santé (*ordre chronologique des sous-projets*)
- La communication avec les parties intéressées est ouverte et transparente (*groupes d'accompagnement*)
- La charge de travail des fournisseurs de données est réduite au strict nécessaire: les relevés portent essentiellement sur des données disponibles sous forme électronique (*charge de travail*)
- Des instruments de relevé sont utilisés là où c'est utile. On met à profit autant que possible les informations qui sont déjà disponibles (*processus de relevé*).

---

<sup>8</sup> Membres du groupe d'accompagnement: Office fédéral de la santé publique (OFSP), Conférence suisse des directeurs cantonaux de la santé (CDS), Conférence suisse des offices régionaux de statistique (CORSTAT), Association des hôpitaux de Suisse (H+), Fédération des médecins suisses (FMH), Conférence des Sociétés cantonales de médecine (CCM), Société suisse des pharmaciens (pharmaSuisse), Assureurs maladie suisses (santésuisse) et Curafutura.

<sup>9</sup> [http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/institutionen/oeffentliche\\_statistik/bundesstatistik/expert.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/institutionen/oeffentliche_statistik/bundesstatistik/expert.html)

## **2. Données structurelles du secteur hospitalier ambulatoire (sous-projet 1)**

### **a) Principes**

Le sous-projet « Données structurelles du secteur hospitalier ambulatoire » visait à compléter l'actuelle statistique des hôpitaux (KS) en l'étendant aux prestations ambulatoires. La statistique des hôpitaux sert principalement à décrire les infrastructures et les activités des hôpitaux et des maisons de naissance en Suisse. Les établissements soumis à l'obligation de fournir des données fournissent chaque année des renseignements sur leurs prestations, leur personnel et leurs comptes d'exploitation. L'élargissement au secteur ambulatoire peut permettre d'observer les déplacements qui se produisent entre le secteur stationnaire et le secteur ambulatoire dans le milieu hospitalier et de procéder à des comparaisons entre les évolutions des fournisseurs de prestations de tous les secteurs.

La KS est axée sur le relevé de la structure des établissements : infrastructure, personnel, comptabilité financière, coûts et produits. Avec le sous-projet « Données structurelles du secteur hospitalier ambulatoire » ont été relevées de nouvelles variables dans le secteur ambulatoire (p. ex. le nombre de consultations ambulatoires), et les variables existantes différenciées pour chacun des deux secteurs de prestations (p. ex. le degré d'utilisation de l'infrastructure médico-technique). Les résultats du projet « Coûts de la formation et de la recherche académiques médicales dans les hôpitaux universitaires » ont pu également être intégrés dans les questionnaires révisés. Un nouvel ensemble de données a été constitué pour le personnel médical externe, comme les médecins agréés indépendants et les sages-femmes.

L'extension de la KS au secteur ambulatoire a été mise en œuvre avec une charge de travail aussi modérée que possible pour les établissements. Le processus actuel avec répartition des tâches entre les établissements et les cantons a été maintenu. La population statistique de la KS demeure inchangée. Le questionnaire de la KS a été complété ici et là par de nouvelles variables. Le questionnaire électronique comporte – c'est nouveau – un mécanisme de guidage pour la sélection des variables ambulatoires et/ou stationnaires. Seules s'affiche les questions pertinentes pour le secteur ambulatoire et/ou stationnaire et pour les types d'activité de l'établissement concerné. La saisie des données est ainsi simplifiée pour les fournisseurs de prestations.

### **b) Collaboration avec les parties intéressées et processus de relevé**

L'OFS a informé en février 2012 le groupe d'accompagnement externe sur le projet MARS et sur le sous-projet 1. Les observations du groupe d'accompagnement sur la conception détaillée du sous-projet « Données structurelles du secteur hospitalier ambulatoire » ont ensuite été intégrées par l'OFS dans le projet. Les documents ont été discutés et ont été publiés avec un an d'avance pour que les hôpitaux puissent procéder à l'implémentation. Des échanges réguliers ont eu lieu avec l'Association des hôpitaux suisse H+. Un relevé pilote a été effectué en 2013 pour tester les changements apportés à la KS. Le contact direct avec les hôpitaux a permis de profiter de l'expérience des uns et des autres, dont il a été tenu compte dans les relevés productifs de 2014. Les cantons ont été informés régulièrement, dans le cadre de réunions d'information, sur le sous-projet et sur leur rôle dans les relevés. Comme le sous-projet 1 « Données structurelles du secteur hospitalier ambulatoire » est intégré dans les relevés annuels actuels de la statistique des hôpitaux, les cantons n'ont pas de tâches supplémentaires, mis à part le contrôle des variables nouvelles. La documentation a été adaptée de manière à ce qu'il ne soit pas nécessaire d'organiser de formations.

