



UNIL | Université de Lausanne

IDHEAP

Institut de hautes études
en administration publique

Mehmet Sonmez

**Analyse comparative des politiques de
planification hospitalière des cantons
de Neuchâtel et de Fribourg**

Working paper de l'IDHEAP 17/2014

Unité Politiques publiques et durabilité

Analyse comparative des politiques de planification hospitalière des cantons de Neuchâtel et de Fribourg

Sous l'angle des caractéristiques des étapes de programmation et de mise en œuvre avec un zoom sur les arrangements politico-administratifs et les plans d'actions

Mehmet Sonmez

Travail de mémoire
Master en administration publique

Working paper de l'IDHEAP 17/2014

Rapporteur: Professeur Peter Knoepfel

Co-rapporteur: Professeur Giuliano Bonoli

Experte externe: Madame Pauline de Vos Bolay

IDHEAP, Novembre 2014

Remerciements pour les entretiens,

Madame de Vos Bolay Pauline, le 26.08.2014

Présidente du Conseil d'administration des Hôpitaux jurassiens et de l'Hôpital neuchâtelois et l'ancienne directrice générale des Hôpitaux fribourgeois

Madame Wicki Martin Magdalena, le 22.08.2014

Collaboratrice scientifique
Service de la santé publique de la DSAS du canton de Fribourg

Monsieur Rubin Pascal, le 02.09.2014

Directeur de l'Hôpital Riviera
et l'ancien directeur général du HNe

Monsieur Blatti Léonard, le 07.08.2014

Chef d'Office des hôpitaux et des institutions psychiatriques du DFS du canton de Neuchâtel et adjoint au chef de service de la santé publique

Monsieur Lufkin Thomas, le 22.09.2014

Département des finances et de la santé du canton de Neuchâtel
Membre du Groupe de travail Planification hospitalière de la CDS
(Entretien téléphonique)

Table de la matière

Figures et tableaux	VI
Annexes.....	VII
Abréviations	VIII
1. La politique de planification hospitalière	1
1.1. L'objectif et la méthodologie.....	1
1.2. L'histoire récente de la politique de planification hospitalière suisse	2
1.3. L'état actuel	6
1.4. Le modèle de causalité	8
1.5. Les bases légales et méthodologiques de la planification hospitalière.....	12
1.5.1 Les indicateurs de capacités hospitalières.....	14
1.5.2 La révision de la LAMal du 21 décembre 2007	17
1.5.3 La Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé(CDS) ...	19
1.5.4 L'Observatoire de la santé(Obsan)	20
1.5.5 La Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée.....	21
2. La politique de planification hospitalière du canton de Neuchâtel	21
2.1. Les caractéristiques du cas de Neuchâtel et les raisons de notre choix	21
2.2. L'histoire récente de la planification hospitalière du canton de Neuchâtel.....	23
2.3. Les arrangements politico-administratifs et les ressources à disposition	25
2.4. Le plan d'actions neuchâtelois de 2006-2009	27
3. La politique de planification hospitalière du canton de Fribourg.....	29
3.1. Les caractéristiques du cas de Fribourg et les raisons de notre choix	29
3.2. L'histoire récente de la planification hospitalière du canton de Fribourg.....	33
3.3. Les arrangements politico-administratifs et les ressources à disposition	35
3.4. Le plan d'actions fribourgeois de 2008.....	37
4. Les résultats des plans d'actions	40
4.1. Le nombre de lits.....	40
4.2. La durée moyenne de séjour.....	40
4.3. Le flux sortant de patients (outflow)	41
4.4. L'évolution des comptes	42
5. Le rôle et l'importance des arrangements politico-administratifs	43
6. Le rôle et l'importance des plans d'actions	47
7. Discussion	49
8. Conclusions	51
Bibliographie.....	53
Annexes.....	55

Figures et tableaux

Figure 1: Les étapes d'une politique publique et leurs produits.....	1
Figure 2: L'évolution divergente de l'augmentation du PIB et des coûts du système de santé en Suisse	2
Figure 3: L'évolution des capacités hospitalières suisses depuis 1947.	4
Figure 4: Le nombre de lits d'hospitalisation (stationnaires) en Suisse, 1998-2011.	4
Figure 5: L'évolution des dépenses de santé et la part des hospitalisations (1995-2011).	6
Figure 6: La relation entre le nombre de lits d'hôpitaux et le taux d'utilisation (1991)	14
Figure 7: La densité de lits et le nombre de journées d'hospitalisation par 1 000 habitants dans les cantons suisses.....	15
Figure 8: Les étapes de la planification hospitalière basée sur les prestations selon la CDS	19
Figure 9: L'état actuel des sites de l'Hôpital neuchâtelois	21
Figure 10: L'évolution démographique du canton de Neuchâtel	22
Figure 11: L'APA de mise en œuvre de la politique de planification hospitalière du canton de Neuchâtel.....	26
Figure 12: L'évolution récente du nombre de lits hospitaliers dans le canton de Neuchâtel	28
Figure 13: Les sites hospitaliers, les nombres de lits et les missions dans l'HFR.....	29
Figure 14: L'évolution démographique du canton de Fribourg, les scénarios pour les prochaines années.....	30
Figure 15: L'évolution de la part des personnes âgées dans le canton de Fribourg lors des vingt-cinq dernières années	31
Figure 16: Les procédures de la planification hospitalière du canton de Fribourg	32
Figure 17: L'APA de mise en œuvre de la politique de planification hospitalière du canton de Fribourg	36
Figure 18: L'évolution récente du nombre de lits hospitaliers dans le canton de Fribourg	39
Figure 19: L'évolution de la DMS de soins aigus de la période de la planification étudiée	41
Figure 20: L'évolution du flux sortant de patients pendant la période de la planification étudiée.....	41
Tableau 1: L'état des lieux du HNe et de l'HFR par rapport à l'Hôpital Riviera en 2011.....	7
Tableau 2: Les principes actuellement appliqués lors de la réalisation de planifications hospitalières.....	12
Tableau 3: Financement des hôpitaux après la réforme la LAMal de 2007.	18
Tableau 4: Les événements marquants de l'histoire de planification hospitalière du canton de Neuchâtel.....	23
Tableau 5: L'évolution récente du nombre de lits hospitaliers dans le canton de Neuchâtel.....	27
Tableau 6: La répartition actuelle des missions dans l'HFR.....	30
Tableau 7: Méthode de planification conseillée par la CDS en 2005 et appliquée à la planification hospitalière fribourgeoise 2008.	31
Tableau 8: Les événements marquants de l'histoire de planification hospitalière du canton de Fribourg	33
Tableau 9: L'évolution récente du nombre de lits hospitaliers dans le canton de Fribourg.....	38
Tableau 10: L'évolution des comptes de l'HNe pendant la période de la planification étudiée	42
Tableau 11: L'évolution des comptes de l'HFR pendant la période de la planification étudiée.....	42
Tableau 12: La comparaison des APA neuchâtelois et fribourgeois de planification hospitalière.....	43
Tableau 13: Le comparatif des compétences en matière de la planification hospitalière.	44
Tableau 14: Le schéma de notre raisonnement d'évaluation des résultats d'analyse des APA.	46
Tableau 15: La comparaison des PA et les jeux d'acteurs.....	47
Tableau 16: Le schéma de notre raisonnement d'évaluation des résultats d'analyse des PA.....	48
Tableau 17: Les conditions de réussite et de risques d'échec de mise en oeuvre.....	49
Tableau 18: Demandes d'hospitalisations hors canton pour les cantons membres du GRSP.	50

Annexes

Annexe 1: Comparatif des hôpitaux de la suisse orientale	55
Annexe 2: Les facteurs de l'efficacité des soins hospitaliers et les pistes d'influence possibles	56
Annexe 3: L'article 39 de la loi sur l'assurance maladie (LAMal) modifiée le 21 décembre 2007	57
Annexe 4: L'article 58 de l'ordonnance sur l'assurance maladie (OAMal) entrée en vigueur le 1er janvier 2009.....	58
Annexe 5: Planification des domaines de la médecine hautement spécialisés; la Convention intercantonale sur la médecine hautement spécialisée (CIMHS)	59
Annexe 6: Le triangle des acteurs de la politique de planification hospitalière – Le modèle de causalité .	60
Annexe 7: Description détaillée des événements concrets récents concernant les sites neuchâtelois	61
Annexe 8: Liste chronologique des rapports et planifications hospitalières du canton de Neuchâtel	62
Annexe 9: Les actions prévues dans le PA 2006-2009 de l'Hôpital neuchâtelois	63
Annexe 10: L'état de réalisation des mesures prévues dans le PA neuchâtelois 2006-2009	64
Annexe 11: Description détaillée des événements concrets récents concernant les sites fribourgeois	65
Annexe 12: Liste chronologique des rapports et planifications hospitalières du canton de Fribourg.....	66
Annexe 13: Les actions prévues dans la planification fribourgeoise 2008.....	67
Annexe 14: Les capacités hospitalières en lits prévues dans le rapport de planification freibourgeoise 2008.....	68
Annexe 15: Les caractéristiques des APA des politiques de planification hospitalière de Neuchâtel et de Fribourg.....	69
Annexe 16: Les deux ressources abondantes et les deux ressources insuffisantes des acteurs principaux de la politique de planification hospitalière du canton de Neuchâtel	70
Annexe 17: L'APA-Neuchâtel, fragmentation et le degré de centralité élevé	71
Annexe 18: Les caractéristiques du PA de la planification hospitalière neuchâteloise 2006-2009 et du PA de la planification hospitalière fribourgeoise 2008.....	72
Annexe 19: Les deux ressources abondantes et les deux ressources insuffisantes des acteurs principaux de la politique de planification hospitalière du canton de Fribourg	73
Annexe 20: Les recommandations pour les différents groupes d'acteurs, conditions de réussite et stratégies pour surmonter les obstacles	74

Abréviations

APA	Arrangement politico-administratif
CdA	Conseil d'administration
CdG-E	Commission de gestion du Conseil des Etats
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CE	Conseil d'Etat
CH-IQI	Swiss inpatient quality indicators
CHOP	Classification suisse des interventions chirurgicales
CIM	Classification internationale des maladies
CIMHS	Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée
CLASS	Conférence latine des affaires sanitaires et sociales
CPA	Contrôle parlementaire de l'administration
CSSS	Commissions de la sécurité sociale et de la santé publique
CTR	Centre de traitement et de réadaptation
DFI	Département fédéral de l'intérieur
DFS	Département des finances et de la santé
DMS	Durée moyenne de séjour
DSAS	Département de la santé et des affaires sociales
GC	Grand Conseil
GPPH	Groupes de prestations pour la planification hospitalière
GRSP	Groupement romand de services de santé publique
HFR	Hôpital Fribourgeois
HIB	Hôpital intercantonal de la Broye
HNe	Hôpital Neuchâtelois
HSF	Hôpital Sud Fribourgeois
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LEHM	Loi sur l'établissement hospitalier multisite
LHFR	Loi sur l'Hôpital Fribourgeois
LRHF	Loi sur le Réseau Hospitalier Fribourgeois
LS	Loi de santé
LSan	Loi sur la santé
NOMAD	Neuchâtel organise le maintien à domicile
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie
Obsan	Observatoire suisse de la santé
OFSP	Office fédéral de santé publique
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
PA	Plan d'actions
PPA	Programme politico-administratif
SSP	Service de la santé publique
Swiss DRG	Swiss diagnoses related groups

1. La politique de planification hospitalière¹

1.1 L'objectif et la méthodologie

L'objectif de ce travail est d'analyser les politiques récentes de planification hospitalière des cantons de Neuchâtel et de Fribourg afin de déterminer l'état de réussite ou d'échec de ces politiques dans les deux cantons et d'identifier quelles sont les conditions de succès pour une politique de planification hospitalière au niveau des arrangements politico-administratifs² (APA) et des plans d'actions³ (PA) (voir la Figure 1). Les cantons de Neuchâtel et de Fribourg souffrent d'un manque important d'efficacité dans les soins hospitaliers marqué par une dérive des dépenses de soins hospitaliers qui continue de s'aggraver au fil des années.

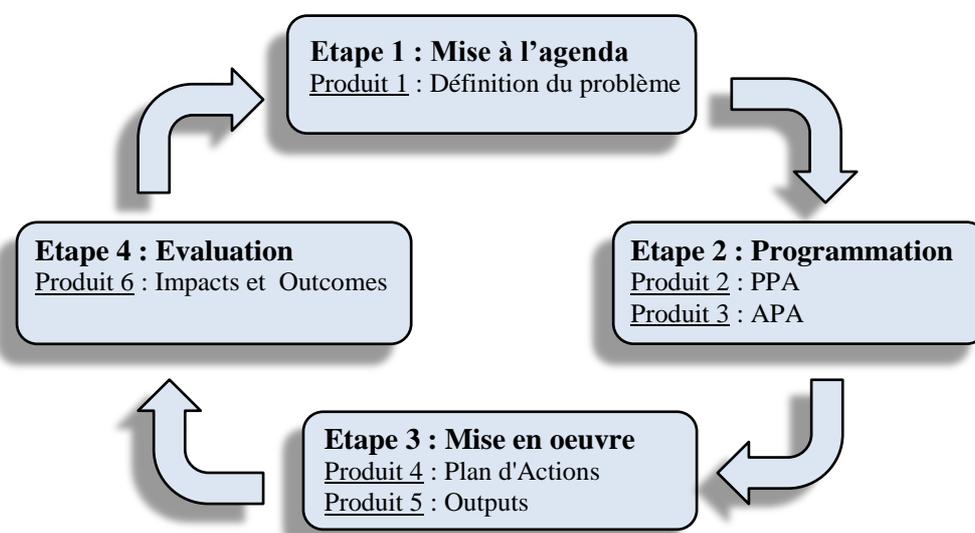


Figure 1: Les étapes d'une politique publique et les produits⁴.

Est-ce qu'il y a une différence notable dans les performances des politiques de planification hospitalière de ces deux cantons? Quelles sont les caractéristiques des APA et des PA de la politique de planification hospitalière des deux cantons qui pourraient conditionner le succès de cette politique? Dans cette perspective nous émettons deux hypothèses simples que nous essayerons ensuite de vérifier grâce à l'analyse de l'évolution de plusieurs variables comme la durée moyenne de séjour, le flux sortant de patients, les comptes, mais aussi le nombre de lits comme variable

¹ Cette étude fait suite à un travail de cours effectué à l'IDHEAP lors du module de "Politiques publiques comparées" en automne 2013 et intitulé "Politique de planification hospitalière du canton de Neuchâtel; La fermeture de l'Hôpital des Cadolles et la réorganisation de l'Hôpital de la Chaux-de-Fonds."

² APA: l'arrangement politico-administratif. "*L'arrangement politico-administratif d'une politique publique représente l'ensemble structuré d'acteurs publics et para-étatiques qui sont chargés de sa mise en œuvre.*" P. Knoepfel.

³ PA: le plan d'actions. "*L'ensemble des décisions de planification considérées comme nécessaires à la production coordonnée et ciblée de prestations administratives (outputs).*" P. Knoepfel.

PPA: Programme politico-administratif

⁴ Knoepfel P., Larrue C., Varone F., Analyse et pilotage des politiques publiques, 2^{ème} édition, Zurich/Chur 2006 (page 125).

dépendante qui est, en fait, le nombre de lits "fermés" par rapport au nombre de lits restés "stables" contrairement à la planification.

H₁: Dans la résolution des problèmes publics similaires des APA de caractéristiques similaires sont nécessaires.

H₂: Dans la résolution des problèmes publics similaires des PA de caractéristiques similaires sont nécessaires.

Nous résumons d'abord l'histoire récente et l'état actuel de la politique de planification hospitalière de la Suisse avec le modèle de causalité et les bases légales. Après une brève historique des événements marquants de cette politique, nous décrivons et analysons pour chacun des deux cantons les APA et les PA en nous focalisant sur les soins aigus et la période de 2006 à 2010 en raison de l'étendu considérable de notre thème tout en rappelant les démarches actuelles à la fin de notre analyse.

Finalement, pour chacun des deux cantons, nous détaillons et étudions les résultats de cette période que nous comparons ensuite aux caractéristiques des APA et des PA afin de clarifier le rôle et l'importance des APA et des PA dans ces résultats.

Parallèlement à une recherche documentaire, nous effectuons aussi des entretiens auprès des acteurs politico-administratifs du terrain à trois niveaux; les administrations hospitalières et les services cantonaux de la santé public, les institutions intercantionales et les administrations fédérales.

1.2 L'histoire de la politique de planification hospitalière suisse

Pendant de longues années la croissance du PIB a permis en Suisse de compenser l'augmentation continue des dépenses de la santé. A partir du début des années 1990, cette augmentation passe au-delà de la croissance parallèle du PIB et l'écart ne peut être comblé que par le transfert d'autres ressources de financement de la part des ménages privés, des assurances sociales et des collectivités publiques, d'où l'augmentation des cotisations sociales des ménages et l'aggravation des déficits des collectivités publiques.

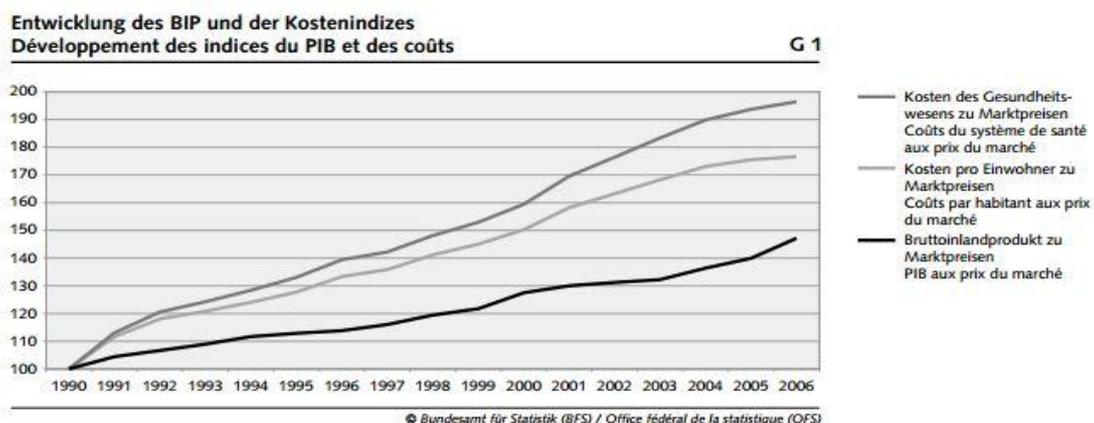


Figure 2: L'évolution divergente du PIB et des coûts du système de santé en Suisse⁵.

⁵ Morger M., Coût et financement du système de santé en 2006, Résultats détaillés 2006 et évolution récente (OFS).

D'autre part, la conjonction avec les développements médicaux et technologiques incite la population à demander plus de soins de santé et de meilleure qualité. Le domaine des soins hospitaliers représente la part la plus importante des dépenses de santé en Suisse (près de 40% du total), suivi des cabinets médicaux, des pharmacies et des soins infirmiers⁶. Ces évolutions placent actuellement la santé parmi les domaines les plus consommatrices de ressources incitant le gouvernement fédéral et les exécutifs locaux à la recherche de rationalisation des dépenses et notamment à l'amélioration de l'efficacité des soins hospitaliers⁷.

Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal le 1er janvier 1996, les cantons ont l'obligation légale d'effectuer une planification hospitalière⁸. Or la planification hospitalière avait déjà débuté en Suisse sous forme d'évaluations dans les années 1960. On recherchait alors à recenser l'offre de soins hospitaliers et d'estimer les besoins. Alors il était question de rechercher des possibilités de collaboration entre les cantons, ce que nécessitait des mesures de redimensionnement des hôpitaux.

Selon Rossini, trois périodes principales caractérisent le développement des planifications cantonales en Suisse⁹. La première débute dans les années 1960, jusqu'à l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), en 1996. La seconde s'étend de 1996 à 2007, date de la révision modifiant les dispositions et normes de planification. Et la troisième, depuis 2007, la période pendant laquelle les modalités et les contraintes de planification sanitaire se précisent.

Après la deuxième guerre mondiale jusqu'au milieu des années 1970, les autorités fédérales et cantonales gèrent le développement du paysage hospitalier sans réel pouvoir coercitif ni planification. Les progrès de la médecine et la croissance économique permettent d'abord l'ouverture de sites hospitaliers de manière peu coordonnée. L'absence de vision globale d'offre hospitalière et de décisions stratégiques de synergie mène à l'apparition de surdotations en lits et en équipements.

A partir des années septante cette pression financière s'accroît encore en raison, d'une part, de la crise économique, et d'autre part, des progrès persistants et coûteux notamment des nouvelles technologies médico-chirurgicales. Les dispositions transitoires du 18 mars 1994 relatives à l'introduction de la LAMal donnaient aux cantons jusqu'au 1er janvier 1997 pour établir une planification hospitalière au sens de l'art. 39 de la LAMal. L'introduction de la Loi sur l'assurance maladie (LAMal) en 1996 a poussé ainsi à une centralisation progressive et rationalisée des hôpitaux en vue

⁶ Radiographie du domaine de la santé. Des coûts élevés justifiés? Login, Groupe mutuel, Juin 2013.

⁷ L'efficacité des soins hospitaliers peut être définie comme la capacité des établissements hospitaliers à proposer des soins de santé de qualité tout en respectant le besoin d'un rapport élevé de la qualité des prestations et du coût. Cette efficacité peut être améliorée en agissant sur plusieurs paramètres possibles (voir l'Annexe 2).

⁸ Bases de la planification hospitalière et pistes de développement. Rapport du Conseil fédéral du 18 décembre 2013.

⁹ Rossini S. , Gouvernance des planifications hospitalières: la quadrature du cercle, (Rev Med Suisse 2014;10:455-457).

d'une utilisation optimale des ressources et de la maîtrise des coûts. Ceci a permis de diminuer le nombre des administrations hospitalières de 406 en 1997 à 283 grâce à des fusions et des fermetures¹⁰.

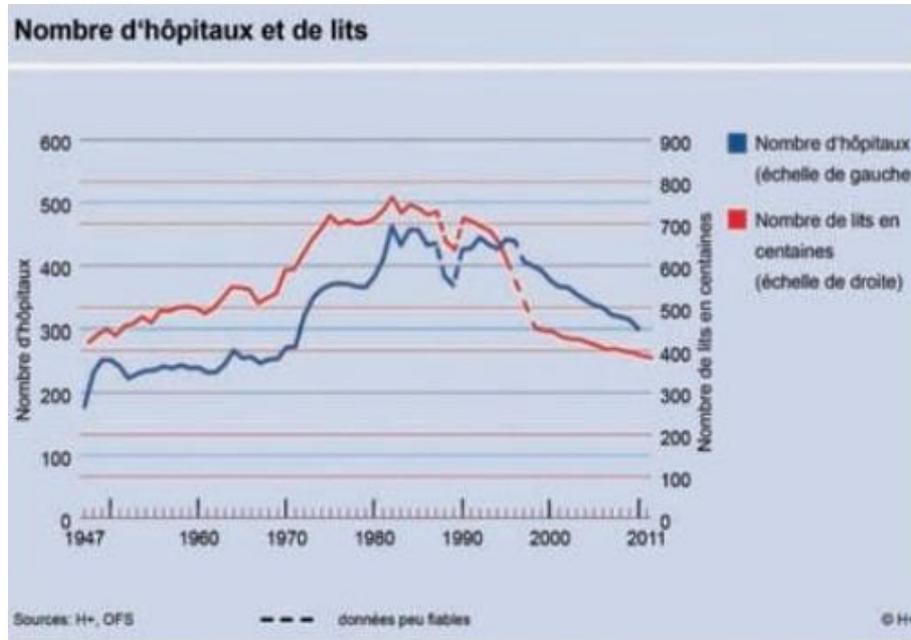


Figure 3: L'évolution des capacités hospitalières suisses depuis 1947¹¹.

Le nombre de lits d'hospitalisation est aussi réduit entre 1998 à 2011 et passé, pour l'ensemble des hôpitaux, de 45 189 à 38 533 (-15 %).

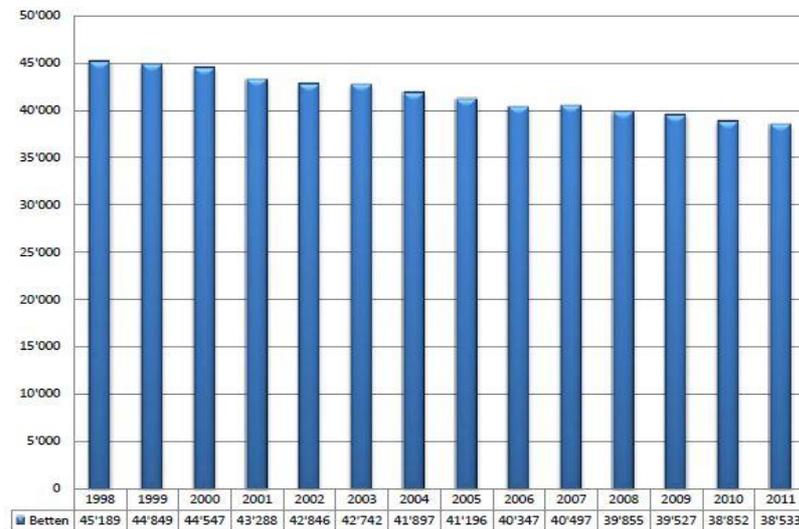


Figure 4 : Le nombre de lits d'hospitalisation (stationnaires) en Suisse 1998-2011¹².

¹⁰ En 15 ans, 120 hôpitaux de moins. Le Temps, le 18.11.2011.

¹¹ Christen A., Hänggi P., Kraft C., Künzi D., Merki M., Ruffner J., Système de santé suisse 2013, Le marché hospitalier en mutation (Credit Suisse Global Research).

¹² Le portail Statistique suisse de l'OFS. D'après les données de la Statistique des hôpitaux de l'OFS, tabl. D.1., 1998-2008, <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/03/01/data/04.htm> et tabl. 14.3.2.2, 2009-2011, <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/03/01/key/01.html>.

En résumé deux tendances générales sont observées depuis la multiplication des planifications hospitalières: d'une part, la réduction quantitative des équipements subventionnés et un rapprochement entre les établissements ; d'autre part, la mise en réseau, qui constitue une des bases de réorganisations hospitalières.

Cette réduction des capacités devrait avoir été accélérée par l'entrée en vigueur de la LAMal, car le Conseil fédéral s'était fondé, dans ses décisions sur recours, sur la comparaison de la densité en lits (nombre de lits par habitant) entre les cantons et avait demandé aux plusieurs cantons la révision de leurs planifications pour mieux adapter l'offre afin d'éviter les surcapacités¹³.

La Commission de gestion du Conseil des Etats (CdG-E) a décidé en 2000 d'examiner l'influence de la Confédération à travers la LAMal sur la maîtrise des coûts. En se basant sur le rapport du Contrôle parlementaire de l'administration (CPA) du 30 novembre 2001, le CdG-E conclue en 2002 que dans la grande majorité des cas, la LAMal ne permettait aux acteurs politico-administratifs que des possibilités indirectes en matière de la maîtrise des coûts. La planification des capacités appliquée par les cantons ne serait pas suffisante pour assurer la maîtrise des coûts planifiée et qu'il fallait prendre en compte les prestations fournies. La réduction des capacités dans le secteur public était compensée par des offres privées et semi-privées ce qui était en cause d'une augmentation des primes de l'assurance obligatoire des soins.

Le 21 décembre 2007, la révision de la LAMal adoptée par les Chambres fédérales a changé considérablement la méthodologie de la planification hospitalière. Directement, en édictant des règles à respecter lors de sa réalisation et indirectement par modification du financement hospitalier (voir le Chapitre 1.5.2). D'autre part la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a publié en 1997 ses premières recommandations qu'elle a révisées en 2002 et en 2009. Quant aux domaines concernant la médecine hautement spécialisée une convention intercantonale, la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS) est signée entre les cantons en 2009 (voir le Chapitre 1.5.5).

Ces mesures restent insuffisantes pour freiner les dépenses de santé ambulatoire ou stationnaire et les hôpitaux publics continuent actuellement à être fortement déficitaires (voir la Figure 5). Depuis le 1.1.2012, la LAMal n'autorise plus les cantons à combler ce déficit directement quoique dans certains cantons comme celui de Neuchâtel un soutien fort et explicite de l'Etat persiste dans le cadre de prestations d'intérêt général (PIG) selon la LAMal¹⁴.

¹³ Bases de la planification hospitalière et pistes de développement. Rapport du Conseil fédéral du 18 décembre 2013.

¹⁴ Art. 49, al.3 Les rémunérations au sens de l'al. 1 ne comprennent pas les parts que représentent les coûts des prestations d'intérêt général. Ces prestations comprennent en particulier:

- a. le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale;
- b. la recherche et la formation universitaire.

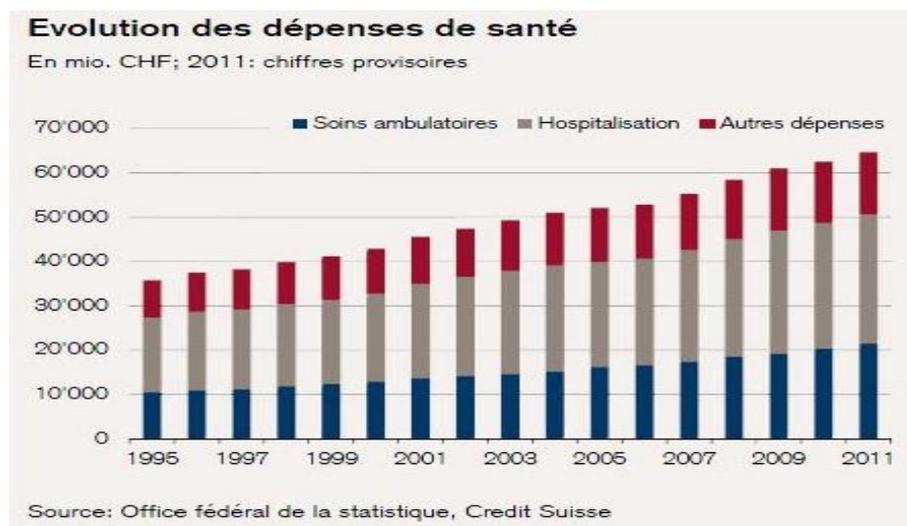


Figure 5: L'évolution des dépenses de santé et la part des hospitalisations (1995-2011)¹⁵.

Selon les estimations de l'Administration fédérale des finances, la part des dépenses de santé dans le PIB devrait encore augmenter pour passer de 11%, actuellement, à 16% jusqu'en 2060.

La planification hospitalière se présente donc comme un outil de stratégie permettant la mise à disposition d'une offre en soins susceptible de mieux répondre à la demande. En même temps elle constitue un outil économique en fixant la liste hospitalière, attribuant les mandats de prestations et permettant d'endiguer le flux des patients sortant du canton.

1.3 L'état actuel

En 2011, la Suisse disposait de 300 hôpitaux actifs sur 494 sites au total et employant plus de 141 000 personnes (EPT). Parmi eux, 120 hôpitaux de soins généraux sur 210 sites responsables de près de 112 000 emplois, dont 16 500 environ attribués à des médecins et 47 700 au personnel soignant. Les hôpitaux sont donc à la fois le plus grand groupe de fournisseurs de tous les services de santé et l'un des principaux employeurs en Suisse¹⁶.

En 2011, on comptait parmi les hôpitaux de soins généraux en Suisse, cinq hôpitaux universitaires, 25 autres hôpitaux de prise en charge centralisée et 90 hôpitaux de soins de base. L'OFS classe ces hôpitaux en cinq groupes en fonction de leur volume de prestations (nombre de cas traités par an) et d'aspects de politique de soins¹⁷; les hôpitaux de prise en charge centralisée de niveau de prestations 1 et de niveau de

¹⁵ Christen A., Hänggi P., Kraft C., Künzi D., Merki M., Ruffner J., Système de santé suisse 2013, Le marché hospitalier en mutation (Credit Suisse Global Research).

¹⁶ En 2014 la Suisse compte encore 297 hôpitaux, y compris les maisons de naissance (données mises à jour par l'OFS 20.03.2014). <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/03/01/key/01.html>

¹⁷ Les hôpitaux de prise en charge centralisée de niveau de prestations 1: > 30 000 cas / an, et de niveau de prestations 2: 9 à 30 000 cas /an; les hôpitaux de soins de base de niveaux de prestations 3: 6 000 à 9 000 cas /an, 4: 3 000 à 6 000 cas /an et 5: < 3 000 cas /an.

prestations 2 et les hôpitaux de soins de base de niveaux de prestations 3, 4 et 5. Les hôpitaux de prise en charge centralisée ont traité environ 61% des patients hospitalisés, tandis que les hôpitaux de soins de base ont accueilli les 39% restants en 2011. Les différences de taille entre les hôpitaux sont considérables; l'hôpital universitaire de Genève, plus grand hôpital de la Suisse, a traité environ 55 000 patients de façon stationnaire en 2011, alors que neufs hôpitaux ont enregistré moins de 1000 cas. Il existait en 2011, 49 hôpitaux psychiatriques, 43 centres de réadaptation et 88 cliniques spécialisées dans les domaines de la chirurgie, de la gynécologie/néonatalogie, de la pédiatrie, de la gériatrie etc.

Les pouvoirs publics jouent un rôle important dans le secteur hospitalier, sachant qu'en 2011 seulement 31% des hôpitaux de soins généraux appartenaient au privé, 69% étaient des hôpitaux publics ou subventionnés. Dans ces domaines de soins généraux, les établissements privés soignent donc un nombre de cas nettement moins important par rapport aux établissements publics. Par contre, les centres de réadaptation et les cliniques spécialisées sont nettement plus ancrés dans le privé; en 2011, la part des cliniques privées était respectivement de 67% et 76%.

Encore selon les données 2011 de l'Office fédéral de santé publique (OFSP), l'Hôpital fribourgeois et l'Hôpital neuchâtelois ont le coût par hospitalisation de 30% de plus que les autres hôpitaux publics suisses de soins généraux hormis les hôpitaux universitaires où la formation médicale varie les données (voir le Tableau 1 et l'Annexe 1).

	Nombre de lits	Nombre d'hospitalisations	Personnel pour 100 hospitalisations	Charges total (CHF) /Nombre d'hospitalisations
Hôpital neuchâtelois	449	17366	11,6	20 491
Hôpital fribourgeois	635,5	20487	11,3	21 801
Hôpital Riviera	258	11017	8,2	12 760

Tableau 1: L'état des lieux du HNe et de l'HFR par rapport à l'Hôpital Riviera en 2011¹⁸.

Selon l'OFSP, l'Etat de Neuchâtel aurait versé une couverture de déficit de 199 millions à l'Hôpital neuchâtelois (HNe) en 2011, alors que l'Hôpital du Valais couvre presque la totalité de ses charges avec le produit des hospitalisations et la médiane nationale des déficits couverts par les cantons est de 56 millions de francs.

Avant l'introduction du nouveau financement des hôpitaux, les hôpitaux privés avaient renoncé à la contribution cantonale dont bénéficiaient les hôpitaux publics et ils essayaient de se distinguer par la qualité, surtout en termes de confort d'hébergement. C'est pourquoi la part des patients disposant d'une assurance semi-privée ou privée était nettement plus élevée dans les hôpitaux privés par rapport aux hôpitaux publics en 2011

¹⁸ Ce que coûtent vraiment les hôpitaux. Le Temps, le 18.11.2011.

(63% contre 18%). Avec le nouveau financement hospitalier, un traitement plus équitable entre les hôpitaux privés répertoriés et publics est attendu par rapport à la possibilité d'accéder aux prestations offertes par les établissements privés. Or sur le plan salarial il existe une réelle distorsion qui pénalise les hôpitaux publics sachant que les cliniques privées ont des salaires d'environ 1/4 à 1/3 inférieurs à ceux de la fonction publique.

Le passage du système de financement basé sur les coûts au système de financement basé sur les prestations associé aux progrès médicaux, a conduit à un recul de la durée moyenne de séjour (DMS). La DMS est diminuée de 15% dans les hôpitaux de prise en charge centralisée et de 36% dans les hôpitaux de soins de base entre 1998 et 2011 ayant entraîné une réduction du nombre de lits en termes de capacités hospitalières. Cette baisse est essentiellement attribuable au virage ambulatoire soutenu par le changement tarifaire survenu en 2012 mais préparé à l'avance par plusieurs cantons (dont Neuchâtel et Fribourg ne font pas partie) depuis 2007, la date du vote. Avant 2012, les soins aigus étaient rémunérés selon le forfait journalier, donc plus le séjour était long, plus le chiffre d'affaires était élevé. Après l'introduction des forfaits par pathologie avec des DMS standardisées, basées sur les best practices, les hôpitaux sont incités à réduire leurs DMS sous peine de pénalités financières. Pourtant la DMS hospitalier reste encore élevée en Suisse en comparaison internationale et devrait continuer à baisser¹⁹.

1.4 Le modèle de causalité

L'analyse des acteurs principaux de la politique de planification hospitalière du point de vue du problème public, ses causes et les hypothèses d'intervention des acteurs politico-administratifs constituent ce chapitre. Ce modèle est très important dans la mesure où il met en évidence les rapports des acteurs politico-administratifs avec le problème public en question, les causes de ce problème public et les modes éventuels d'intervention (voir l'Annexe 6).

Description du problème public

Quelle serait la situation hospitalière en Suisse ou dans nos cantons étudiés en l'absence d'une politique de planification hospitalière? Le problème public engendré par cette absence est l'inadéquation des soins hospitaliers responsable de la dépendance du domaine de la santé aux lois du marché pouvant conduire à une desserte insuffisante en soins, à une sous dotation régionale, à une baisse de la qualité des prestations de santé et à l'instauration d'une société à deux vitesses n'assurant plus l'égalité d'accès aux soins et compromettant par-là, la cohésion sociale.

¹⁹ Christen A., Hänggi P., Kraft C., Künzi D., Merki M., Ruffner J., Système de santé suisse 2013, Le marché hospitalier en mutation (Credit Suisse Global Research).

Hypothèse causale

Si les acteurs politico-administratifs veulent résoudre le risque d'inadéquation entre l'offre et la demande en soins hospitaliers alors ils interviennent directement sur les patients pour leur garantir une accessibilité à un hôpital cantonal fournissant des soins de santé de qualité et avec un équilibre régional ainsi que sur les cabinets médicaux privés et les réseaux de soins à domicile pour leur garantir une collaboration avec cette structure.

Hypothèses d'intervention

Si les acteurs politico-administratifs veulent changer le comportement des patients alors ils créent une structure hospitalière garantissant un accès à des soins de santé de qualité en exigeant des administrations hospitalières la mise en place d'évaluations régulières de la qualité des prestations fournies à la population, en veillant à la distribution géographique équilibrée des sites hospitaliers et en améliorant l'infrastructure nécessaire pour pouvoir atteindre ces sites en temps utile.

Si les acteurs politico-administratifs veulent changer le comportement des médecins exerçant dans un cabinet privé alors ils clarifient les missions spécifiques à l'hôpital cantonal et aux cliniques privées et mettent à la disposition des médecins un système d'information performant permettant un échange optimal des données médicales des patients.

Si les acteurs politico-administratifs veulent encourager le développement des réseaux de soins à domicile alors ils formalisent des partenariats avec ces derniers et assurent une coordination avec les structures hospitalières cantonales.

Les autorités politico-administratives

La détermination des conditions-cadre de la politique hospitalière dépend directement des organes fédéraux. La Conférence des directeurs et directrices de la santé coordonne les actions au niveau des cantons et établit des recommandations à l'intention de ces derniers. Enfin, chaque canton, par le biais de son département de la santé, voire d'une commission cantonale, est amené à devoir prendre des mesures concrètes et à adapter sa législation en la matière (voir les Figures 11 et 17).