Le relevé des données structurelles du secteur hospitalier ambulatoire est intégré dans les relevés de la KS et se fait au moyen de l'application web étendue de la KS. Les établissements hospitaliers contrôlent les données qu'ils saisissent. Dès que les données sont complètes et contrôlées, la service

compétent du canton valide le questionnaire et le transmet à l'OFS. L'OFS peut procéder à une nouvelle vérification puis l'approuver au moyen de la même application web. Si la qualité n'est pas suffisante, l'OFS retourne le questionnaire au canton. Une fois les données agréées par l'OFS, elles sont importées dans le datawarehouse, à partir duquel toutes les analyses statistiques sont réalisées.

### **c) Contenu des relevés**

Le sous-projet 1 vise essentiellement à produire des données complètes sur le secteur hospitalier ambulatoire. En outre, le questionnaire est plus détaillé pour l'identification du personnel médical et concernant les coûts de la formation et de la recherche.

Variables nouvelles dans le domaine hospitalier ambulatoire:

- Offre de prestations ambulatoires par site/activité
- Infrastructure médico-technique: utilisation des appareils stationnaires/ambulatoires
- GLN<sup>10</sup> des médecins et des sages-femmes (internes/externes)
- Saisie individuelle du personnel externe
- Nombre de consultations ambulatoires.

Coûts de la formation et de la recherche universitaires (à partir des données 2014):

Les résultats du projet « Coûts de la formation et de la recherche académiques médicales dans les hôpitaux universitaires » ont été mis en œuvre dans le cadre des relevés de la statistique des hôpitaux. La méthode de calcul, adaptée en conséquence, est basée sur REKOLE®.

### **d) Situation actuelle**

Les résultats issus des nouvelles variables sur le secteur hospitalier ambulatoire ont été publiés dans la publication « Statistique des hôpitaux 2013 – Tableaux standards ». Les données relevées pour la première fois en 2013 ont été transmises uniquement pour l'utilisation statistique. Le sous-projet 1 a été conclu fin 2014, puis est passé dans le régime d'exploitation KS régulier.

Les données de l'année 2014 ont été publiées en novembre 2015 sur le site internet de l'OFS et transmises à des fins de surveillance légale (selon la LAMal).

---

<sup>10</sup> GLN: Global Location Number = numéro d'identification, précédemment appelé EAN. Numéro attribué aux médecins au moment de la remise du diplôme fédéral ou au moment de la reconnaissance des diplômes étrangers. Le GLN des sages-femmes peut être demandé à Medwin. Le GLN est utilisé seulement à des fins internes de plausibilisation et n'est pas transmis à des tiers.

### **3. Données sur les patients du secteur hospitalier ambulatoire (sous-projet 2)**

#### **a) Considérations générales**

Les «données sur les patients du secteur hospitalier ambulatoire » feront l'objet d'un nouveau relevé auprès des hôpitaux et des maisons de naissance. Avec les statistiques existantes sur les données structurelles (statistique des hôpitaux complétée par le sous-projet MARS sur les données structurelles du secteur hospitalier ambulatoire) et les données sur les patients du secteur stationnaire (statistique médicale des hôpitaux), ce nouveau relevé complétera les données statistiques sur les établissements hospitaliers. Les informations à relever sont contenues en grande partie dans les systèmes de facturation des soins ambulatoires, ce qui limitera le temps que les établissements auront à consacrer au relevé et aura une incidence positive sur la qualité des données. Les données sur les patients sont des informations particulièrement sensibles, de sorte que la protection des données revêt ici une grande importance.

La collecte de données sur les patients du secteur hospitalier ambulatoire est une étape importante vers l'amélioration de la transparence du système de santé. Vu la place centrale qu'ils occupent dans le système de santé, les hôpitaux jouent un rôle important dans la statistique des services de santé. La mise en relation des sous-projets entre eux et avec les données existantes sur le secteur stationnaire constituera une véritable valeur ajoutée. Le sous-projet «Données sur les patients du secteur hospitalier ambulatoire » comporte trois niveaux :

- Le relevé comblera une lacune dans les données actuelles. Il présente une utilité directe du fait des nouvelles données sur les prestations ambulatoires qu'il produira. Les données sur les patients constitueront, avec les données structurelles, un ensemble de données complet sur les soins ambulatoires dans les hôpitaux et les maisons de naissance (données sur les tarifs et les médicaments, sur les soins d'urgence, etc.) Elles permettront d'analyser des faits sociodémographiques, des spécificités régionales ou des différences de comportement selon le sexe.
- Les données sur les prestations ambulatoires et stationnaires pourront servir de base à des analyses solides sur les hôpitaux et les maisons de naissance considérés dans leur ensemble. On pourra observer directement les interactions entre les secteurs ambulatoire et stationnaire (effets de substitution, évolutions dans le traitement de certains tableaux cliniques, démographie et rôle du personnel de santé).
- Les données sur les patients du secteur hospitalier ambulatoire permettront des comparaisons intersectorielles et des analyses sur l'ensemble de la société. Une statistique intégrale des services de santé portant sur une pluralité de fournisseurs de prestations et sur différentes formes de prestations offrira la possibilité de traiter des problématiques complexes (parcours de traitement, épidémiologie, optimisation de la planification, des prévisions et de la qualité).

#### **b) Collaboration avec les parties intéressées et processus de relevé**

Le groupe d'accompagnement externe a été informé en avril 2012 des travaux en cours dans le sous-projet «Données sur les patients du secteur hospitalier ambulatoire ». Les membres du groupe ont exprimé leur avis sur les concepts et ont formulé d'utiles recommandations. Leurs observations sur le processus de relevé et sur son contenu ont été intégrées dans la conception détaillée fin 2013. A la demande des représentants des cantons, les représentants des directions cantonales de la santé et des offices statistiques cantonaux ont été invités régulièrement pour des échanges d'informations avec l'OFS. L'avancement du projet et le rôle des cantons dans le sous-projet ont été présentés à l'assemblée plénière de la CDS. Des échanges réguliers ont lieu également avec H+, l'association faitière suisse des hôpitaux publics et privés, des cliniques et des établissements de soins, afin de s'accorder sur le sous-projet et pour examiner le relevé sur le plan opérationnel.

Le relevé des « données sur les patients du secteur hospitalier ambulatoire » est un relevé annuel exhaustif auprès des hôpitaux et des maisons de naissance autorisés à exercer dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS). La statistique des hôpitaux, la statistique médicale des hôpitaux et les données sur les patients du secteur hospitalier ambulatoire visent les mêmes fournisseurs de données. La population statistique est définie dans le cadre de la statistique des hôpitaux en collaboration avec les cantons. Chaque participant est doté de son propre numéro d'identification dans le Registre des entreprises et des établissements (REE). Les données destinées à des fins statistiques et celles destinées à des fins de surveillance sont collectées ensemble pour des raisons d'efficacité, et pour ainsi éviter de relever deux fois les mêmes données. Le processus diffère de celui de la statistique médicale et de la statistique des hôpitaux dans la mesure où les établissements livreront les données directement à l'OFS. Les cantons n'ont pas l'obligation de participer aux opérations de relevé. L'anonymisation se fait très en amont dans le processus de relevé et de façon décentralisée dans les établissements. Les données nominatives sur les patients ne sont à aucun moment transmises à l'OFS. Pour des raisons de protection des données, et parce que les bases légales ne sont pas les mêmes pour les deux catégories de données, les données collectées (inputs) sont stockées à l'OFS dans deux banques de données physiquement séparées. Les données sont utilisées à des fins de surveillance légale et à des fins statistiques.

Le relevé porte essentiellement sur des données disponibles sous forme électronique dans les systèmes informatiques des établissements, dans les banques de données existantes ou dans des registres, ce qui limite la charge de travail pour les fournisseurs de données. L'OFS fournit les outils de relevé et les spécifications de l'interface. Comme pour toute nouvelle enquête, les fournisseurs de données doivent s'attendre à une charge de travail supplémentaire au début, notamment pour l'adaptation initiale de leurs systèmes informatiques. Ensuite, la transmission annuelle des données pourra se faire de manière automatisée.

### **c) Objet du relevé**

Le relevé de données sur les patients du secteur hospitalier ambulatoire porte sur toutes les prestations ambulatoires que les hôpitaux et les maisons de naissance facturent sur une base tarifaire. Les secteurs ambulatoire et stationnaire sont délimités conformément à l'ordonnance « sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie » (OCP). Une livraison de données comprend toutes les prestations ambulatoires facturées pour la période comptable ayant commencé pendant l'année de relevé. Comme pour la facturation uniformisée, une ligne est prévue pour chaque prestation. Les données requises par prestation permettent d'avoir des informations sur les niveaux suivants de la prestation:

1. le fournisseur des prestations (hôpital ou maison de naissance),
2. le personnel médical,
3. le patient.