- Au niveau fédéral; les chambres fédérales et les commissions associées (CPA, CSSS, CdG-E), l'OFSP, l'OFS et l'Obsan.

- Au niveau intercantonal; la Conférence des directeurs et directrices de la santé (CDS) coordonne l'offre au niveau intercantonal (ISH, Institut Suisse des Hôpitaux jusqu'à 1996)²⁰ et publie des recommandations pour la réalisation des planifications hospitalières conformes à la LAMal. Sur le plan plus régional la CLASS et le GRSP.

²⁰ "Entre 1972 et 1996, les cantons ont exploité l'Institut suisse des hôpitaux (ISH). Face au développement massif des structures hospitalières et de l'augmentation des coûts, cet institut devait non seulement fournir la documentation et l'information, mais également s'occuper des domaines tels que la planification hospitalière, l'économie d'entreprise, le personnel, la construction, les hôpitaux, l'analyse et la recherche. Au fil des années, d'autres associations et organisations ont rejoint l'institut comme

- Au niveau cantonal; le Conseil d'administration hospitalière (CdA), le Grand Conseil et le Conseil d'Etat à travers le SSP (attaché au DSAS à Fribourg et au DFS à Neuchâtel) ayant des compétences en matière de planification hospitalière parfois variables d'un canton à l'autre (voir le Tableau 13).
- Au niveau communal; les préfets de districts ainsi que les conseils généraux ou communaux des sites d'implantation des hôpitaux, en tant que responsables de la gestion du territoire communal mais sans pouvoir décisionnel direct sur la planification hospitalière si ce n'est qu'un lobbying politique.

Les groupes cibles

Les groupes cibles sont constitués de tous les groupes de personnes qui devront être amenés à changer leurs comportements selon la politique hospitalière mise en place. En premier lieu, parmi les acteurs devant changer de pratiques, nous pouvons citer les patients qui devront se déplacer vers les nouvelles structures et les médecins exerçant dans des cabinets privés qui devront orienter leurs patients vers ces établissements lorsque leur situation médicale l'exige. En second lieu, seront concernés les différents réseaux de soins à domiciles qui devront, le cas échéant, collaborer avec les médecins de l'hôpital cantonal pour la prise en charge des patients.

Les bénéficiaires finaux

Les bénéficiaires finaux d'une politique hospitalière sont l'ensemble de la population qui potentiellement pourrait bénéficier d'un accès à des soins de qualité. Ceux sont aussi tous les patients qui ne bénéficiaient pas d'une assurance complémentaire privée leur permettant d'accéder aux prestations des cliniques privées qui se développent dans la région.

Les personnes dont l'atteinte à la santé nécessite des soins de haute technicité ou spécialisés que sont indisponibles dans ces cliniques privées pour des questions de rentabilité, pourront aussi accéder à ces soins dans les structures hospitalières publiques grâce à une réorganisation cantonale et intercantonale optimisée.

Les tiers gagnants

L'entrée en vigueur des nouvelles dispositions de la LAMal et l'instauration d'une offre coordonnée en matière hospitalière engendre une augmentation de la part étatique aux frais, au profit des caisses maladie qui assumeront une part proportionnellement plus faible que précédemment. Parmi les tiers gagnants, on compte aussi les assurés qui bénéficieront des soins hospitaliers proches de leur domicile et pris en charge par l'assurance de base. Les chercheurs bénéficieront, eux, de la possibilité de mener des recherches dans des domaines de pointe. Le personnel médical et paramédical profitera d'une structure de formation par le biais de stages notamment, offrant toute la diversité

l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) ou le concordat des caisses-maladie suisses (CCMS, actuellement santésuisse) de même que plusieurs grandes villes. En 1993, l'institut fut renommé « Institut suisse de la santé publique et des hôpitaux » (ISH). Il fût supprimé en 1996 avec l'agrandissement du secrétariat central de la CDS". (Wally Achtermann , Christel Berset. Les politiques suisses de santé – potentiel pour une politique nationale, page 103).

des disciplines médicales et chirurgicales. Enfin, les fournisseurs et sous-traitants de l'hôpital cantonal verront leurs activités démultipliés par les mandats délivrés par ce dernier quoique ces fournisseurs puissent aussi se trouver dans d'autres cantons s'il s'agit du marché public. Les petits commerces avoisinant l'hôpital verront leur chiffre d'affaire croître par l'augmentation de leur clientèle constituée des patients de l'hôpital et des personnes en déplacement pour les visiter.

Les tiers perdants

Avec l'instauration d'une politique hospitalière, il est à prévoir que les professionnels en place peuvent être amenés à se déplacer. Par ailleurs, la rationalisation de l'offre en soins, la suppression des doublons et la fermeture d'hôpitaux périphériques engendrent un manque à gagner pour les fournisseurs des structures directement touchées.

Les tiers perdants sont constitués aussi par des cliniques privées dans la mesure où il peut être attendu de la politique hospitalière qu'elle engendre un déplacement d'une certaine catégorie de patients des cliniques à l'hôpital cantonal. De même, il est attendu que les patients qui se dirigeaient, faute de structure adéquate, dans un autre canton se dirigeront désormais vers l'hôpital cantonal, au détriment des structures hospitalières d'autres cantons. Enfin, si une structure publique voit le jour, la propension des citoyens à contracter des assurances complémentaires pour pouvoir bénéficier des services des cliniques privés risque de s'infléchir.

Le potentiel de contestation

Le droit à la santé garanti par les constitutions fédérale et cantonale donne l'occasion à des contestations et des recours de la part des membres du triangle des acteurs en cas de panne de fonctionnement de la politique de planification hospitalière. L'état a la responsabilité de veiller au bon déroulement des planifications hospitalières effectuées par les cantons dans le respect de qualité et d'économicité des soins de santé fournis.

Principalement les groupes cibles qui ne veulent pas changer le statut quo sont concernés par des éventuelles contestations (voir le modèle de causalité, l'Annexe 6). Les patients ou leurs proches qui s'estiment lésés par l'impossibilité ou l'inadéquation des soins de santé peuvent contester cette situation. Les sites hospitaliers privés ou publics qui sont parfois amenés à changer ou perdre leurs missions selon l'attribution des mandats de prestations peuvent aussi contester.

Les tiers perdants qui ne sont pas visés directement par la politique de planification hospitalière sont aussi parfois amenés à contester voire faire des recours. Il peut s'agir des professionnels de santé dont le lieu du travail change et nécessite un temps de déplacement quotidien prolongé.

Les assureurs maladie peuvent considérer la nouvelle liste hospitalière non-conforme à leurs intérêts. Alors qu'ils font partie des tiers gagnants normalement grâce à des économies attendues, ils peuvent estimer les nouvelles mesures comme étant une source de manque à gagner et passer dans le groupe des tiers perdants.

Ces contestations peuvent se manifester sous forme d'un recours juridique devant les tribunaux administratifs ou comme une action politique, démocratique, sous forme de référendums ou d'initiatives populaires fédérales ou cantonales. Les contestataires peuvent se constituer seuls par les représentants d'un groupe ou en formant des coalitions entre les membres des groupes différents ayant des intérêts communs.

Il s'agit donc d'une politique publique qui est la politique de planification hospitalière cantonale visant à fournir les soins de santé garantis à la population locale par les constitutions fédérale et cantonale. Sur le plan national, cette politique est encadrée par la LAMal (Loi sur l'assurance maladie) et son ordonnance d'exécution l'OAMal. L'OFSP est l'administration fédérale concernée par cette politique. Le problème public principal est le risque de sous-dotation régionale, de desserte en soins insuffisante et une diminution de la qualité de soins en raison d'une utilisation inefficace des ressources. Ce problème public pourrait aboutir à terme, à une fissure de la cohésion sociale.

1.5 Les bases légales et méthodologiques de la planification hospitalière

Actuellement trois bases légales et réglementaires régissent la planification hospitalière en Suisse²¹; tout d'abord la législation fédérale accorde aux cantons une marge de manœuvre conséquente puisqu'elle n'impose pas de critères quantitatifs ni temporels explicites sauf pour la planification de la médecine hautement spécialisée. Les cantons développent leur planification hospitalière de manière quasi indépendante et peuvent, eux, introduire des critères quantitatifs comme c'est le cas du canton de Genève qui a intégré le critère du nombre de cas dans ses mandats de prestations.

	Principes
LAMal Attribution légale de la planification avec des critères objectifs	Prise en compte de la tarification par forfait (DRG) Réduction des capacités Prise en considération des masses critiques Réorganisations institutionnelles Collaborations intercantionales
CDS Prise en compte des critères médicaux	Recommandations 2005 complétées par les GPPH en 2011 Groupes de prestations (modèle zurichois) Exigences et disponibilités; services d'urgences, tumorboards, Nombre de cas minimum Prestations à coordonner
Obsan Besoins en prestations Estimation de nombre de cas et de journées d'hospitalisation	Evolutions démographiques selon les particularités des cantons Durée moyen de séjour Flux de patients entre les cantons

Tableau 2: Les principes actuellement appliqués lors de la réalisation de planifications hospitalières.

²¹ Rossini S. , Gouvernance des planifications hospitalières: la quadrature du cercle, (Rev Med Suisse 2014;10:455-457).

Depuis la révision de la LAMal en 2012, cette législation incite à une nouvelle approche dans la planification hospitalière (voir le Chapitre 1.5.2). Désormais, les décisions ne peuvent plus simplement se fonder sur des évolutions historiques, cantonales ou régionales, ou des compromis de nature uniquement politique, sauf si les cantons en assument les charges financières. Des critères objectifs comme la réduction des capacités, la prise en considération des masses critiques, les réorganisations institutionnelles et les collaborations intercantionales sont nécessaires.

La planification hospitalière est donc actuellement basée sur les besoins en prestations et elle est de la compétence des cantons. Ses bases légales se trouvent essentiellement dans l'article 39 alinéa 1 de la LAMal (RS 832.10) et l'article 58 de l'OAMal RS 832.102 (voir les Annexes 3 et 4). Les cantons ont une certaine liberté d'action quant à la méthodologie et l'application de cette planification. La nouvelle ordonnance sur l'assurance maladie, qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, comporte de nouveaux articles sur la planification hospitalière qui précisent les cadres de cette liberté (Articles 58a à 58e, OAMal) ²²;

- L'article 58b alinéa 1 rappelle que *"les cantons déterminent les besoins selon une démarche vérifiable. Ils se fondent notamment sur des données statistiques justifiées et sur des comparaisons"*. Il est donc indispensable d'effectuer des analyses statistiques afin de pouvoir estimer les besoins futurs.
- L'article 58b alinéa 5 mentionne que *"Lors de l'examen du caractère économique et de la qualité, les cantons prennent notamment en considération l'efficacité de la fourniture de prestations"*. Les divers scénarios de réorganisation de sites, de réattribution des missions ou de réduction de lits doivent se faire non seulement dans le but d'améliorer la qualité des soins mais aussi pour améliorer l'efficacité.
- L'article 58c indique que la planification des besoins en soins somatiques aigus doit être liée aux prestations. En ce qui concerne la réadaptation et la psychiatrie, la planification peut être liée soit aux prestations, soit aux capacités.
- L'article 58d rappelle l'obligation de coordination inter-cantonale des planifications par l'exploitation des *"informations pertinentes concernant les flux de patients ... avec les cantons concernés"*. Le modèle inclut l'ensemble des flux de patients entre le canton sur lequel porte la planification et les autres cantons.

De plus, l'article 58a alinéa 2 de l'ordonnance mentionne la nécessité d'un réexamen périodique des planifications cantonales. De même, selon un rapport de la CDS, la planification se conçoit *"comme un processus d'apprentissage avec pour but de développer et d'améliorer de manière continue les méthodes et instruments tout en les"*

²² Weaver F., Cerboni S., Oetli A., Andenmatten P., Widmer M. Modèle de projection du recours aux soins comme outil d'aide à la planification hospitalière. Document de travail 32 (Pp.12). Décembre 2008, Obsan.

réexaminant sous l'angle des objectifs à atteindre ²³. La planification hospitalière doit donc être réalisée périodiquement et ajustée pour tenir compte des expériences antérieures et des évolutions démographiques, médico-techniques.

Sur le plan cantonal, la Loi de santé (LS) du 21 août 1991 et la Loi sur l'établissement hospitalier multisite (LEHM) du 30 novembre 2004 apportent des précisions sur le mode de fonctionnement de la planification hospitalière dans le canton de Neuchâtel notamment sur le rôle de l'Etat cantonal et de l'HNe ainsi que les composants cantonaux de l'APA. De même la Loi sur la santé (LSan) du 16.11.1999 et la Loi sur l'hôpital fribourgeois (LHFR) du 27 juin 2006 apportent les mêmes types de législation pour le canton de Fribourg.

1.5.1 Les indicateurs de capacités hospitalières

Pendant de longues années le nombre de lits a été considéré comme un indicateur incontournable des capacités hospitalières. Même si le fait de se concentrer sur le nombre de lits en tant qu'indicateur des capacités hospitalières peut soulever des interrogations, les travaux statistiques de P.Gilliand révélèrent déjà en 1980 une corrélation entre le nombre de lits et l'offre de soins hospitaliers ²⁴. "*Plus il y a de lits, plus il y a de propension à hospitaliser, plus il y a de propension à prolonger les séjours*" (P.Gilliand) ²⁵.

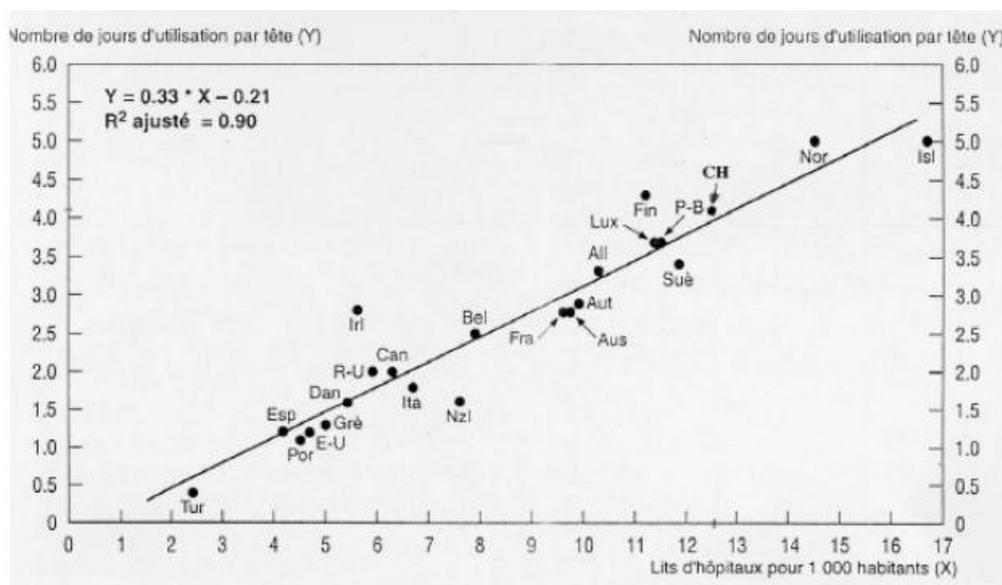


Figure 6: La relation entre le nombre de lits d'hôpitaux et le taux d'utilisation dans les pays européens et les Etats Unis (1991)²⁶

²³ Guide pour une planification hospitalière liée aux prestations. Rapport du comité « Planification hospitalière liée aux prestations » à l'intention du Comité directeur de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). Berne, juillet 2005 (Page 5).

²⁴ Krüger R., Application de l'article 39 LAMAL: Planification hospitalière. Cadre global et étude de la méthodologie d'évaluation des capacités hospitalières futures nécessaires.

²⁵ Gilliland, P. (1980), L'hospitalisation en Suisse: statistiques 1936-78, ISH, Aarau, 1980.

²⁶ Tiré de OCDE [1995: 37]. Les données correspondent à l'année 1991 ou 1990 quand celles de 1991 ne sont pas disponibles. Le Japon n'est pas inclus. La Suisse a été rajoutée sur base de l'enquête globale de la

Cette assertion est aussi confirmée par une étude de l'OCDE réalisée en 1990/91 dans les pays européens qui met en évidence un lien significatif entre le nombre de lits et leur taux d'utilisation en indiquant l'effet de l'offre sur la demande (la Figure 6).

En ce qui concerne les cantons suisses, une autre analyse des données des 19 cantons publiées par la CDS démontre aussi un taux de corrélation forte entre le nombre de lits et le nombre de journées d'hospitalisation par canton (la Figure 7)²⁷.

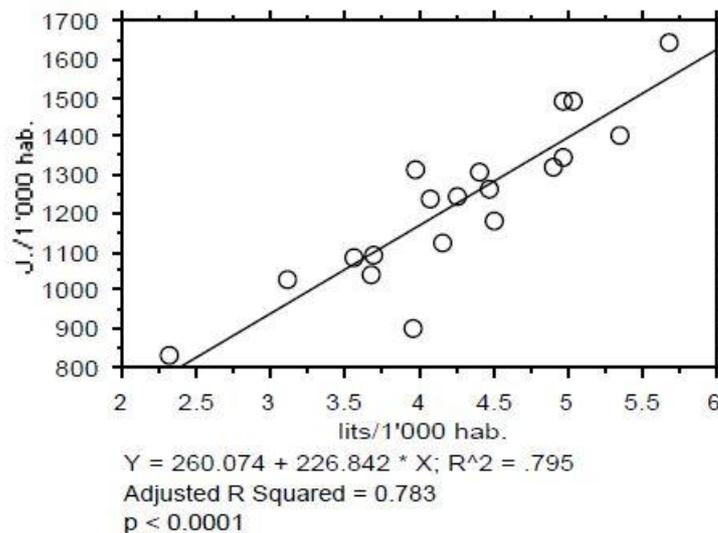


Figure 7: La densité de lits et le nombre de journées d'hospitalisation par 1 000 habitants dans les cantons suisses²⁸.

Ainsi le nombre de lits constituait aussi un objectif à atteindre dans les politiques de planification hospitalière afin d'améliorer l'efficacité des dépenses de soins de santé, la compressibilité du nombre de lit pouvant être influencée par les facteurs suivants;

- L'efficacité des médecins et du personnel soignant (temps hebdomadaire de travail)
- L'efficacité de la distribution territoriale des prestations et l'état de collaboration avec les autres sites intra- ou extra-cantonaux
- Les moyens infrastructurels, médico-techniques et juridiques permettant une mise en réseau et la collaboration.

Veska de 1992, et à partir de l'estimation du nombre de journées totales effectuée par A. Frei, S. Hill [1992: 21]. Soit en 1990, 28 086 mille journées et 6.8 millions d'habitants. Pondérés par la population, les indicateurs correspondent à 12.6 lits par 1000 habitants et 4.13 journées par habitant.

²⁷ "Les valeurs indiquées dans ce tableau ainsi que celles qui suivent (lits, journées, cas) sont toutes mises en rapport avec la densité démographique de chaque canton. Le niveau du nombre de lits, de journées et de cas est exprimé par rapport à une unité commune correspondant à 1'000 habitants". Krüger R., Application de l'article 39 LAMAL: Planification hospitalière. Cadre global et étude de la méthodologie d'évaluation des capacités hospitalières futures nécessaires.

²⁸ Indicateurs d'hospitalisation 1992-95. Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS), ISE, Lausanne, octobre 1997. Les données reportées ici concernent les hôpitaux publics de soins aigus.

Il est bien connu que les capacités d'accueil des hôpitaux sont aussi déterminées par la qualité de ses équipes médicales, ses possibilités médico-techniques, c'est-à-dire la qualité et l'éventail des prestations proposées. Or la compressibilité du nombre de lits étant limitée (voir la Figure 12), d'autres paramètres sur lesquels l'on pourrait agir sont indispensables afin de pouvoir continuer à améliorer l'efficacité.