Données sur les patients: secteur ambulatoire hospitalier		
<b>Etablissement</b>	<b>Personnel médical</b>	<b>Patient</b>
<u>Identification</u> – EntID – Numéro REE  <u>Organisation d'exploitation</u> – Discipline médicale concernée	<u>Identification</u> – Médecin exécutant	<u>Identification</u> – Patients (anonymes) <u>Socio-démographique</u> – Sexe – Année de naissance – Domicile / Pays – Nationalité <u>Parcours de traitement</u> – Instance qui a envoyé le patient – Médecin qui a envoyé le patient – Fournisseur de prestations qui a envoyé le patient <u>Prestation fournie</u> – Période du traitement – Date de la prestation – Tarif & code de la prestation – Quantité – Garant – Prix facturé – Classification utilisée & diagnostic

Des données détaillées sur l'établissement (données structurelles) sont relevées dans la statistique des hôpitaux, raison pour laquelle ne sont demandées ici que des données sur le lieu où la prestation a été effectuée. Avec l'identification du personnel médical exécutant, il est possible de documenter son activité par site d'activité local et par établissement. L'identification du médecin exécutant la prestation permet de documenter son lieu d'activité. Les données relatives aux patients renseignent sur le contexte sociodémographique, sur les parcours de traitement et sur les prestations ambulatoires reçues. Dans le domaine des soins stationnaires, les traitements sont décrits sur la base de la Classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP). Dans le domaine ambulatoire, cette fonction est remplie par TARMED, le système de tarification des prestations médicales ambulatoires, qui est suffisamment détaillé. Les mêmes bases servent donc pour les données sur les patients du secteur hospitalier ambulatoire et pour la facturation selon les normes du *Forum Datenaustausch*. Le diagnostic, qui est à la base de toutes les analyses épidémiologiques, détermine dans une grande mesure l'utilité (à moyen terme) des relevés. Les travaux du groupe d'accompagnement et les résultats d'un relevé test ont fait apparaître que les diagnostics ne sont pas codés partout et qu'ils ne sont pas toujours codés sur la base des mêmes classifications. Il n'est donc pas réaliste pour le moment de vouloir relever les diagnostics de manière exhaustive. On ne peut toutefois pas renoncer à cette information, compte tenu de son importance. Les établissements sont donc tenus de communiquer dès maintenant tous les diagnostics qui figurent dans leurs données. Selon la révision de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), entrée en vigueur le 1.1.2015, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) définira d'ici 2017 une classification des diagnostics uniforme pour l'ensemble des services de soins de santé ambulatoires. Celle-ci sera ensuite introduite dans le respect du principe de la proportionnalité.

#### d) Situation actuelle

Un test a été réalisé en 2013 pour vérifier si une première version du catalogue des variables peut être livrée. L'objectif principal était de faire vérifier le contenu et la définition des variables par les établissements. Ont été analysées en particulier la disponibilité des données, leur comparabilité (notamment entre les hôpitaux et les cabinets médicaux) et leur qualité. Il est apparu que l'utilisation du système de facturation électronique du *Forum Datenaustausch* facilite le relevé des données. Le test a produit des résultats utiles (pas de relevé complet des diagnostics, affinement des données sur les urgences, élargissement de la nomenclature de l'OFS aux principaux centres de prestations) et a permis d'estimer le volume des données. Sur la base de ces résultats, il a été décidé d'utiliser le

format XML pour la transmission des données. Selon un premier feed-back des hôpitaux, l'interface requise peut être réalisée à des coûts modérés. Les données reçues et les réactions des établissements ont été publiées sur la page internet de l'OFS dans le cadre de la documentation relative à l'interface ([www.hospital-outpatient-data.bfs.admin.ch](http://www.hospital-outpatient-data.bfs.admin.ch); menu « Application et aide aux utilisateurs »).

L'infrastructure technique nécessaire (instrument d'enquête, banques de données, etc.) sera mise en place pour la phase de réalisation sur la base de la conception détaillée et des résultats de la phase de test. Un relevé-pilote a été mené à l'été 2015 afin de tester le fonctionnement des éléments principaux, notamment le canal de transmission, l'anonymisation des données et la gestion de l'enquête. Les douze établissements qui ont participé ont pu attester de la bonne qualité de la fonctionnalité de l'instrument de relevé. Comme point faible a été identifiée l'absence dans les hôpitaux de programmes adaptés à la validation des fichiers XML préparés. En conséquence, l'OFS met à disposition un programme correspondant sur sa page internet. Les données reçues dans ce cadre n'ont pas été publiées. Avant le démarrage en décembre 2015 de la première enquête obligatoire sur les données sur les patients de l'hospitalier ambulatoire (données de l'exercice 2014), des modifications techniques ont été testées au moyen d'un test du système.