Le concept de la nouvelle planification des hôpitaux prévoit que les cantons attribuent un mandat de prestations à chaque hôpital répertorié (voir le Chapitre 1.5.3). Des groupes de prestations constitués à l'aide de SwissDRG (Swiss diagnoses related groups) et attribués aux hôpitaux. Même si l'octroi d'un mandat de prestations est qualitatif il peut contenir aussi des aspects quantitatifs comme c'est le cas du canton de Genève, qui a introduit des nombres de cas dans les mandats de prestations et que nous avons cité plus haut. Finalement chaque hôpital devrait offrir uniquement la gamme de services qu'il est en mesure de proposer d'un point de vue économique et avec la qualité requise. Les cantons prennent aussi en compte la sécurité des soins lors de l'attribution des mandats de prestations. Les hôpitaux sont motivés à rendre leur offre plus intéressante en termes de coûts et de qualité, afin d'obtenir les mandats de prestations pertinents pour le canton. Ce système vise ainsi à inciter les hôpitaux à réduire les capacités inutiles. Idéalement, chaque hôpital finira à terme par offrir les prestations effectivement demandées et qu'il peut réellement fournir de façon rentable et de bonne qualité. Une planification des besoins fondée sur la qualité et la rentabilité devient alors nécessaire pour chaque hôpital. Pour ce faire, les hôpitaux doivent aussi analyser les coûts, les données administratives et médicales.

La nouvelle tendance de prise en compte des aspects qualitatifs des prestations hospitalières de manière plus importante vise aussi une amélioration de l'efficacité des soins médicaux dans un contexte de concurrence accrue. Des indicateurs de qualité sont alors nécessaires pour objectiver le niveau de qualité et déterminer les points qui restent à améliorer. L'OFSP utilise surtout ces trois indicateurs; le nombre de cas, le taux de mortalité et les informations sur les méthodes de traitement. Ces indicateurs sont mis à jour régulièrement grâce à un système informatique (CH-IQI²⁹, version actuelle: 3.1) et permettent une comparaison entre les hôpitaux en ouvrant la voie à la concurrence. Par exemple le "taux de mortalité" standardisé par rapport à une pathologie, un groupe d'âge et de sexe précis, permet de constater les points faibles des prestations en comparant avec d'autres établissements fournissant les mêmes types de prestations. Cette objectivation rend possible une recherche interne des causes des points déficitaires et par là les pistes d'amélioration. Par ailleurs ces indicateurs permettent aussi aux patients de pouvoir évaluer l'expérience d'un établissement pour une maladie ou un type d'opération donné, si possible avec les résultats du traitement. Finalement les patients peuvent choisir un hôpital pour sa qualité dans la fourniture du service demandé³⁰.

²⁹ CH-IQI: Swiss Inpatient Quality Indicators.

³⁰ Christen A., Hänggi P., Kraft C., Künzi D., Merki M., Ruffner J., Système de santé suisse 2013, Le marché hospitalier en mutation (Credit Suisse Global Research).

Un autre avantage majeur de cette méthodologie c'est qu'elle permet de guider les collaborations éventuelles entre les sites hospitaliers d'un même canton ou des cantons différents en regroupant les patients atteints d'une pathologie donnée là où ils sont au mieux soignés. Une telle stratégie d'optimisation par collaboration entre cantons est initiée cette année entre l'HNe et les Hôpitaux jurassiens par une signature bilatérale d'une déclaration d'intention visant à intensifier les collaborations dans le domaine hospitalier.

Les hôpitaux sont donc incités à améliorer leur offre pour pouvoir obtenir des mandats de prestations "rentables" tout en réduisant les capacités inutiles. Il s'agit ici d'une planification hospitalière basée sur la qualité et la rentabilité des prestations.

1.5.2 La révision de la LAMal du 21 décembre 2007

Le 21 décembre 2007, les Chambres fédérales ont adopté une révision de la LAMal qui apporte un certain nombre de modifications sur la méthodologie appliquée à la planification hospitalière en précisant les règles concernant la constitution des listes des hôpitaux et en modifiant celles du financement des hôpitaux. Par exemple l'art. 58c de l'OAMal exige que la planification relative au traitement des maladies somatiques aiguës soit "*liée aux prestations*". L'art. 58b OAMal fixe même les étapes selon lesquelles la planification des besoins en soins doit être réalisée³¹;

1. Détermination des besoins.
2. Détermination de l'offre proposée par les établissements qui ne figurent pas sur les listes hospitalières cantonales.
3. Détermination de l'offre permettant de garantir la couverture des besoins des assurés concernés par la planification.

Par ailleurs la nouvelle disposition de l'art. 39 al. 2 de la LAMal oblige les cantons à coordonner leurs planifications comme c'est le cas pour la médecine hautement spécialisée (voir le Chapitre 1.5.5).

Dans le domaine du financement hospitalier, la révision 2007 de la LAMal porte des impacts sur la planification hospitalière d'une part en changeant le principe général du financement; le passage du financement des coûts au financement des prestations et d'autre part grâce aux règles de *l'obligation d'admission* et du *libre choix* de l'hôpital.

Le passage du financement du coût de l'hôpital au financement des prestations fournies par l'hôpital se fait grâce à l'introduction des forfaits liés aux prestations basés sur des structures tarifaires uniformes au niveau Suisse. Les forfaits sont financés par le canton et les assureurs, selon leur part respective (voir le Tableau 3). Les cantons doivent, dans l'élaboration de leur planification hospitalière, respecter un certain nombre de critères établis dans la section 11 de l'OAMal. Ainsi on retient des critères uniformes de planification hospitalière basés sur la qualité et l'économicité, tout en permettant le libre

³¹ Moser M., Analyse des fondements juridiques de la planification hospitalière suite à la révision de la LAMal (LF du 21.12.2007), 2010.

choix de l'hôpital par les patients. Les cantons sont tenus de revoir leurs planifications jusqu'à la fin 2014.

Les besoins de la population en prestations de santé doivent être basés sur les données statistiques et comparables. Les prestations fournies par les sites hospitaliers doivent respecter les principes de qualité et d'économicité permettant l'accès des patients aux soins dans un délai utile. Pour chaque prestation, des prévisions doivent être établies en se basant sur les évolutions démographique, épidémiologique et médicotéchnique.

L'art. 41a de la LAMal dessine les limites de *l'obligation d'admission* qui s'applique à tous les hôpitaux répertoriés, dans les limites de leurs mandats de prestations et de leurs capacités, pour tous les assurés domiciliés dans le canton où se situe l'hôpital (al. 1). En ce qui concerne les résidents d'autres cantons, l'obligation d'admission ne s'applique que dans les cas d'urgence ou si elle est basée sur des mandats de prestations (al. 2). Les cantons doivent veiller au respect de cette obligation et peuvent retirer ou modifier les mandats de prestations en cas de multiplication de la violence de ce principe. L'obligation d'admission est donc prise en compte lors de la détermination des besoins et l'attribution de mandats de prestations.

Les cantons ont aussi l'obligation de participer aux frais d'hospitalisation de ses résidents dans tous les établissements répertoriés depuis 2012, qu'ils figurent sur la liste du canton de résidence ou qu'ils soient sur la liste d'un autre canton, ce que permet aux patients un *libre choix* du lieu de prestation de santé dont ils ont besoin. La rémunération maximale de la prestation est toutefois limitée au tarif applicable pour cette prestation dans un hôpital répertorié du canton de résidence (art.41 al.1bis de la LAMal).

	Patient assuré de base/ complémentaire dans un Hôpital répertorié	Patient assuré complémentaire dans un Hôpital conventionné	Patient assuré complémentaire dans un Hôpital non conventionné
Prestations d'intérêt public (p.ex. formation universitaire et recherche)	Canton	Canton	Canton
Coûts d'exploitation y c. investissements	55% à la charge du canton	Assurance complémentaire/patient	Assurance complémentaire/patient
	45% à la charge de l'AOS	Max 45% à la charge de l'AOS	
Prestations supplémentaires patient (semi-)privé	Assurance complémentaire/patient	Assurance complémentaire/patient	

Tableau 3: Financement des hôpitaux après la réforme de la LAMal de 2007³².

³² Christen A., Hänggi P., Kraft C., Künzi D., Merki M., Ruffner J., Système de santé suisse 2013, Le marché hospitalier en mutation (Credit Suisse Global Research).

En ce qui concerne les hôpitaux qui ne figurent pas sur la liste hospitalière, les hôpitaux du canton de résidence peuvent signer librement des conventions avec les assureurs. On parle alors des hôpitaux conventionnés dont le canton de résidence ne participe pas au financement. Ce changement de financement a une signification majeure dans la planification hospitalière dans la mesure où ces trois types d'établissements; répertoriés, conventionnés et nonrépertoriés-nonconventionnés, doivent être pris en compte lors de la détermination des besoins en prestations.

1.5.3 La Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé(CDS)

La Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a publié la première fois en 1997 ses recommandations en matière de planification hospitalière. Celles-ci ont été révisées en 2002, et le guide à ce sujet a été adapté en 2009 au nouveau cadre juridique. En vue d'une meilleure coordination des planifications, les cantons ont mis au point un concept de groupes de prestations utilisé pour la planification liée aux prestations. Il s'agit de 132 groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) des soins somatiques aigus développés par la Direction de la santé du canton de Zurich. Chaque groupe de GPPH est constitué par des actes précis de soins hospitaliers basés sur les nomenclatures nationale ou internationale reconnues dans les statistiques médicales comme les codes CIM, CHOP ou les SwissDRG³³.

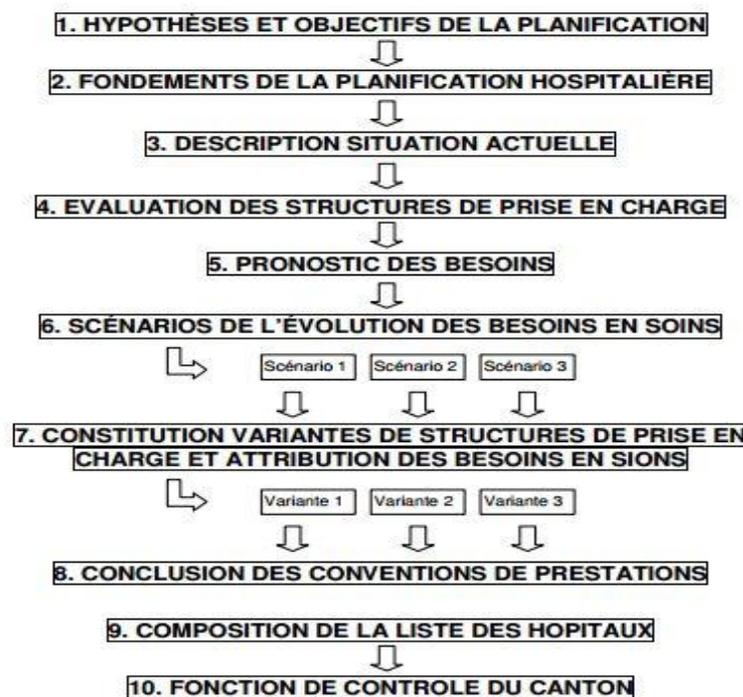


Figure 8: Les étapes de la planification hospitalière basée sur les prestations selon la CDS³⁴.

³³ CIM: Classification internationale des maladies

CHOP: Classification suisse des interventions chirurgicales

SwissDRG: Swiss diagnosis related groups

³⁴ Guide pour une planification hospitalière liée aux prestations. Rapport du comité « Planification hospitalière liée aux prestations » à l'intention du Comité directeur de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). Berne, juillet 2005.

La détermination des GPPH permet de clarifier les prestations de chacun des hôpitaux qui doivent les fournir selon ses capacités et les autres prestations restent à être assurées par d'autres hôpitaux du canton ou encore des collaborations intercantionales. Ces GPPH sont séparés sous forme de trois paquets de prestations que sont le *paquet de base*, le *paquet de base programmé* et les *prestations spécialisées*³⁵. Ce concept intègre aussi les éléments suivants: les exigences (variables selon le degré de complexité des actes) et les disponibilités pour les médecins spécialistes, les services d'urgences, les prestations à coordonner, la réalisation de tumorboards, le nombre de cas minimum, les conseils (nutritionnels, aux diabétiques)³⁶.

Cette méthode comporte donc l'avantage de fonder ses décisions sur des critères médicaux et de préparer le terrain à une coordination des planifications hospitalières cantonales. Par contre, une des lacunes importantes de ce modèle zurichois serait le fait qu'il ne prévoit pas de quotas et laisse parfois les lois du marché prendre dessus comme dans l'exemple de la fermeture du service d'obstétrique de l'hôpital de Riaz. Le canton de Fribourg n'ayant pas imposé de quotas aux prestataires privés, un déplacement des patientes vers la Clinique Daler a eu lieu³⁷. Actuellement, quinze cantons basent leur planification sur ce modèle zurichois décrit en plusieurs étapes dans la Figure 8.

1.5.4 L'Observatoire de la santé (Obsan)

Une autre approche, développée par l'Observatoire de la santé (Obsan), se fonde sur l'analyse des besoins en prestations tout en prenant en compte la tarification par forfait (SwissDRG), le raccourcissement prévisible des durées de séjour, le flux de patients entre les cantons et les évolutions démographiques. Ce modèle permet de projeter l'évolution du nombre de cas et journées d'hospitalisation. L'estimation peut se faire pour un canton ou un groupe de cantons. De plus, divers scénarios d'évolution des durées de séjour et de changements démographiques sont pris en considération, de même que des particularités ou besoins spécifiques des cantons. Le gain d'efficience possible est déterminé par la comparaison entre les cantons. Les cantons de Berne, Fribourg et Vaud s'en inspirent.

Quelle que soit la méthode utilisée, la nécessité d'une adaptation périodique de la planification hospitalière est reconnue par le Conseil fédéral; *"Le 28 octobre 2009, le Conseil fédéral a en outre approuvé le rapport "Stratégie fédérale en matière de qualité dans le système suisse de santé " et a donné différents mandats à l'OFSP dans le cadre du rapport sur la concrétisation de la stratégie qualité du 25 mai 2011 pour mettre en œuvre cette stratégie. Les structures, les processus et les offres des systèmes*

³⁵ Le paquet de base comprend toutes les prestations médicales et chirurgicales relevant des soins de base dans tous les domaines de prestations et qui ne font pas partie des groupes de prestations spécialisées. Il est indispensable pour tous les hôpitaux ayant un service des urgences

Le paquet de base programmé comprend toutes les prestations de soins de base qu'on peut programmer, sans urgence et pour lesquelles l'hôpital dispose d'un mandat de prestations.

³⁶ Rossini S. , Gouvernance des planifications hospitalières: la quadrature du cercle, (Rev Med Suisse 2014;10:455-457).

³⁷ Madame de Vos Bolay P., Présidente du Conseil d'administration des Hôpitaux jurassiens et du HNe.

ambulatoire et hospitalier doivent être adaptés et modernisés de manière à répondre aux exigences démographiques et épidémiologiques, notamment pour ce qui concerne les maladies chroniques et psychiques, ainsi qu'à l'évolution médicale et technique³⁸".

1.5.5 La Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS)

Afin de pouvoir établir conjointement une planification dans le domaine de la médecine hautement spécialisée en accord avec la LAMal une convention entre les cantons a été signée; c'est la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS) qui est entrée en vigueur le 1er janvier 2009. Cette convention a pour l'objectif la concentration des prestations hautement spécialisées dans un nombre limité de centres universitaires ou multidisciplinaires permettant une rationalisation économique et une amélioration de la qualité des prestations (voir l'Annexe 5).

2. La politique de planification hospitalière du canton de Neuchâtel

2.1 Les caractéristiques du cas de Neuchâtel et les raisons de notre choix

L'hôpital neuchâtelois est actuellement composé de sept sites hospitaliers dispersés sur le territoire cantonal et censés à prendre en charge les besoins en soins hospitaliers de la population locale. Ces soins hospitaliers sont proposés par les différents sites selon les mandats de prestations attribués par l'Etat cantonal en fonction des besoins de la population et des ressources disponibles.

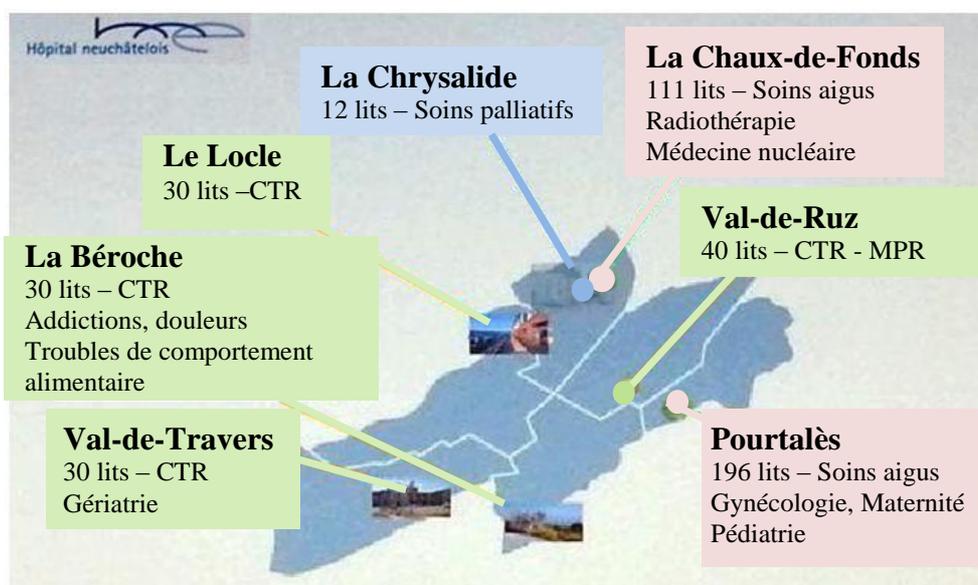


Figure 9: L'état actuel des sites de l'Hôpital neuchâtelois.

³⁸ Bases de la planification hospitalière et pistes de développement. Rapport du Conseil fédéral du 18 décembre 2013.

Le domaine de planification hospitalière des vingt dernières années du canton de Neuchâtel est marqué par une politisation de plus en plus importante et suivie de près par la population. En raison des retards de mise en œuvre des mesures politiques adoptées, la performance des hôpitaux neuchâtelois est une des moins bonnes parmi les cantons suisses malgré les efforts non négligeables consentis dans ce domaine (voir le Tableau 1 et l'Annexe 1). L'hétérogénéité culturelle et politique entre le "*haut*" représenté essentiellement par La Chaux de Fonds et le "*bas*" par Neuchâtel constitue depuis de nombreuses années un frein à la mise en œuvre des réformes nécessaires pour améliorer l'efficacité des établissements hospitaliers du canton de Neuchâtel en déclenchant des remous politico-médiatiques. C'est aussi le constat de Monsieur Laurent Kurth, président du Conseil d'Etat et le chef du Département des finances et de la santé (DFS) du canton de Neuchâtel lorsqu'il fait appel à l'apaisement avant les dernières votations populaires de l'automne 2013³⁹.

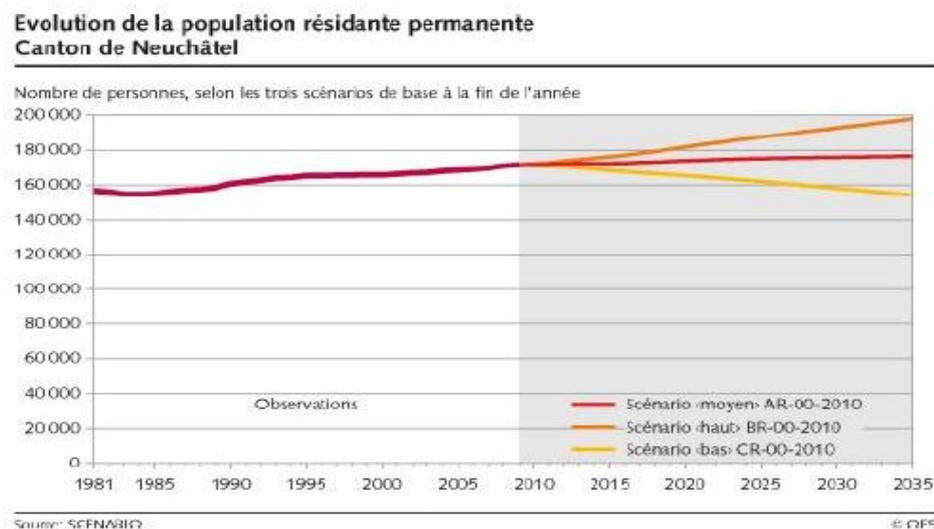


Figure 10: L'évolution démographique du canton de Neuchâtel⁴⁰.

Sur le plan démographique, la population du canton de Neuchâtel se présente plutôt comme stable depuis plus de trente ans marquant une augmentation modérée de seulement 5% en 30 ans entre 1980 et 2010. Cette relative stabilité peut être considérée pourtant comme un facteur facilitant la mise en œuvre des planifications hospitalières.

Nous choisissons donc le canton de Neuchâtel comme l'un des deux objets de notre étude en raison des difficultés de mise en œuvre de la politique de planification hospitalière rencontrées dans ce canton. Ci-dessous nous résumons l'évolution de l'histoire récente plutôt mouvementée de la politique de planification hospitalière du canton de Neuchâtel⁴¹.

³⁹ Un apaisement nécessaire. Le Temps, le 25.03.2013.

⁴⁰ Le portail statistique suisse de l'OFS.

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/03/blank/key_kant/03/24.html

⁴¹ Une description des événements concrets concernant les sites hospitaliers se trouve dans l'Annexe 6.

2.2 L’histoire récente de la planification hospitalière du canton de Neuchâtel

L'idée de la nécessité d'une planification hospitalière apparaît pourtant assez tôt dans le canton de Neuchâtel. En 1983, l'Institut suisse des hôpitaux souligne que la rénovation de l'ensemble des établissements hospitaliers de soins aigus entraînait une charge financière trop importante. Les rapports de planification hospitalière, adressés au GC par le CE en 1987 et en 1992 n'aboutissent pas à une mise en œuvre.

	Nouvelles législations/ Conventions	Nouvelles planifications/ Rapports	Initiatives/ Votations	Recours/ Décisions
1995				
1996	Entrée en vigueur de la LAMal et de la LS		Soutien du peuple à la construction du Nouvel Hôpital Pourtalès à 86%	
1998		Planification sanitaire cantonale, Santé 21	Deux initiatives; La moratoire des constructions et le vote populaire pour chaque modification significative du système hospitalier	
2004	Entrée en vigueur de la LEHM, création de l'EHM, soutenu par le peuple en 2005 et renommé HNe en 2006			Le CE ne donne pas suite aux initiatives; La 1ère dépourvue du sens car planif. acceptée et la 2ème juridiquement irrecevable.
2006		Plan d'actions 2006-2009		
2008	Contrat de prestations entre le CE et l'HNe	Rapport "Réorganisation des activités médicales entre les sites de soins aigus somatiques "	Quatre initiatives "En faveur d'un site unique femme-mère-enfant, cohérent, sûr et économique " "En faveur d'une médecine de proximité" "H. neuchâtelois, pour un retour des responsabilités" "Pour l'équilibre régional des missions hospit. dans le canton "	Décision du CE choisissant le scénario non-conseillé par l'HNe
2009	Modifications de la LEHM attribuant la compétence décisionnelle au GC			
2011		Plan stratégique: 21 Propositions de répartition des missions		
2012	Entrée en vigueur de la révision de la LAMal votée en 2007	Planification 2012-2014 Les "17 options stratégiques pour HNe" du Groupe de pilotage politique		Recours de la part d'une clinique privée contre la liste hospitalière 2012-2014
2013			Refus par le peuple de la "En faveur d'une médecine de proximité" qui accepte trois options contestées du "Plan stratégique"	Rejet du recours par le TAF
2014		Approbation du "Plan stratégique" par le CE		

Tableau 4: Les évènements marquants de l'histoire récente de la planification hospitalière du canton de Neuchâtel.

L'un des événements majeurs ayant marqué l'histoire récente de la planification hospitalière du canton de Neuchâtel, c'est l'entrée en vigueur de la LEHM (Loi sur l'établissement hospitalier multisite) en 2004 et la création de l'EHM (Etablissement hospitalier multisite) en 2005 rebaptisée l'HNe (Hôpital neuchâtelois) en 2006.

Le plan d'actions 2006-2009 qui fait l'objet de notre étude, est préparé par l'HNe et accepté par le Conseil d'Etat en janvier 2007 en vue d'améliorer l'efficacité des soins hospitaliers. C'est la première planification hospitalière après la création de l'HNe.

Le 7 janvier 2008, un rapport d'étude sur la "*Réorganisation des activités médicales entre les sites de soins aigus somatiques*" est remis au Conseil d'Etat. Il présente deux scénarios dont l'un prévoit la localisation du Centre mère-enfant à Neuchâtel et la création d'un centre dédié à l'appareil locomoteur sur le site de La Chaux-de-Fonds, alors que le deuxième scénario privilégie les localisations inverses. L'HNe propose au Conseil d'Etat de retenir le premier scénario mais le Conseil d'Etat retient néanmoins la variante qui attribue le Centre mère-enfant à La Chaux-de-Fonds et installe le pôle de compétence de l'appareil locomoteur à Pourtalès. Suite à cette décision, trois initiatives législatives sont déposées (voir le Tableau 4), ce que provoque la modification de la LEHM attribuant la compétence d'approbation des planifications hospitalières au GC. La même année, une nouvelle initiative populaire est déposée "*Pour l'équilibre régional des missions hospitalières dans le canton*".

En 2009, un "groupe de pilotage politique chargé de définir la répartition des missions entre les différents sites" est créé à l'aide des Etats généraux de la santé que sont organisés par le Conseil d'Etat. En 2010, sur proposition de ce groupe de pilotage, le Conseil d'Etat prend une orientation stratégique forte au sujet de la répartition des missions entre les sites de Neuchâtel et La Chaux-de-Fonds en choisissant de concentrer les soins aigus sur un seul site pour l'ensemble du canton à l'horizon 2022.

En 2011, le Groupe de pilotage politique fait un rapport intitulé "*Plan stratégique: 21 Propositions de répartition des missions*" au Conseil d'Etat. Le GC adopte le plan stratégique du Gouvernement sur la répartition des missions entre les sites de Neuchâtel et de La Chaux-de-Fonds en assortissant son décret de conditions portant sur la réalisation de nouvelles études. Le Groupe de pilotage politique propose alors un nouveau rapport en 2012 "*Dix-sept options stratégiques pour HNe*" dans lequel on propose la localisation de la chirurgie stationnaire (>1 jour) à La Chaux-de-Fonds pour compenser le maintien définitif du Centre Mère et Enfant et du service d'orthopédie à Neuchâtel. Le GC approuve les quatorze de ces options. Les options stratégiques complémentaires ne seront approuvées par le GC qu'en 2013. D'autre part le peuple refuse l'initiative "*Pour une médecine de proximité*" et accepte ces trois options contestées du "*Plan stratégique*". La mise en œuvre de ces *options stratégiques* tant débattues est en cours de réalisation dans le canton de Neuchâtel⁴².

⁴² Options stratégiques de l'HNe entre les mains du Conseil d'Etat. RTN, le 07.07.2014. <http://www.rtn.ch/rtn/Actualites/Regionale/20140708-Options-strategiques-de-l-HNe-entre-les-mains-du-Conseil-d-Etat.html>

En 2014, les travaux sont repris en vue d'une nouvelle liste hospitalière⁴³. La réforme du financement hospitalier entrée en vigueur en 2012 impose aux cantons de revoir leur planification hospitalière pour le 1er janvier 2015. Celle-ci doit désormais être réalisée sur la base des prestations et non plus sur des capacités en lits hospitaliers. Jusqu'à la fin de l'été 2014 une évaluation des besoins de la population neuchâteloise à l'horizon 2022 est réalisée et les conditions pour figurer sur la liste hospitalière fixées ensuite par le CE. Un appel d'offre sera lancé à la fin de l'année 2014 et la liste hospitalière sera arrêtée à la fin de l'été 2015 pour une entrée en vigueur au 1er janvier 2016. En attendant le gouvernement proroge la liste actuelle pour permettre de mener les réflexions et les travaux nécessaires dans les meilleures conditions.

Par ailleurs, le CE accepte en septembre 2014 le "Plan stratégique" tant débattu, en ouvrant la voie à sa mise en œuvre, notamment la mise en place d'un centre de chirurgie stationnaire sur le site de La Chaux-de-Fonds et un centre de chirurgie ambulatoire sur le site de Neuchâtel.

2.3 Les arrangements politico-administratifs et les ressources à disposition

"L'arrangement politico-administratif (APA) d'une politique publique représente l'ensemble structuré d'acteurs publics et para-étatiques qui sont chargées de sa mise en œuvre." P. Knoepfel. En ce qui concerne la politique de planification hospitalière du canton de Neuchâtel, cet APA est constitué de quatre niveaux; fédéral, intercantonal, cantonal et communal (la Figure 11)⁴⁴. Alors que le niveau communal possède peu ou pas de pouvoir décisionnel, celui du niveau intercantonal augmente considérablement depuis la dernière décennie, notamment après les recommandations de la CDS en 2005 et l'adhésion des cantons à la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS) en 2011.

L'APA de chaque politique dispose d'un certain nombre et de quantité de ressources destinées à la mise en œuvre des plans d'actions. L'abondance de ces ressources permet une mise en œuvre plus ou moins facile des mesures prévues. Egalement, les autres groupes impliqués dans cette même politique, décrit dans le triangle des acteurs (l'Annexe 6) disposent aussi de certaines ressources qui leur permettent de soutenir ou de s'opposer à la mise en œuvre des mesures prévues dans les plans d'actions selon leurs intérêts.

Nous résumons les caractéristiques de l'APA impliqué dans le plan d'actions 2006-2009 de Neuchâtel et les ressources à sa disposition dans les Annexes 15 et 16. Nous analyserons ensuite les mêmes éléments pour la planification 2008 du canton de Fribourg et ferons une comparaison des données des deux cantons dans le Chapitre 5.

⁴³ Site officiel du canton de Neuchâtel.

http://www.ne.ch/medias/Pages/140521_Planification-hospitaliere.aspx (21.05.2014)

⁴⁴ Une comparaison structurelle des APA des cantons de Neuchâtel et de Fribourg ainsi que les bases légales régissant les conseils et les commissions ayant rapport à la planification hospitalière se trouvent dans le Chapitre 3.3.

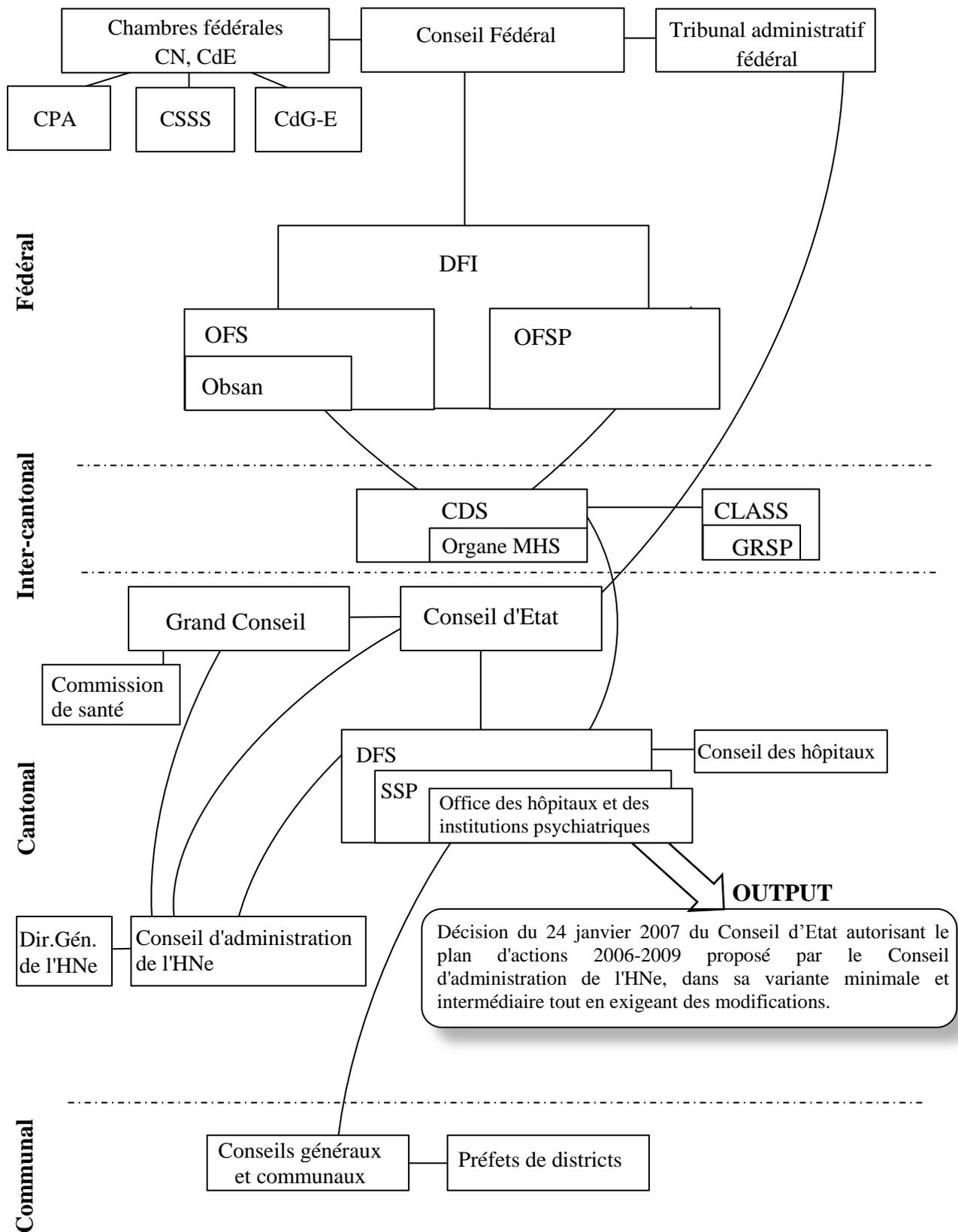


Figure 11: L'APA de mise en œuvre de la politique de planification hospitalière du canton de Neuchâtel

2.4 Le plan d'actions neuchâtelois de 2006-2009

La politique de planification hospitalière du canton de Neuchâtel a fait l'objet de plusieurs plans d'actions au cours de la dernière trentaine d'années (voir l'Annexe 8). Parmi ces plans d'actions nous pouvons notamment citer ceux des planifications hospitalières 2006-2009 et de 2011 qui ont suscité une médiatisation et une politisation sans précédente pour cette politique dans le canton de Neuchâtel en raison des contestations déclenchées.

Dans notre étude nous nous focalisons sur le plan d'actions 2006-2009 de l'Hôpital neuchâtelois. Ce choix nous permet, d'une part, de voir les résultats de sa mise en œuvre, et d'autre part, de comparer ses résultats avec ceux du plan d'actions quasi contemporain du canton de Fribourg.

Le plan d'actions neuchâtelois 2006-2009 est préparé dans un contexte de crise de finances publiques et sous la pression des assureurs maladie qui cherchent à réduire les dépenses de santé cantonales. Parmi les trois variantes selon leur faisabilité et le montant d'économie attendu, l'Hôpital neuchâtelois propose au Conseil d'Etat la variante intermédiaire.

Cette variante était considérée comme de haute faisabilité et en plus d'une réduction en capacités hospitalières en lits, elle comportait aussi des actions concrètes de réattribution de certaines prestations résumées dans l'Annexe 9, des actions ayant des effets majoritairement centralisateurs⁴⁵. Le Tableau 5 permet de voir la réduction du nombre de lits de soins aigus pendant la période de PA 2006-2009 et après.

	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	SA	CTR																
HNe	423	118	374	108	357	113	326	119	302	142	309	143	308	143	299	142	295	137
Total	541		482		470		445		444		452		451		450		432	
Autres sites⁴⁶	81	0	74	0	67	0	57	0	57	0	57	0	55	0	50	0	56	0
Total	81		74		67		57		57		57		55		50		56	
Total général	522		556		537		502		501		509		506		500		488	

Tableau 5: L'évolution récente du nombre de lits hospitaliers dans le canton de Neuchâtel.

⁴⁵ Plan d'actions de l'Hôpital neuchâtelois 2006-2009. Octobre 2006. Pg.50/63.

http://www.h-ne.ch/d2wfiles/document/149/5517/0/1e_2b_3c_4a_planAction_valide.pdf

⁴⁶ Les "Autres sites" correspondent à l'Hôpital de la Providence qui est aussi un hôpital admis sur la liste hospitalière sans faire partie de l'HNe. Les cliniques privées de Montbrillant SA et de la Tour SA, à La Chaux-de-Fonds, ne sont pas incluses.

SA: Soins aigus

CTR: Centre de traitement et de réadaptation

La réduction en lits de soins aigus est en partie compensée par l'augmentation du nombre de lits de CTR. D'autre part, la pente de la réduction du nombre de lits de soins aigus s'affaiblit dans les années suivantes, accentuant l'idée de la complémentarité nécessaire d'autres types de rationalisation que de simple réduction du nombre de lits (voir la Figure 12).

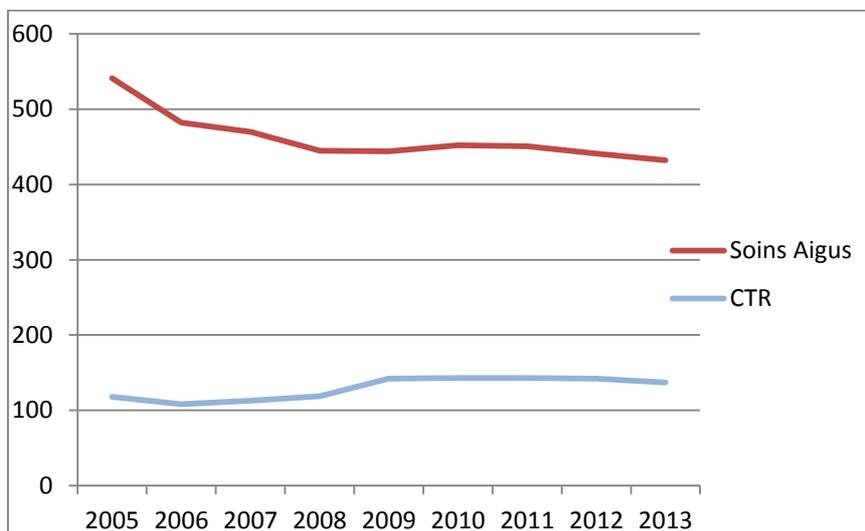


Figure 12: L'évolution récente du nombre de lits hospitaliers dans le canton de Neuchâtel.

Parmi les actions de rationalisation par réorganisation prévues dans ce PA, toutes les mesures sont effectivement réalisées à part la fermeture des policliniques régionales (voir l'Annexe 9).

Sur le plan financier l'objectif de ce PA était une économie de 21,1 millions de francs sur une période allant des comptes 2005 au budget 2009 de l'Hôpital neuchâtelois. Les mesures de rationalisation effectivement réalisées ont permis depuis l'année 2006 des économies pour un montant de 12,5 millions de francs (sur un montant prévu de 14 millions de francs).

Certains éléments d'économies prévues (pour des économies de 7,1 millions de francs) mais non-réalisées, ont même enregistré une augmentation des charges d'un montant de 3 millions de francs (voir l'Annexe 10). Ceci notamment en raison des coûts de la gestion des patients hors canton et l'augmentation des tarifs pratiqués par les hôpitaux universitaires durant la période sous revue. Au total des économies de 9,5 millions francs sont réalisées pour un montant d'économies initialement prévues de 21,1 millions de francs.

3. La politique de planification hospitalière du canton de Fribourg

3.1 Les caractéristiques du cas de Fribourg et les raisons de notre choix

L'Hôpital fribourgeois est composé actuellement de cinq sites hospitaliers; Meyriez-Murten, Tavel, Billens, Riaz et l'Hôpital cantonal de Fribourg. A ceux-ci se rajoutent le centre de soins palliatifs de Châtel Saint-Denis (intégré récemment à l'Hôpital cantonal) et l'Hôpital intercantonal de La Broye (HIB). Les hôpitaux fribourgeois aussi souffrent d'un manque d'efficacité persistant depuis de nombreuses années comme les hôpitaux neuchâtelois (voir l'Annexe 1).