2015								2016		
Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Jan.	Févr.	Mars
Pilote 1										
Instrument de relevé										
Modifications				Tests		Contrôle				
Réalisation technique de l'enregistrement des données										
Réalisation				Tests et corrections						
					Pilote 2					
							Relevés données 2014			

## 4. Données structurelles des cabinets médicaux et des centres de soins ambulatoires (sous-projet 3)

### a) Considérations générales

Le sous-projet « Données structurelles sur les cabinets médicaux et les centres ambulatoires<sup>11</sup> » vise à collecter annuellement des données selon une méthodologie cohérente, analogue à celle utilisée dans les autres relevés de l'OFS sur les services de santé. Le sous-projet est une étape importante sur la voie qui doit conduire à l'amélioration de la base de données et à une meilleure transparence. L'utilité statistique des relevés sera encore plus évidente quand les autres sous-projets MARS seront mis en œuvre et quand le système produira des données sur l'ensemble des services de santé en Suisse.

Les données collectées à des fins statistiques renseigneront sur l'offre et sur les prestations effectives des cabinets médicaux et des centres de soins ambulatoires. Elles permettront d'étayer les débats sur la politique de la santé (planification et sécurité de la prise en charge, moratoire sur l'ouverture des cabinets, *masterplan* médecine de famille, planification des places de formation, etc.) et apporteront une contribution importante au système statistique suisse d'information sur la santé.

Chaque fournisseur de prestations exerçant dans ce secteur sera invité à participer aux relevés. Par fournisseurs de prestations, on entend les personnes morales, c'est-à-dire les cabinets médicaux. Les données seront relevées chaque année à l'aide d'un questionnaire en ligne. Il n'en résultera aucun coût supplémentaire pour les cabinets médicaux, hormis le temps nécessaire pour remplir le questionnaire, ni aucune installation de logiciel. A partir de la deuxième année de relevé, certaines données de l'année précédente seront pré-remplies dans le questionnaire - comme cela se fait pour la déclaration d'impôts. Les données seront relevées et plausibilisées par l'OFS sans le concours des services de relevé cantonaux. On veillera à la stricte séparation du traitement des données statistiques et des données destinées aux activités de surveillance légale, afin que les principes de la statistique publique et les exigences légales soient respectés.

### b) Collaboration avec les parties intéressées et processus de relevé

L'OFS a informé très tôt les parties intéressées sur le projet MARS par l'intermédiaire du groupe d'accompagnement externe. Après avoir pris connaissance des documents d'enquête, la FMH est arrivée à la conclusion que, vu les dispositions légales et le caractère obligatoire des relevés, elle pouvait aider les fournisseurs de prestations dans l'exécution pratique de cette exigence légale (réduction de la charge de travail). Pour faciliter aux médecins la livraison des données et réduire leur charge administrative, la FMH s'est très tôt associée à l'élaboration du questionnaire en ligne. Une partie des données à relever est soit déjà disponible pour le corps médical sous forme électronique dans différentes sources de données – myFMH, RoKo, NewIndex –, soit pourra être complétée de manière appropriée avec une charge minimisée pour les fournisseurs de prestations dans les relevés concernés. Ces données pourront être directement importées à l'OFS via un service web, sous réserve de l'accord du fournisseur de prestations concerné. En outre, il existe également la possibilité d'importer les données existantes du registre des professions médicales via un service web adéquat. L'OFS et la FMH ont signé une déclaration d'intention qui prévoit une coopération dans la première phase pilote du sous-projet pour tester la réalisation du service web de la FMH avec les caisses des médecins et NewIndex.

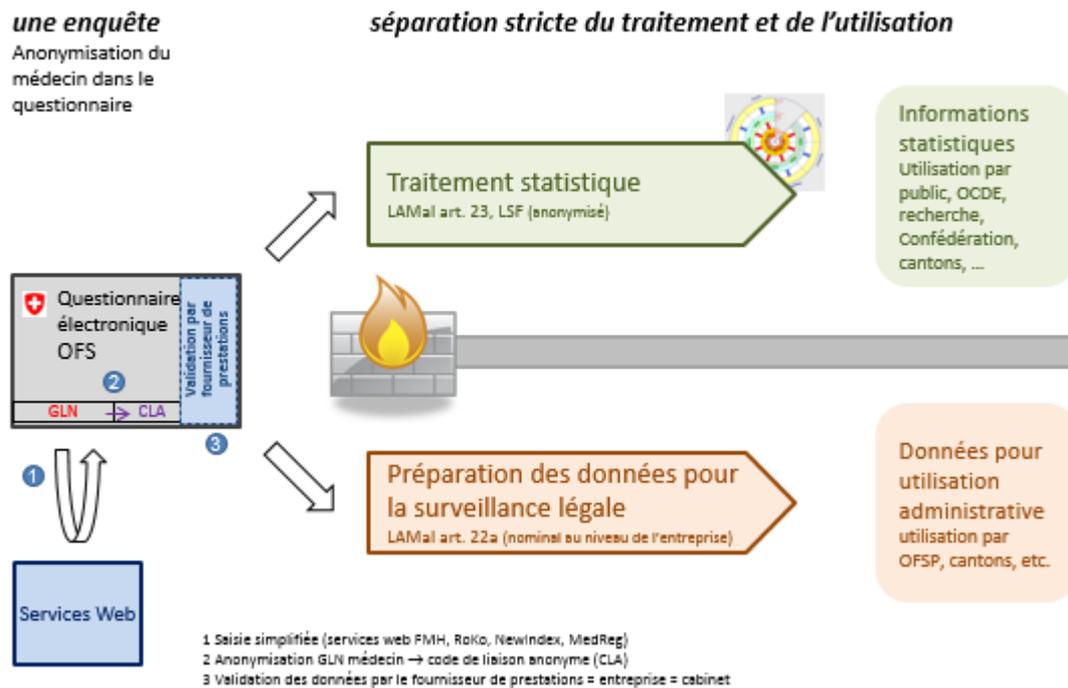
Dans le sous-projet « Données structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires », les données sont saisies au moyen d'un questionnaire électronique, puis traitées séparément selon leur destination (statistique ou surveillance). Les données utilisées à des fins statistiques (LSF) sont toutes anonymisées, qu'elles portent sur les personnes ou sur les entreprises. Il n'est plus possible d'identifier les médecins au moment de l'exploitation des données, les données d'identification via le GLN<sup>12</sup> étant converties en un code de liaison anonyme. Quant aux données destinées à la

<sup>11</sup> Pour faciliter la lecture, nous l'appellerons, dans la suite du texte, sous-projet "Données structurelles des cabinets médicaux".

<sup>12</sup> Le numéro GLN est utilisé dans l'instrument d'enquête pour identifier le médecin. Il est ensuite anonymisé à l'aide d'un code

surveillance légale, elles seront traitées conformément aux dispositions de la LAMal. Celles-ci concernent les données nominatives sur les entreprises; les données sur les médecins individuels sont anonymisées selon le même procédé que pour les données statistiques. Pour les données structurelles sur les cabinets médicaux, les cantons aident l'OFS à déterminer la population des cabinets médicaux. Les cantons en tant qu'organes responsables des autorisations seront invités à vérifier et à mettre à jour les données du Registre des entreprises et des établissements. La charge de travail que cela représente dépend de l'infrastructure du canton.

Le schéma ci-après présente le traitement séparé des données et les principaux éléments du processus de relevé.



de liaison, de la même façon que les données sur les patients sont anonymisées dans les relevés de l'OFS. Lorsque l'entreprise/le cabinet médical transmet les données, seul le code de liaison anonyme est fourni à l'OFS, sans le GLN.

### c) Contenu du relevé

Dans le cadre du sous-projet « Données structurelles des cabinets médicaux et des centres de soins ambulatoires », le relevé porte sur cinq catégories de données: entreprise, sites, personnel, finances, thèmes actuels.



Les données sur l'entreprise concernent les ressources techniques et l'infrastructure des cabinets médicaux et des centres ambulatoires; elles caractérisent les différentes formes d'organisation et d'exploitation.

Les données personnelles renseignent sur les ressources en personnel des cabinets médicaux. Une fois saisies, elles sont anonymisées à la fin du questionnaire. Elles concernent le personnel médical et les autres employés. Les informations collectées sont essentiellement de nature démographique ou ont trait à la formation et à l'activité exercée.

Les données financières renseignent sur les charges et les produits des cabinets médicaux et distinguent les produits LAMal des autres produits.

La catégorie « Thèmes d'actualité » permet d'intégrer dans les relevés des questions brûlantes touchant la politique, le corps médical ou la recherche.