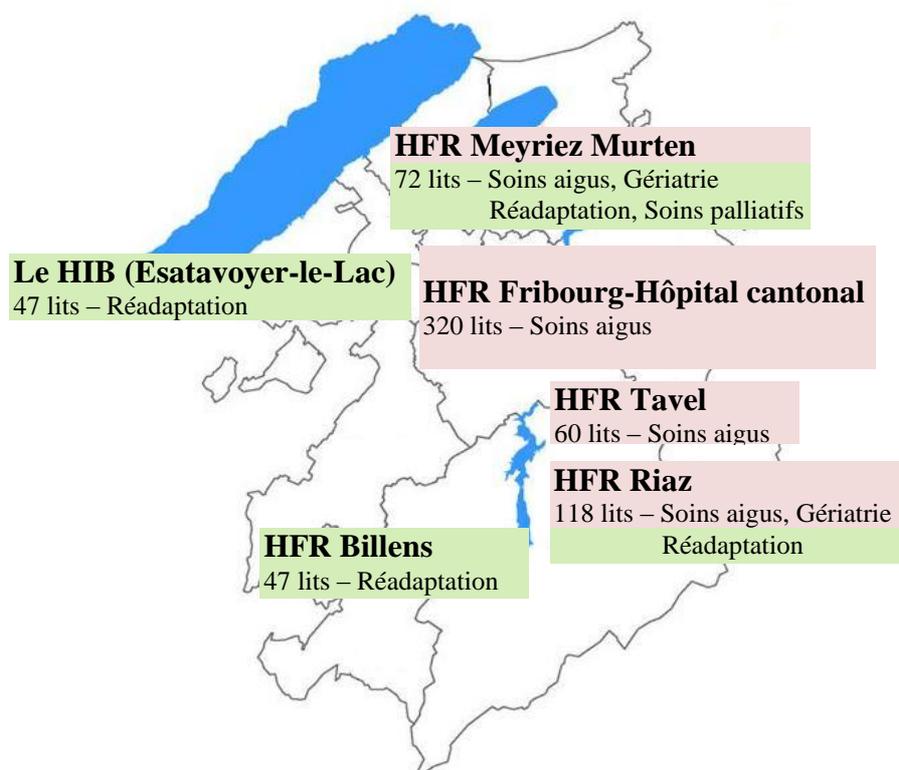


Figure 13: Les sites hospitaliers, les nombres de lits et les missions dans l'HFR.

L'un des points forts de la politique de planification hospitalière du canton de Fribourg est l'union administrative de la plus grande partie de ces sites hospitaliers, à part l'Hôpital intercantonal de la Broye, sous forme d'un acteur unique, le HFR, ce que facilite son fonctionnement. En ce qui concerne la répartition des missions on remarque une concentration relative des soins aigus à Fribourg, Tavel et Riaz (voir le Tableau 6).

Parmi les points faibles nous pouvons citer l'ouverture à la compétitivité entre les hôpitaux de la Suisse grâce à la possibilité de libre choix sachant que le canton de Fribourg se situe géographiquement entre les cantons de Berne et de Vaud, disposant tous les deux des hôpitaux universitaires et de plusieurs cliniques privées.

	Fribourg	Tafers	Riaz	Meyriez	Billens	Châtel St-Denis
Chirurgie	X	X	X			
Gynécologie	X		X			
Obstétrique	X		X			
Médecine	X	X	X	X		
Ophthalmologie/ORL	X		X			
Orthopédie	X	X	X			
Pédiatrie	X	X	X	(X)		
Rhumatologie	X					
Soins intensifs et continus	X	X	X			
Gériatrie				X		X
Neuroréhabilitation	X					
Réadaptation gén.				X	X	
Réad. cardiovasculaire					X	
Réad. gériatrique				X		X
Réad. respiratoire					X	
Soins palliatifs	X			X		X

Tableau 6: La répartition actuelle des missions dans l'HFR⁴⁷.

Au contraire du canton de Neuchâtel, le canton de Fribourg montre un dynamisme démographique très important depuis trente dernières années. La population du canton de Fribourg est passée de 185 546 à 291 395 habitants entre 1981 à 2012, ce que signifie une augmentation de 57%. Cette tendance devrait se poursuivre selon divers scénarios démographiques effectués par l'OFS et le canton de Fribourg.

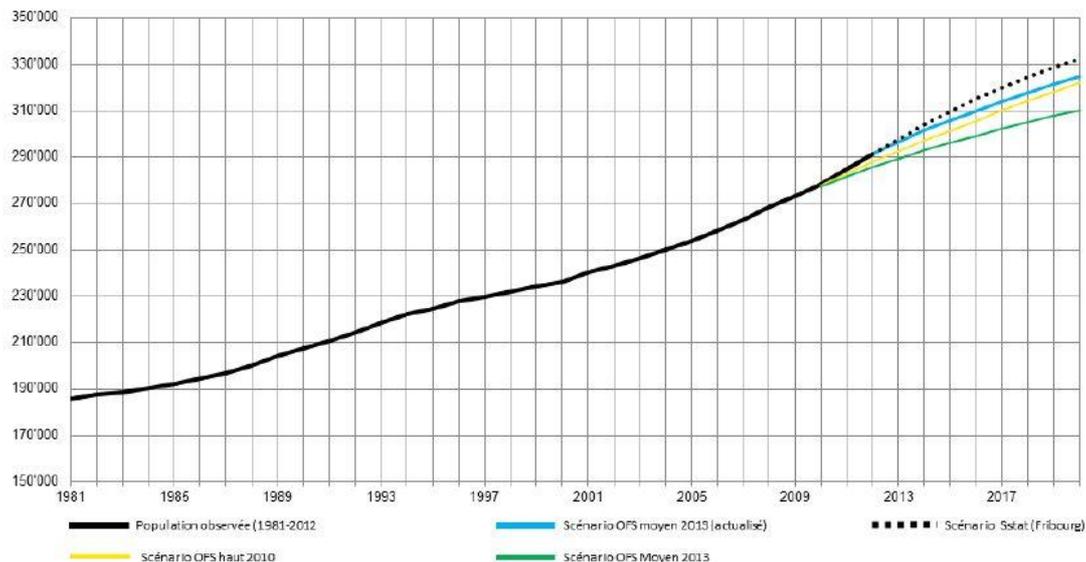


Figure 14: L'évolution démographique du canton de Fribourg et les scénarios possibles pour les prochaines années.

⁴⁷ Rapport final du projet StrateGO. Étude de faisabilité sur le thème de la centralisation des soins aigus à l'HFR. Équipe de projet StrateGO, Décembre 2012.

Par ailleurs, un vieillissement démographique récent est aussi remarquable et vient influencer les besoins en soins des habitants du canton de Fribourg. Entre 2000 et 2010, la part de la population âgée des 65 ans à 79 est passée de 9,6 à 10,7% et celle des plus de 80 ans de 3,3 à 3,7%. Ceci serait dû essentiellement à l’augmentation de l’espérance de vie, une natalité faible, ainsi qu’une immigration modérée⁴⁸.

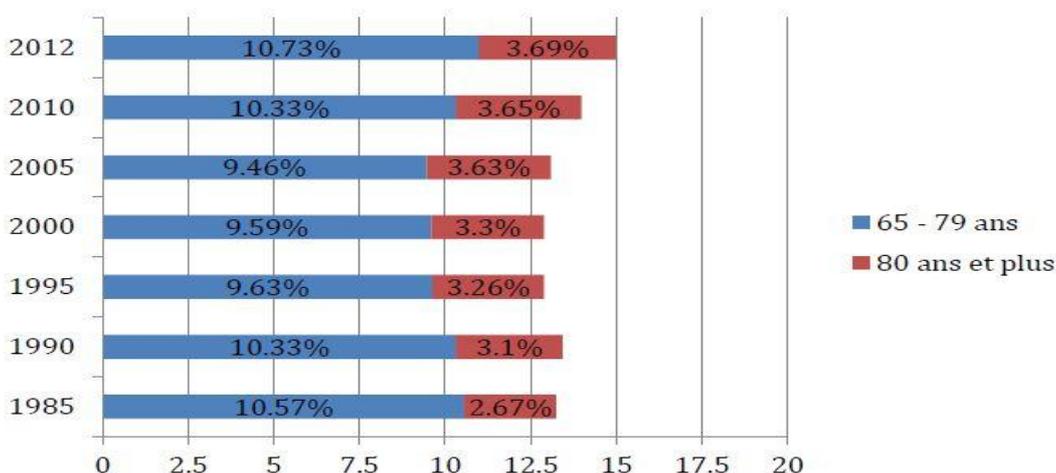


Figure 15: L'évolution de la part des personnes âgées dans le canton de Fribourg lors des vingt-cinq dernières années.

Le canton de Fribourg est un des premiers cantons suisses à appliquer les recommandations de la CDS en matière de la planification hospitalière aidée par la méthodologie et le soutien technique de l'Obsan en respect de la LAMal.

Etapas de la planification	Agent chargé de réaliser l'étape	
	Canton	Obsan
1. Définir les objectifs de la planification cantonale	✓	
2. Evaluer la qualité des données à disposition	✓	✓
3. Décrire la situation actuelle des diagnostics et traitements dans le canton	✓	✓
4. Etablir la structure actuelle de l'offre dans le canton	✓	✓
5. Choisir le(s) scénario(s) pertinents pour le canton	✓	✓
6. Estimer les besoins futurs par DRG	✓	✓
7. Etablir diverses variantes d'allocation des prestations	✓	
8. Conclure des conventions de prestations	✓	
9. Composer la liste des hôpitaux	✓	
10. Contrôler et évaluer <i>ex-post</i> la planification	✓	

} Modèle de projection

Tableau 7: Méthode de planification en plusieurs étapes, conseillée par la CDS en 2005 et appliquée à la planification hospitalière fribourgeoise 2008⁴⁹.

⁴⁸ Evaluation des besoins en soins hospitaliers pour la planification hospitalière 2015. DSAS de l'Etat de Fribourg. Juin 2014.

⁴⁹ Weaver F., Cerboni S., Oettli A., Andenmatten P., Widmer M.. Modèle de projection du recours aux soins comme outil d'aide à la planification hospitalière. Document de travail 32. Décembre 2008, Obsan.

Ces étapes sont soutenues par une analyse et validation des données de base de la statistique médicale (pour l'étape 2) et par la détermination de l'évolution démographique et choix de scénarios (pour l'étape 5) aboutissant aux procédures suivantes.

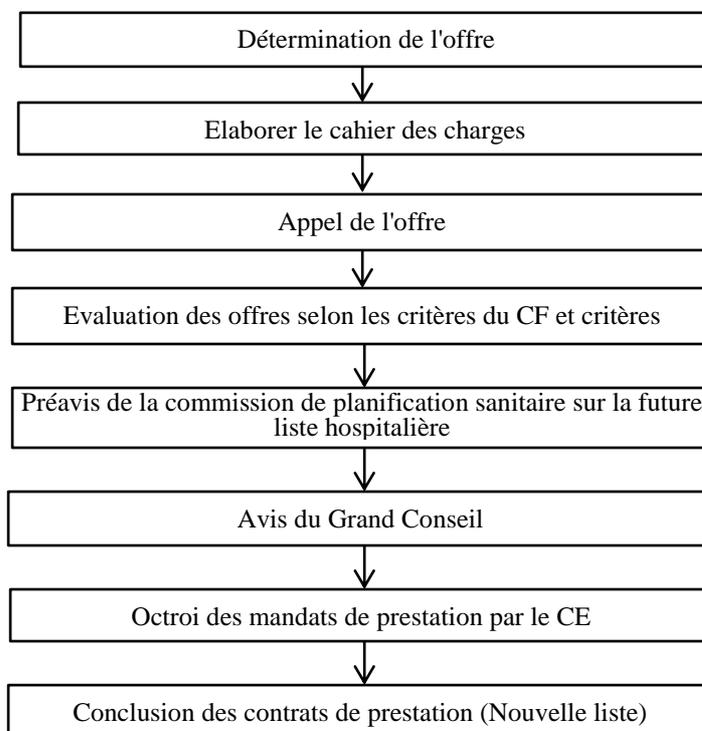


Figure 16: Les procédures de la planification hospitalière du canton de Fribourg⁵⁰.

Sur le plan des compétences, c'est le Service de santé publique (SSP) qui est en charge de la réalisation de ces études en collaboration avec l'Obsan. Même si les décisions stratégiques reviennent au Conseil d'administration de l'HFR, ce même conseil comporte aussi trois membres du Grand Conseil dans sa composition depuis 2013⁵¹. Il existe donc une implication directe et croissante des politiciens dans un terrain technique et complexe dont l'effet bénéfique sur la prise de décisions courageuses en matière de la planification hospitalière est peu certain.

⁵⁰ Evaluation des besoins en soins hospitaliers pour la planification hospitalière 2015. DSAS de l'Etat de Fribourg. Juin 2014.

⁵¹ La loi du 27 juin 2006 sur l'hôpital fribourgeois est modifiée comme il suit: Art. 10 al. 1 et 3

¹ Le conseil d'administration se compose de neuf membres.

³ Le conseil d'administration compte parmi ses membres le conseiller d'Etat-Directeur ou la conseillère d'Etat-Directrice en charge du domaine de la santé ainsi que trois membres du Grand Conseil.

3.2 L’histoire récente de la planification hospitalière du canton de Fribourg

Le canton de Fribourg opère une première évaluation de ses besoins hospitaliers en 1983 sans constater la nécessité d'adapter le nombre de lits hospitaliers, alors que les projets de planification du début des années 1990 n'aboutissent pas à une mise en œuvre devant la réaction de la population aux projets de fermeture de sites.

	Nouvelles législations/ Conventions	Nouvelles planifications/ Rapports	Initiatives/ Votations	Recours/ Décisions
1996	Entrée en vigueur de la LAMal			
1997		Planification hospitalière du CE		Recours contre l'attribution de soins aigus à l'H. Meyriez
1999	Entrée en vigueur de la LSan			
2000	Convention instituant l'HSF			
2002				Le CF accepte le recours et demande au CE de revoir la liste hospitalière
2003		Rapport Balthasar; transforamtion de la moitié des lits de soins aigus de Meyriez en CTR		Nouveau recours de la part des assureurs maladie
2004				
2006				Le CF accepte partiellement le recours et donne 18 mois pour une nouvelle planification
2008		L'adoption par le CE de la Planification hospitalière 2008		
2012	Entrée en vigueur de la Révision de la LAMal votée en 2007	Décision du CdA de constituer un site de soins aigus unique	L'initiative contre la centralisation et la fermeture du Châtel .St-Denis	
2013	Modification de la LHFR variant la composition de CdA		Retrait de l'initiative en échange de trois sièges dans le CdA	
2014		Approbation de la planification 2014 par le CE		

Tableau 8: Les évènements marquants de l'histoire de la planification hospitalière récente du canton de Fribourg⁵².

⁵² Une description des évènements concrets concernant les sites hospitaliers se trouve dans l'Annexe 11.

L'acceptation de la LAMal en 1997 a obligé les cantons à réaliser une nouvelle planification hospitalière. Dans le canton de Fribourg, le principe de réorganisation sous forme d'un hôpital cantonal et deux autres hôpitaux polyvalents (l'Hôpital de Riaz et l'Hôpital de Tavel) pour les soins somatiques aigus et la transformation des autres établissements en CTR, est retenu par la commission de planification. La "Planification hospitalière du CE du canton de Fribourg" est présentée au GC en août 1997. Cette planification a déclenché un recours de la part des assureurs-maladie qui contestent la liste des hôpitaux de 1998 et l'attribution de lits de soins aigus à l'Hôpital de Meyriez.

En 2002, le Conseil fédéral a rendu sa décision sur le recours et demandé au CE de revoir ses objectifs de planification hospitalière en termes de capacités en lits et de compléter la liste hospitalière par l'inscription des mandats de prestations que la planification doit attribuer aux hôpitaux ⁵³.

La nouvelle liste hospitalière selon le rapport Balthasar a fait aussi l'objet d'un recours de la part des assureurs-maladie en 2004. Ce recours a été partiellement accepté par le CF qui a accordé au canton un délai de 18 mois pour établir une nouvelle liste.

En 2006, la Loi sur le Réseau hospitalier fribourgeois (LRHF) est promulguée, mettant en réseau les sites hospitaliers de Fribourg, de Riaz, de Tavel, de Meyriez, de Billens et de Châtel-Saint-Denis. L'Hôpital fribourgeois (HFR) est formé dès 2007. En 2008, le conseil d'Etat a adopté le rapport de planification final en intégrant la quasi-totalité des propositions de la Commission de planification sanitaire.

Une décision stratégique de principe relative à la réorganisation des missions à l'horizon 2022 est annoncée par le CdA en 2012. Il s'agit essentiellement d'une concentration des soins aigus sur un seul site et le développement de plusieurs sites de réadaptation et de médecine gériatrique. Cette décision rencontre aussi des contestations politiques en raison des protectionnismes régionalistes et des tentatives de re-politisation du débat.

La fermeture du site de Châtel-St-Denis proposée par l'HFR et qui a suscité beaucoup de discussions politiques, a finalement été acceptée par le gouvernement en fin 2012 grâce à la compétence étendue du CdA. L'initiative populaire qu'elle a déclenchée, a été retirée en échange de l'introduction de trois représentants du Grand Conseil au CdA de l'HFR par modification de la LHFR en août 2014⁵⁴.

Quant à la nouvelle planification, l'accord du Conseil d'Etat est intervenu en 2014 pour la mise en consultation du rapport de planification à l'horizon 2020⁵⁵. Les appels d'offres sont envoyés au début du mois de juin 2014. La nouvelle liste hospitalière sera soumise au Grand Conseil pour avis, puis au Conseil d'Etat début 2015.

⁵³ Evaluation des besoins en soins hospitaliers pour la planification hospitalière 2015. DSAS de l'Etat de Fribourg. Juin 2014, Pg.17.

⁵⁴ Le centre de soins palliatifs restant sous l'égide de l'HFR en tant qu'une unité de médecine, la création d'une fondation de soutien financier au centre de soins palliatifs est prévue.

⁵⁵ Site internet officiel de l'Etat de Fribourg;

http://www.fr.ch/ww/fr/pub/actualites.cfm?fuseaction_pre=Detail&NewsID=46656 . (17.03.2014).

3.3 Les arrangements politico-administratifs et les ressources à disposition

L'APA de la planification hospitalière 2008 du canton de Fribourg est similaire à celui du canton de Neuchâtel sur le plan structurel. Néanmoins une différence notable est celle de l'absence de l'Office des hôpitaux et des institutions psychiatriques au canton de Fribourg où le SSP effectue les travaux de recherche et d'études nécessaires à la planification sans avoir besoin d'une autre unité dédiée à ces tâches.

Une autre différence structurelle concerne les conseils et les commissions ayant rapport à la planification hospitalière. Dans le canton de Neuchâtel il existe un Conseil sanitaire régi par la Loi de santé (LS)⁵⁶ et un Conseil des hôpitaux par la Loi sur l'établissement hospitalier multisite (LEHM)⁵⁷. Or dans le canton de Fribourg un Conseil sanitaire et une Commission de planification sanitaire tous les deux régis par la Loi sur la Santé (LSan)⁵⁸. Seuls le Conseil des hôpitaux(Ne) et la Commission de planification(Fr) auraient un rôle important de préavis politique, quoique, ceci encore sous l'influence du GC dans le canton de Neuchâtel.

En effet, en plus de la description structurelle de l'APA nous étudions aussi ses aspects fonctionnels en décrivant les compétences des acteurs politico-administratifs ayant des rôles majeurs aux stades du développement stratégique et de la mise en œuvre des planifications hospitalières (voir le Tableau 13). La distribution de ces compétences a un effet primordial en cas de rencontre d'éventuels obstacles lors de la mise en œuvre comme dans l'exemple de la fermeture de l'Hôpital de Châtel St-Denis (voir Chapitre 5).

Le dépassement de ces obstacles est aussi influencé par des caractéristiques de certaines dimensions des APA de mise en œuvre dont l'analyse est présentée dans le Chapitre 5, en comparaison avec celle du canton de Neuchâtel et l'état des ressources lors de la planification fribourgeoise 2008 est décrit dans l'Annexe 19.

⁵⁶ Art. 15 de la LS : Conseil de santé

1Le Conseil de santé est un organe consultatif.

2Il est consulté en matière de politique et de planification du système de santé. Il prévoit sur la répartition des moyens et l'allocation des ressources, ainsi que sur les projets de lois et de règlements.

3Il propose les mesures qui lui paraissent nécessaires.

⁵⁷ Art. 36 de la LEHM: Conseil des hôpitaux ; Le Conseil des hôpitaux est une commission consultative permanente du Conseil d'Etat.

Art. 41

1Le Conseil des hôpitaux est consulté sur les choix stratégiques élaborés par le Conseil d'Etat en matière:
a) de politique hospitalière;

2Le Conseil des hôpitaux peut faire appel à des experts externes

⁵⁸ Art. 14 de la LSan: Conseil de santé

1 Un Conseil de santé est institué en tant qu'organe consultatif du Conseil d'Etat et de la Direction pour les problèmes généraux concernant la santé.

2 Le détail de ses compétences, sa composition et son organisation sont fixés par le Conseil d'Etat.

Art. 15 de la LSan: Commission de planification

2 Elle a pour tâche de participer à l'élaboration de la planification sanitaire, à savoir la planification dans les domaines hospitalier et préhospitalier ainsi que dans les domaines des soins en santé mentale, de l'aide et des soins à domicile, des établissements médico-sociaux.

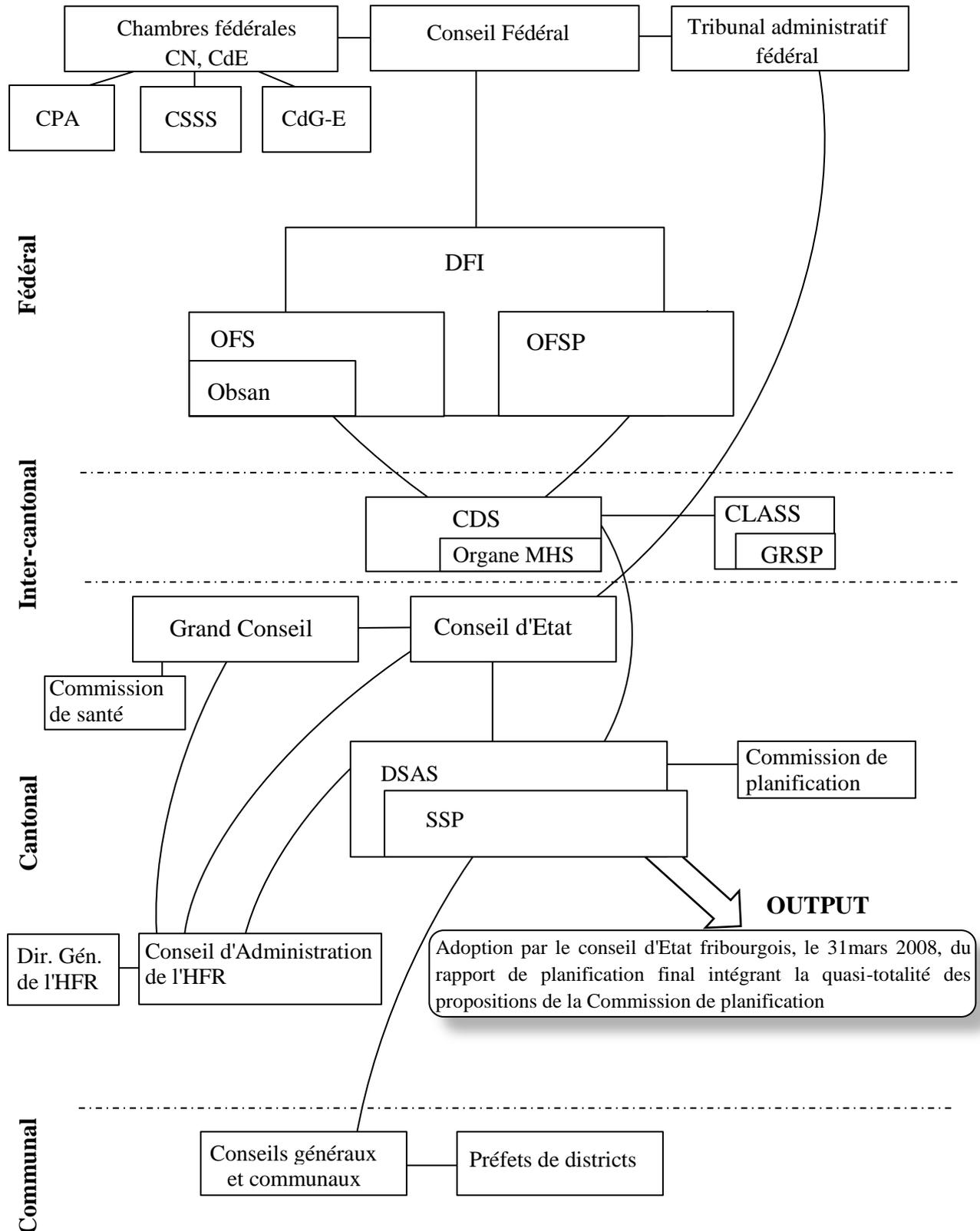


Figure 17: L'APA de mise en œuvre de la politique de planification hospitalière du canton de Fribourg

3.4 Le plan d'actions fribourgeois de 2008

Le canton de Fribourg a fait des efforts soutenus pour réorganiser ses structures hospitalières à l'aide de nombreux rapports et projets de planifications (voir l'Annexe 12). Parmi ces planifications celle qui est l'objet de notre étude, fait suite au recours contre la planification hospitalière 1997 et la liste 1998 des hôpitaux. Ce recours dont les griefs sont admis partiellement par la décision du Conseil fédéral du 15 mai 2002 demandant au Conseil d'Etat de revoir ses objectifs et de compléter la liste hospitalière par des mandats de prestations en plus de capacités en lits attribuées à chaque site hospitalier.

La planification 2008 est donc présentée comme une réponse à cette décision par les efforts consentis pour se conformer aux exigences du Conseil fédéral, à l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal) ainsi qu'aux recommandations de la CDS de 2005. Elle est donc basée sur le rapport de planification réalisé par le Service de santé public du canton de Fribourg et adopté par le Conseil d'Etat en mars 2008.

Dans cette planification hospitalière, tout en redistribuant les prestations entre les sites hospitaliers, une éviction des surcapacités en lits hospitaliers est visée (voir les Annexes 13 et 14). La variante 2 qui est retenue cherche à s'approcher de la valeur de la durée moyenne de séjour par hôpital la deuxième plus basse de Suisse lors des projections des cas et des journées d'hospitalisations de 2005 à 2020. Sans se fixer d'objectifs financiers chiffrés les objectifs et les critères suivant sont pris en considération⁵⁹:

- garantie de la qualité des soins ;
- dépassement des limites administratives ;
- amélioration du taux de prise en charge intracantonale ;
- maintien des soins de base au sein des hôpitaux publics ;
- utilisation rationnelle des ressources ;
- diminution des durées de séjour ;
- application des principes de planification aux cliniques privées ;
- réduction du recours à une prise en charge stationnaire en soins psychiatriques ;
- formation du personnel ;
- différenciation des niveaux de prise en charge.

Dans ce rapport, la planification hospitalière est projetée sous trois chapitres différents; soins somatiques aigus, soins de réadaptation et des soins psychiatriques. Bien qu'il s'agisse d'une planification basée sur les prestations, une réattribution des capacités *"pour garantir une prise en charge suffisante des patients dans les différentes disciplines et d'autre part pour éviter la création de surcapacités hospitalières"* est aussi effectuée en respectant les étapes suivantes;

- détermination des besoins globaux en soins pour l'ensemble de la population ;
- détermination et évaluation de l'offre disponible des établissements hospitaliers ;

⁵⁹ Planification hospitalière du canton de Fribourg. Rapport publié par le SSP, Fribourg, le 31 mars 2008, p. 33 et 50.

- attribution et garantie des capacités hospitalières nécessaires par l'octroi des mandats de prestations aux établissements ;
- établissement de la liste hospitalière.

Les besoins futurs en soins aigus sont estimés en se basant sur les données de la statistique médicale et démographique 2005, 2006 de l'OFS ainsi que sur les données obtenues directement des établissements hospitaliers. Les critères pris en compte pour la détermination des besoins en lits sont les suivants;

- **Durée moyenne de séjour;** comme cité précédemment un rapprochement vers la durée moyenne de séjour par hôpital la deuxième plus basse de Suisse est privilégiée dans cette planification.
- **Taux d'occupation normatif des lits;** le Conseil fédéral fixe un taux normatif d'occupation de 85% pour les hôpitaux de soins somatiques aigus en matière de planification.
- **Flux de patients;** sont uniquement pris en compte les patients fribourgeois et non fribourgeois soignées dans les hôpitaux du canton. Les patients fribourgeois soignés hors du canton ne sont pas pris en compte sauf s'il y a des modifications de flux attendues en raison des changements dans les prestations offertes dans le canton ou des accords intercantonaux.

Parmi les mesures de réorganisation de la planification fribourgeoise 2008 (voir l'Annexe 13) toutes les mesures sont effectivement réalisées à part le projet de création d'une unité de psychiatrie de crise en raison des difficultés de coordination de management des patients pour la période de crise et après.

Finalement, le nombre de lits reste parfaitement stable comme prévu dans le canton de Fribourg pour la période allant de 2008 à 2010 qui fait l'objet de notre étude (voir le Tableau 9 et l'Annexe 14).

	2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	SA	CTR	SA	CTR	SA	CTR	SA	CTR	SA	CTR	SA	CTR	SA	CTR
HFR ⁶⁰	537	98	518	133	521	98	518	135	504	132	468	132	532	59
Total	635		651		619		653		636		600		591	
Autres sites ⁶¹		47	120	47	120	47	120	47	120	47	120	47	112	47
Total			167		167		167		167		167		159	

Tableau 9: L'évolution récente du nombre de lits hospitaliers dans le canton de Fribourg.

Par ailleurs l'indicateur de capacité hospitalière choisi dans la détermination des besoins pour la nouvelle planification, n'est plus le "*nombre de lits*" mais le "*nombre annuel moyen de lits*" qui est le résultat du calcul "*journées annuelle d'hospitalisations/ 365*"

⁶⁰ L'appellation HFR Uniquement depuis 2007, avant il s'agissait des hôpitaux de districts et de l'Hôpital cantonal.

⁶¹ HIB, Hôpital Daler(Site Estavoyer-le-Lac),Clinique générale(Cliniques StAnne et Garcia jusqu'à 2007).

jours / 85 % de taux d'occupation". Cette notion traduirait l'idée des capacités en journées et permettrait de tenir compte de la fluctuation hebdomadaire ou saisonnière. Les résultats "bruts" de ce calcul sont ensuite réajustés selon les particularités des sites comme l'état d'activité, les transferts ou les transformations de lits.

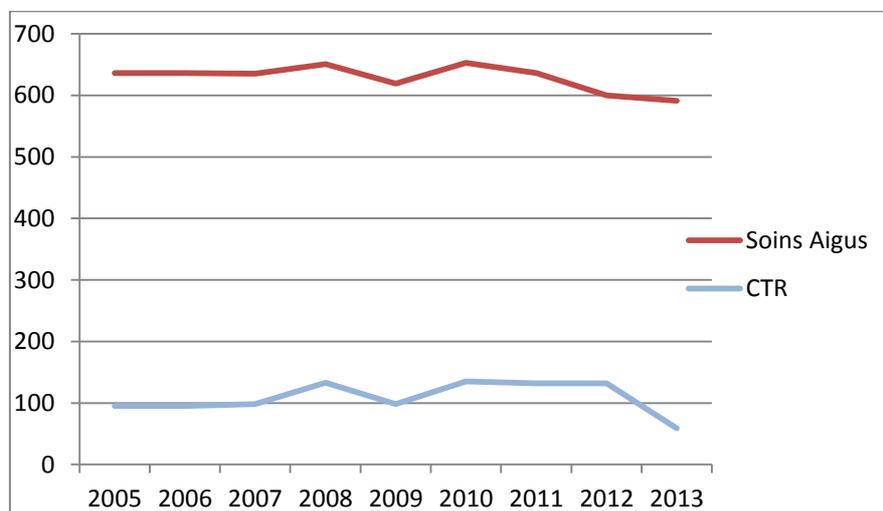


Figure 18: L'évolution récente du nombre de lits hospitaliers dans le canton de Fribourg.

Sur le plan financier, les comptes évoluent en affichant un déficit chronique qui a tendance à s'aggraver pendant et après cette période de planification; le déficit global (enveloppe) passe de 137 254 129 CHF en 2007 à 189 651 871 CHF en fin 2011 (voir le Chapitre 4.4 et le Tableau 11)⁶².

Dans la nouvelle planification 2015, les besoins en soins sont exprimés à l'aide de facteurs tels que le nombre de cas (séjours), ainsi que le nombre de jours d'hospitalisation, par groupe de prestations et par région (zones). Pour définir les besoins de la population fribourgeoise jusqu'à l'horizon 2020, la Direction de la santé et des affaires sociales (DSAS) s'est basée sur la consommation réelle en soins stationnaires hospitaliers de l'année 2010, en la liant avec le paramètre de l'évolution démographique. Par ailleurs le virage ambulatoire-stationnaire et la baisse prévue de la durée moyenne de séjour sont aussi pris en compte. Finalement, une hausse des besoins en prestations hospitalières est attendue dans le canton de Fribourg, puisque la diminution espérée de la durée moyenne de séjour ne compense pas suffisamment l'évolution démographique. Le nombre de journées d'hospitalisation devrait augmenter de 18% entre 2010 et 2020⁶³.

⁶² Rapports annuels du HFR (Site internet officiel de l'HFR).

⁶³ Evaluation des besoins en soins hospitaliers pour la planification hospitalière 2015. DSAS de l'Etat de Fribourg. Juin 2014 (pg.11).

4. Les résultats des plans d'actions

4.1 Le nombre de lits

Malgré le passage à la planification des prestations actuellement, cette évaluation nous semble nécessaire puisqu'il s'agit d'objectifs prévus dans les planifications que nous analysons. De ce point de vue, il est possible d'évaluer les résultats en comparant l'écart de chaque canton par rapport à la réduction du nombre de lits projetée dans chacun des PA respectifs. La pondération sur le nombre total de lits avant le PA est nécessaire car l'importance d'erreur peut varier en fonction du nombre initial de lits.

En ce qui concerne le canton de Fribourg, nous constatons, comme prévue, une parfaite stabilité du nombre de lits de soins aigus entre 2008 et 2010 (voir le Tableau 9 et l'Annexe 14). Nous pouvons qualifier ce résultat comme une très bonne réussite puisque l'objectif est atteint comme planifié. Quant au cas de l'HNe, une réduction nette de 72 lits de soins aigus est effectuée pour 80 de prévue (dont 20 en tant que transformation de lits de soins aigus en lits de rééducation) sur un nombre initial total de lits de 556 (voir le Tableau 5 et l'Annexe 9). Nous considérons ce résultat aussi comme un succès puisqu'une réduction de 72 lits sur 80, donc avec un écart de 8 lits, correspond à un taux de réalisation de 90% par rapport à l'objectif initialement fixé.

La réduction des capacités en lits de soins aigus s'accompagne d'une augmentation des lits de rééducation dans les deux cantons, en nombre absolu et en proportion pour passer de 22% à 32% dans le canton de Neuchâtel et de 15% à 21% dans le canton de Fribourg entre les années précédentes aux PA étudiés et les années suivantes la fin de la période des PA. La diminution ou la contention de la DMS des soins aigus pendant cette période aurait aussi contribué à la réduction relative du nombre de lits de soins aigus.

4.2 La durée moyenne de séjour

La durée moyenne de séjour est un des critères d'évaluations mais aussi l'objectif principal de la planification hospitalière 2008 du canton de Fribourg. Pour simple rappel, le PA 2008 du canton de Fribourg avait choisi l'option visant à réduire la DMS au niveau du deuxième plus bas des cantons suisses. Néanmoins une augmentation de la DMS est à noter entre 2008 et 2011.

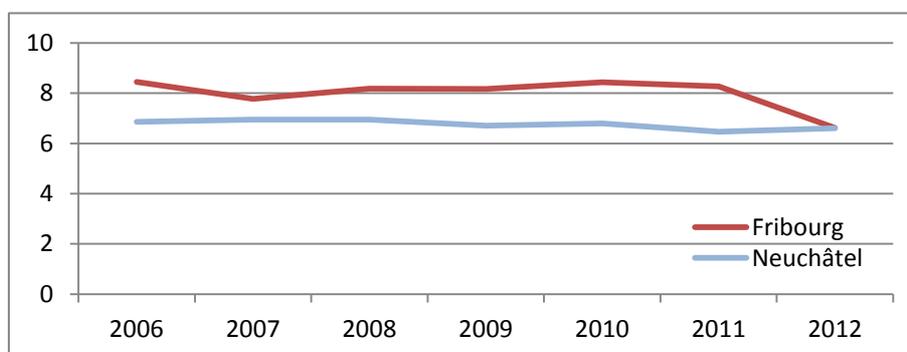


Figure 19: L'évolution de la DMS des soins aigus de la période de la planification étudiée⁶⁴.

⁶⁴ Les rapports annuels de l'HFR et les rapports de gestion de l'HNe.

La baisse finale importante visible sur le graphique du canton de Fribourg est essentiellement due à la modification du mode de calcul de la DMS de soins aigus à partir de 2012. Auparavant les soins de neuroréhabilitation marqués par une durée de séjour prolongée, en moyenne plus de 30 jours, étaient aussi inclus dans le calcul de la DMS de soins aigus.

Pourtant, l'augmentation modérée de la DMS de soins aigus en dehors de ce changement dans le mode de calcul, ne saurait mettre en cause le succès du PA du canton de Fribourg puisque les objectifs de la DMS sont prévus pour un terme allant jusqu'à 2020. Par ailleurs, l'absence d'objectifs financiers de court terme dans le PA du canton de Fribourg limitait aussi probablement la pression sur la DMS à court terme.

Quant au canton de Neuchâtel malgré l'absence d'objectif chiffré de la DMS, une baisse modérée et régulière est remarquable pendant la période du PA 2006-2009 et après.

4.3 Le flux sortant de patients (outflow)

La baisse du nombre de patients fribourgeois qui se font soigner dans le canton de Fribourg est partiellement compensée par l'augmentation du nombre de résidents pendant la même période. Or le nombre de neuchâtelois qui se font soignés dans le canton de Neuchâtel a baissée aussi en même temps que l'augmentation des neuchâtelois qui se font soigner dans d'autres cantons (flux sortant de patients, outflow) pendant la même période.

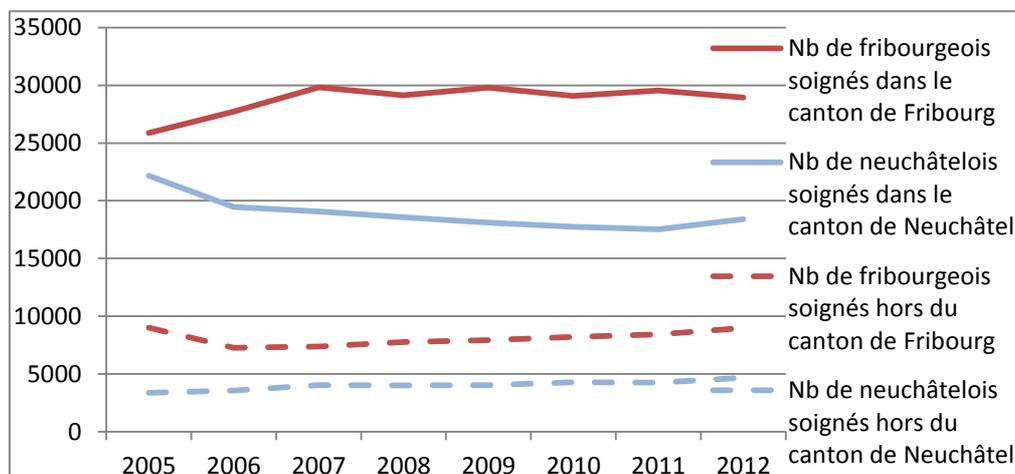


Figure 20: L'évolution du flux sortant de patients pendant la période de la planification étudiée⁶⁵.