### d) Situation actuelle

L'OFS a réalisé le questionnaire électronique et, en parallèle, développé différents services web en coopération avec les parties concernées, afin que certaines données issues de RoKo, myFMH, MedReg et NewIndex puissent être importées dans le questionnaire. En été 2015 a été mené un premier relevé pilote (*Usabilitytest*) avec vingt entreprises. L'évaluation de la facilité d'utilisation de l'outil de relevé pour les utilisateurs ainsi que l'évaluation de la charge pour les entreprises étaient des éléments centraux pour le premier relevé-pilote. Les conclusions du rapport sur la première phase-pilote sont intégrées jusque fin 2015 dans le questionnaire. Un deuxième relevé pilote à plus grande échelle (« répétition générale ») aura lieu au printemps 2016. La production régulière commencera en novembre 2016.



## 5. Autres sous-projets

### a) Données sur les patients des cabinets médicaux (sous-projet 5)

Ce sous-projet a pour but de produire des données et des informations sur le traitement des patients dans les cabinets médicaux. Il s'appuie d'une part sur le sous-projet « Données structurelles sur les cabinets médicaux et les centres ambulatoires », avec lequel il partage la même population de personnes interrogées, d'autre part sur le sous-projet « Données sur les patients du secteur hospitalier ambulatoire », avec lequel il partage un contenu analogue. Les mesures suivantes sont nécessaires à sa réalisation:

- Système d'identification des patients analogue à celui des autres relevés de l'OFS sur les patients. L'anonymat des patients est garanti par la création, pour des raisons de protection des données, d'un code de liaison anonyme avant la livraison des données.
- Etablissement d'un catalogue de questions comportant un nombre minimal de variables, comme dans le sous-projet « Données sur les patients du secteur hospitalier ambulatoire » (informations sociodémographiques de base sur les patients, traitements ou prestations reçus, diagnostics, fournisseurs des prestations). L'accent sera mis sur les données de routine disponibles sous forme électronique.

On veillera à ce que ce nouveau relevé génère une charge de travail aussi faible que possible pour les personnes interrogées. On veut à cet effet solliciter les systèmes informatiques standards que les cabinets médicaux utilisent pour l'administration de leurs patients et programmer les interfaces nécessaires. Des intermédiaires (NewIndex, Trustcenter, services de facturation, caisses des médecins, etc.) peuvent être associés aux opérations de relevé. Ce sous-projet permet de combler les principales lacunes concernant les données du secteur des soins ambulatoires, sur le plan quantitatif (nombre de prestataires de soins et de patients) et qualitatif (importance des cabinets dans la chaîne des soins ambulatoires).

Plusieurs points restent à examiner avant la réalisation du relevé. Le processus de relevé doit tenir compte du nombre de fournisseurs de données et surtout de la disponibilité des données dans les cabinets médicaux. L'appartenance de ce secteur à l'économie privée et le nombre élevé de fournisseurs de prestations ne seront pas sans incidence sur le taux de réponse.

### b) Données sur les patients des organisations d'aide et soins à domicile (sous-projet 6)

Bien que l'OFS collecte régulièrement depuis 2008 des données structurelles auprès des organisations d'aide et de soins à domicile, on ne dispose que de données agrégées sur les patients assistés par ces organisations. Pour pouvoir suivre les parcours des patients et élargir la statistique des services de santé, un relevé de données individuelles est indispensable. A cet égard, de bonnes conditions sont déjà réunies:

- La population des fournisseurs de prestations est déjà enregistrée à l'OFS.
- Le processus de relevé des données structurelles est déjà en cours via les cantons.
- Les données sur les patients pertinentes pour les prestations d'aide et de soins à domicile sont déjà définies de manière uniforme.
- Une collection de données (pool de données spitex), compatible avec un relevé par l'OFS, existe déjà auprès de l'association suisse d'aide et de soins à domicile.

Les parties intéressées, en particulier l'OFSP et l'Association suisse d'aide et de soins à domicile, soutiennent l'élargissement de la statistique aux données individuelles sur les patients, car la construction d'indicateurs de la qualité des soins médicaux (pour étudier les besoins selon l'état de santé) ne va pas sans données individuelles.

**c) Données des pharmacies (sous-projet 7)**

Du côté des pharmacies, le contexte est également favorable. Du fait des gros volumes de médicaments qu'elles traitent, les pharmacies sont très bien organisées et saisissent déjà leurs données selon une norme électronique unique<sup>13</sup>. Pour le relevé des prestations fournies aux patients, les données contenues dans le formulaire de facturation (médicaments, produits figurant sur la liste des moyens et appareils LiMA) sont suffisantes. La difficulté réside dans les points suivants: la production de métadonnées sur les médicaments, le volume des données, l'analyse de ces données complexes. Pour le relevé de données structurelles sur les pharmacies, il convient encore d'étudier les besoins. Les premiers travaux de conception et les analyses des parties prenantes ont commencé.

---

<sup>13</sup> Formulaire de facturation unique selon <http://www.forum-datenaustausch.ch/>

## Annexe 1: Niveaux de protection

**Niveau 0 (données techniques):** données non personnelles.

Niveau 1 - Données personnelles simples: données dont la communication ne présente aucun risque potentiel pour la personnalité des individus (p. ex. nom, prénom, adresse, date de naissance, branche d'activité d'une entreprise). A l'instar des données particulièrement sensibles, ces données peuvent toutefois nécessiter un degré de protection plus élevé (p. ex. noms des détenus d'un établissement pénitentiaire ou des sidéens hospitalisés dans une clinique spécialisée). De plus, les données du degré de protection 1 sont souvent assez facilement accessibles (annuaire téléphonique, rapports annuels, autres publications) et peuvent aussi être relevées par des tiers, indépendamment de l'OFS.

Niveau 2 - Données personnelles qualifiées: données dont la communication présente un certain risque pour la personnalité des individus (p. ex. données sur les revenus et la fortune, le loyer, les relations commerciales, données sur la formation et l'activité professionnelle, données sur les opinions et les comportements non visés par le degré de protection 3).

Niveau 3 - Données personnelles sensibles: données dont la communication présente un grand risque pour la personnalité des individus (p. ex. indications sur la religion, sur l'appartenance et les activités philosophiques, syndicales ou politiques, sur la race, la santé, la sphère privée, l'aide sociale, les infractions).

## Annexe 2: Variables

Les données à relever auprès des fournisseurs de prestations sont définies en premier lieu dans les dispositions légales relatives à l'utilisation administrative des données, art. 22a LAMal. La possibilité existe, en vertu de la LAMal et de la LSF (art. 23), de relever en plus des informations à des fins statistiques.

Le tableau suivant présente les données visées à l'art. 22a LAMal. Les modalités d'exécution auprès des fournisseurs de prestations pourront être précisées au niveau de l'ordonnance, comme cela a été fait, par exemple, pour les hôpitaux et les établissements médico-sociaux.

Catégories thématiques		Contenu	Niveau*	Terme
a.	Genre d'activité	Type d'établissement, offre de prestations	Etabl.	<i>Données d'exploitation</i>
	Infrastructure	Infrastructure non médicale		
	Equipement	Infrastructure médico-technique		
	Forme juridique	Forme juridique, type de contribution publique		
b.	Effectif du personnel	Ressources humaines	Etabl.	
	Nombre de places de formation	Offre en matière de places de formation de base et de formation continue		
	Structure du personnel	Volume d'activité, fonctions, caractères sociodémographiques	Pers.	<i>Données sur le personnel</i>
	Structure des places de formation	Données sur le personnel en formation		
c.	Nombre de patients	Entrées et sorties, jours de soins, occupation des lits	Etabl.	<i>Données d'exploitation</i>
	Structure de l'effectif des patients sous une forme anonyme	Diagnostics, degré de morbidité, caractères sociodémographiques	Patients	<i>Données sur les patients</i>
d.	Genre des prestations	Types de prestations, traitements	Cas	<i>Données sur les prestations</i>
	Ampleur des prestations	Nombre de prestations, types de traitements, résultat des traitements		
	Coût des prestations	Charges (comptabilité analytique des charges) et produits (comptabilité analytique des produits)	Cas	<i>Données sur les coûts</i>
e.	Charges	Charges d'exploitation selon comptabilité financière, salaires, immobilisations	Etabl.	<i>Données financières</i>
	Produits	Produits selon comptabilité financière		
	Résultat d'exploitation	Résultat selon comptabilité financière		
f.	Indicateurs de qualité médicaux	Données sur la qualité des prestations	Cas	<i>Indicateurs</i>

■ Données d'exploitation

■ Données individuelles  
Personnel

■ Données individuelles patients /  
dossiers médicaux

\*Niveau-racine, pour lequel les données afférentes aux catégories indiquées sont disponibles. (Les niveaux de saisie les plus pertinents ne correspondent pas nécessairement aux niveaux de relevé implémentés. Par exemple, les données sur les coûts dans les hôpitaux pour les traitements stationnaires se situent au niveau des patients, mais ces dernières sont relevées sous forme agrégée au niveau des établissements).