Ce flux sortant de patients augmente régulièrement depuis 2005 dans les deux cantons (lignes discontinues). Plus en détail, en 2007, 20% et en 2011, 22% des patients fribourgeois ont choisi de se faire soigner dans d'autres cantons que leur canton de domicile (la période du temps entre l'année d'avant le PA et l'année d'après). Or le nombre absolu d'hospitalisations est resté quasiment stable pendant la même période dans le canton de Fribourg, avec aussi l'aide de l'évolution démographique favorable.

⁶⁵ Données extraites des tableaux croisés aimablement transmis par Monsieur M. Widmer (Obsan).

Alors que 13% des patients neuchâtelois avaient choisi de se faire soigner dans un hôpital d'autres cantons en 2005, ce taux est passé à 19% en 2010, soit une augmentation de près de 50%. Quant au nombre absolu de patients neuchâtelois ayant se faire soigner dans le canton de Neuchâtel, ceci est diminué aussi de 20% pendant la même période en passant de 22160 en 2005 à 17730 en 2010.

D'après les acteurs-politico-administratifs du terrain, la baisse de confiance de la population exacerbée par des agissements médiatiques et politiques ainsi que la fragmentation et le degré de centralité élevé des APA de la planification hospitalière retardant la mise en œuvre des mesures planifiées seraient en causes (voir le Chapitre 5 et l'Annexe 17). L'augmentation du flux sortant de patients pourrait être accentuée par l'absence de mesures directes dans les deux PA, visant les causes profondes de ce phénomène qui menace le système hospitalier dans les deux cantons.

4.4 L'évolution des comptes

Si nous prenons comme référence la première année du PA et l'année qui suit la période du PA (2006 et 2010 pour le canton de Neuchâtel et 2008 et 2011 pour le canton de Fribourg, les chiffres en gras dans les Tableaux 10 et 11), nous constatons une réduction de 13,5% du déficit pour le canton de Neuchâtel contre une aggravation du déficit de l'ordre de 22% pour le canton de Fribourg.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Résultat* d'exploitation	2 864 000	- 3 498 000	21 000	3 766	- 1 241 000	3 858 000	12 227 000	2 248 000
Subvention cantonale	182 004 000	182 000 000	192 236 000	194 000 000	155 614 000	161 526 000	162 500 000	157 276 000
Résultat hors subvention	-179 140 000	-185 498 000	-192 215 000	-193 996 234	-156 855 000	-157 668 000	-150 273 000	-155028000
Budget		-14 589 000	-8 753 000	0	-2 466 000	-4 218 000	66 000	-4 478 000

Tableau 10: L'évolution des comptes de l'HNe pendant la période de la planification étudiée⁶⁶.

La différence des résultats fribourgeois entre 2011 et 2012 (chiffres en gras dans le Tableau 11) de l'ordre de plus de CHF100 Millions provient de la contribution prévue de l'Etat fribourgeois dans les recettes médicales selon le nouveau financement.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Résultat global*	7467 313	-137 254 129	-155 263 936	-165 806 406	-172 044 347	-189 651 871	-5 402 362	+7 572 130
Etat FR PIG+fin. transit.							21 979 384 42 933 747	26 451 212 51 906 266
Résultat hors PIG et fin. transit.							-70 315 493	-70 785 348
Budget		-144 721 442	-155 461 560	-162 299 470	-173 01 698	-190 009 870	-15 286 760	+5 196 580

Tableau 11: L'évolution des comptes de l'HFR pendant la période de la planification étudiée⁶⁷.

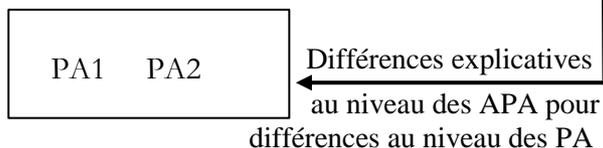
⁶⁶ Rapports de gestion de l'HNe, (*Charges nettes totales – Recettes totales).
<http://www.h-ne.ch/hne-communication-publications-rapport>

Dans le canton de Fribourg, est-ce que l'absence d'objectif financier de la planification 2008 a eu un impact sur ces résultats en dégradation? Sachant qu'il s'agit d'une dégradation prévue dans les budgets successifs, cette question nécessite néanmoins une recherche focalisée à ce sujet en vue d'éliminer toute autre cause éventuelle responsable de la dégradation des comptes avant d'y répondre par affirmatif. Or l'effet freinateur des objectifs financiers fixés par le canton de Neuchâtel sur les dépenses est clairement exprimé par ses acteurs politico-administratifs.

5. Le rôle et l'importance des arrangements politico-administratifs

En plus de certaines dimensions⁶⁸, nous analysons aussi les aspects structurels (le mode d'organisation, Figures 11,17) et fonctionnels (distribution des compétences, Tableau 13) des APA. Alors que les deux APA ont une similitude structurelle, les caractéristiques de leurs dimensions analysées affichent des différences non-négligeables.

Dimensions	APA Politique de planification hospitalière, Neuchâtel	APA Politique de planification hospitalière, Fribourg	Différences
Nombre d'acteurs	Multiactoriel	Multiactoriel	
Coordination horizontale	Fragmenté	Intégré	●
Coordination verticale	Enchevêtré	Enchevêtré	
Degré de centralité	Centralité élevé	Egalitaire	●
Degré de politisation	Fortement politisé	Modérément politise	●
Contextes homogènes ou hétérogènes	Homogène	Contexte neutre	
Le degré d'ouverture	Ouvert	Ouvert	



⁶⁷ Rapports annuels de l'HFR (Résultat global: Total des charges-Total des recettes d'exploitation).

<http://www.h-fr.ch/hfr/fr/pub/lhfr/portrait/activite/rappoannu.htm>

Déficit administratif: Déficit global - subvention des communes et produits de fonds (ce qui reste à la charge du canton).

⁶⁸ Il s'agit des dimensions dont l'analyse est proposée par Monsieur le Professeur P. Knoepfel (Knoepfel P., Larrue C., Varone F., Analyse et pilotage des politiques publiques, 2^{ème} édition, Zurich/Chur 2006). D'autres dimensions à analyser éventuellement proposées par d'autres auteurs ne sont pas exclues.

Tableau 12: La comparaison des APA neuchâtelois et fribourgeois de planification hospitalière.

Sur le plan structurel nous pouvons néanmoins citer l'absence de l'Office des hôpitaux et des institutions psychiatriques dans le canton de Fribourg où le SSP est directement en charge d'effectuer les recherches et les études nécessaires à la planification hospitalière.

Quant à l'analyse des caractéristiques, nous considérons l'APA du canton de Fribourg comme étant ouvert en raison de l'intensité des contacts sociaux effectués lors de la préparation et mise en œuvre du PA 2008. L'Office des hôpitaux et des institutions psychiatriques de Neuchâtel aussi qualifie leur APA pendant la période du 2006-2009 comme étant plutôt ouvert.

Par contre, pour cette période du PA 2006-2009, l'APA neuchâtelois présente un degré de centralité élevé et une forte politisation associés à une fragmentation horizontale qui vont de pair. Cette fragmentation, notamment entre la Direction de l'HNe et le CE serait une des causes des difficultés de mise en œuvre. Le poids très important du CE dans les décisions finales et parfois contre l'avis des experts provoquerait des retards de mise en œuvre voire des annulations de projets tout en contribuant à l'accentuation de la politisation⁶⁹.

	Canton de Fribourg			Canton de Neuchâtel		
	GC	CE/DSAS	CA-HFR	GC	CE/DFS	CA-HNe
Planification sanitaire		X		X	X	
Planification hospitalière		X			X	
Missions sites autorisés			X	X	X	
Fermeture des sites		X		X		
Budget			X		X	X
Haute surveillance	X				X	

⁶⁹ "Force a été de constater, pour nous comme pour notre consultant, que les arguments militant pour la deuxième variante, qu'ils soient organisationnels, médicaux ou économiques, sont indiscutables. D'autres instances (Conseil des hôpitaux, expert externe), ont pu exprimer leur accord avec notre vision, clairement soutenue par le Conseil d'administration et par la direction générale. Seuls des arguments politiques pouvaient conduire le Conseil d'Etat à pencher pour la première variante...Notre incompréhension face à cette prise de position est d'autant plus grande que la variante que nous préconisons (dite variante II), présentait des avantages déterminants...". H.Com, Bulletin interne de l'Hôpital neuchâtelois, N°16 / Janvier 2008 (l'Annexe 18)

Tableau 13: Le comparatif des compétences en matière de la politique de planification hospitalière⁷⁰.

En ce qui concerne les ressources, beaucoup de spécialistes du terrain s'accordent pour dire qu'il manque de l'information nécessaire à la réalisation des projets de planifications hospitalières (voir l'Annexe 19). Ceci soit en raison des difficultés de collecte et de coordination de la transmission des données soit à cause des retards d'études des données collectées.

Sur le plan fonctionnel, la distribution des compétences à l'intérieur des APA varie considérablement entre les cantons de Neuchâtel et de Fribourg par rapport à la réalisation de la planification hospitalière. Le 29 septembre 2009, le Grand Conseil neuchâtelois a accepté une modification de la LEHM du 30 novembre 2004 suite au déclenchement de nombreuses initiatives en réaction à des projets de planification hospitalière⁷¹.

Cette modification, plus précisément de l'article 12 al. 1 let b⁷², entrée en vigueur le 1er décembre 2009, donne une plus grande compétence décisionnelle au Parlement en matière de la politique hospitalière en attribuant au Grand Conseil la capacité d'approuver ou de refuser la stratégie en matière de la répartition des missions. Ceci, sans la possibilité d'amender les propositions validées par le CE, constitue au canton de Neuchâtel un potentiel permanent de fragmentation des APA pouvant causer des retards de mise en œuvre puisqu'en cas de refus le dossier doit simplement retourner au CE. Cette situation paraît aussi être contraire à la logique de productivité qui voudrait qu'on respecte plus les stratégies d'optimisation formulées par les techniciens spécialisés du domaine, dans notre cas le CdA, au lieu de les dénuer de leur compétence décisionnelle et de réduire leur position à celle d'un simple expert qui préavise.

En matière de la planification hospitalière, les décisions les plus courageuses ne sont donc mises en œuvre que grâce à la compétence décisionnelle étendue du CdA, comme cela a été le cas lors de la fermeture de l'Hôpital Châtel St-Denis dans le canton de Fribourg. Quant au CdA du HFR, la LHFR du 27 juin 2006 modifié en 2013 (822.0.1)

⁷⁰ Les flèches indiquent le sens du déplacement des compétences survenu dans le canton de Neuchâtel depuis 2009.

⁷¹ - L'initiative législative populaire cantonale "*En faveur d'un site unique femme-mère-enfant, cohérent, sûr et économique*".

- L'initiative législative populaire cantonale "*En faveur d'une médecine de proximité*".

- L'initiative communale (8 communes) "*Hôpital neuchâtelois, pour un retour des responsabilités*" portant révision de la loi sur l'Etablissement hospitalier multisite cantonal (LEHM)

- L'initiative législative populaire cantonale "*Initiative pour l'équilibre régional des missions hospitalières dans le Canton*".

⁷² LEHM Art. 12) 1 Le Grand Conseil:

a) adopte le budget et les comptes de l'EHM par le budget et les comptes de l'Etat;

b) approuve les options stratégiques s'inscrivant dans le cadre de la planification sanitaire prises par l'EHM.

2II est informé de la réalisation des objectifs de l'EHM par un rapport quadriennal établi par le Conseil d'Etat, conformément à l'article 83, alinéa 3, LS.

3II garantit si nécessaire les engagements de l'EHM.

impose la présence de trois membres du Grand Conseil dans sa composition en plus du conseiller d'Etat en charge du domaine de la santé⁷³. Cette politisation est aussi considérée par les acteurs politico-administratifs du terrain comme étant potentiellement frénatrice dans la prise de décisions qui s'imposent, par crainte de devoir affronter les conséquences électorales négatives.

Selon notre hypothèse H₁; *dans la résolution des problèmes publics similaires des APA de caractéristiques similaires sont nécessaires*, si les deux APA de caractéristiques similaires donnent de très bons résultats pour un même problème public, nous pourrions penser qu'un APA de ces caractéristiques est, peut-être, nécessaire sous réserve d'autres APA de caractéristiques différentes qui pourraient donner d'aussi bons résultats dans d'autres cantons. Si les deux APA de caractéristiques différentes donnent d'aussi bons résultats, nous pourrions alors être amenés à mettre en cause l'importance des APA dans les résultats.

Mais si parmi les deux APA de caractéristiques différentes l'un d'entre eux offrait un résultat meilleur, ceci renforcerait l'idée de l'importance de l'APA dans ces résultats et alors nous serions en mesure de dire, oui l'APA compte.

	APA similaires ^{74,75}	APA différents
Résultats similaires	Probablement l'APA compte et les caractéristiques de l'APA influencent les résultats.	L'importance de l'APA est discutable. Il est possible que d'autres facteurs aient une plus forte influence sur les résultats.
Résultats différents	L'importance de l'APA est discutable. Il est possible que d'autres facteurs aient une forte influence sur les résultats.	Probablement l'APA compte et les caractéristiques de l'APA influencent les résultats.

Tableau 14: Le schéma de notre raisonnement d'évaluation des résultats d'analyse des APA. La case bleue correspond à la conclusion que nous permet de déduire l'analyse de nos deux APA.

Dans notre travail, les APA sont structurellement similaires mais ils donnent des résultats différents. Le cas de Fribourg est considéré comme étant une réussite meilleure en raison des mise-en-œuvres comme prévues, la stabilité du flux sortant de patients et malgré l'aggravation du déficit qui est, en réalité, prévue dans le budget.

⁷³ LHFR Art. 10 Conseil d'administration

a) Composition

1 Le conseil d'administration se compose de neuf membres.

2 Les membres du conseil d'administration sont choisis en fonction de leurs compétences et de leur expérience dans les domaines de la santé ou de la gestion.

3 Le conseil d'administration compte parmi ses membres le conseiller d'Etat-Directeur ou la conseillère d'Etat-Directrice en charge du domaine de la santé ainsi que trois membres du Grand Conseil.

⁷⁴ Il s'agit de similitude des dimensions dont l'analyse est proposée par Monsieur le Professeur P. Knoepfel (Analyse et pilotage des politiques publiques, 2^{ème} édition, Zurich/Chur 2006).

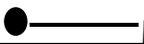
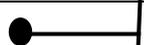
⁷⁵ Pour pouvoir en déduire une conclusion de certitude, d'autres études incluant un nombre plus important d'APA sont nécessaires comme par exemple l'analyse des APA de tous les cantons suisses mise en parallèle avec leurs résultats respectifs.

Les retards importants de mise en œuvre à Neuchâtel, comme cela a été le cas de la centralisation de la Maternité (même si elle ne faisait pas partie des mesures incluses dans le PA 2006-2009, elle a été projetée pendant la même période et l'APA de mise en œuvre a été le même), le déclenchement de multiples initiatives ou encore l'aggravation incessante du flux sortant de patients pousse l'état de réussite de la politique de planification hospitalière du canton de Neuchâtel au deuxième rang.

En fait quand nous regardons de près, sur le plan de leurs caractéristiques des dimensions que nous avons analysé et sur le plan fonctionnel (distribution des compétences), les APA des cantons de Neuchâtel et de Fribourg divergent (voir les Tableaux 12 et 13). Nous pensons donc que l'APA compte et ses caractéristiques influencent les résultats. Notre Hypothèse H₁ est alors vérifiée; dans la résolution des problèmes publics similaires, il est probable que des APA de caractéristiques similaires soient nécessaires. Ceci pourrait accentuer l'idée de la nécessité d'un benchmarking en matière des APA à la recherche d'un APA "optimal" pour un problème public et une politique donnés.

6. Le rôle et l'importance des plans d'actions

L'un des points communs des deux PA que nous venons d'analyser est le fait que ces deux PA ne sont pas directement préparés par les politiques mais par d'autres acteurs des APA, à savoir l'HNe dans le cas de Neuchâtel et le SSP dans celui de Fribourg. L'acceptation de la stratégie par l'autorité responsable, le Conseil d'Etat dans les deux cas, en deuxième temps, permet la possibilité d'une étape de correction des PA en augmentant les chances de réalisation de leurs mises en œuvre au prix d'un retard.

Dimensions	PA Politique de planification hospitalière, Neuchâtel	PA Politique de planification hospitalière, Fribourg	Différences
Explicite versus implicite	Explicite	Explicite	
Degré d'ouverture	Fermé	Ouvert	
Degré de discrimination	Elevé	Elevé	
Restructuration de l'APA	Pas de restructuration de l'APA	Pas de restructuration de l'APA	
Affectation de ressources	Claire	Peu ou pas claire	

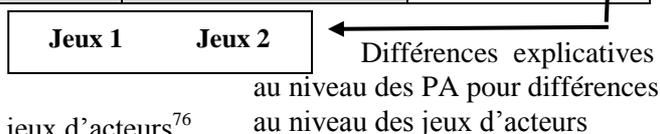


Tableau 15: La comparaison des PA et les jeux d'acteurs⁷⁶.

⁷⁶ Il s'agit des dimensions dont l'analyse est proposée par Monsieur le Professeur P. Knoepfel (Knoepfel P., Larrue C., Varone F., Analyse et pilotage des politiques publiques, 2^{ème} édition, Zurich/Chur 2006). D'autres dimensions à analyser éventuellement proposées par d'autres auteurs ne sont pas exclues.

Même s'il s'agit d'une méthodologie plutôt mixte dans les deux cas, l'attribution des capacités en lits hospitaliers est primordiale dans le cas de Neuchâtel, alors que c'est plutôt l'attribution des prestations qu'est l'essentielle dans le cas de Fribourg. En plus de cette différence méthodologique, les caractéristiques des dimensions de ces deux PA que nous avons analysés divergent aussi (voir le Tableau 15).

Selon notre hypothèse H₂; *dans la résolution des problèmes publics similaires des PA de caractéristiques similaires sont nécessaires*, si des PA de caractéristiques différentes, comme dans notre travail, avaient donné des résultats très divergents nous pourrions penser que probablement le PA a un poids important dans les résultats.

	PA similaires ^{77,78}	PA différents
Résultats similaires	Probablement le PA compte et les caractéristiques du PA influencent les résultats.	L'importance du PA est discutable. Il est possible que d'autres facteurs aient une plus forte influence sur les résultats.
Résultats différents	L'importance du PA est discutable. Il est possible que d'autres facteurs aient une forte influence sur les résultats.	Probablement le PA compte et les caractéristiques du PA influencent les résultats.

Tableau 16: Le schéma de notre raisonnement d'évaluation des résultats d'analyse des PA. La case bleue correspond à la conclusion que nous permet de déduire l'analyse de nos deux PA.

Mais au vu des bons résultats obtenus par nos deux PA de caractéristiques différentes par rapport aux objectifs initialement fixés par ces PA (réduction du nombre de lits, mise en œuvre des mesures concrètes de restructuration), la question de l'importance relative du PA par rapport à celle de l'APA semble se poser. Les deux PA de caractéristiques différentes aboutissent à une mise en œuvre réussie. L'importance du PA est alors discutable et l'influence d'autres facteurs que les caractéristiques des PA sur les résultats n'est pas exclue. Notre Hypothèse H₂ n'est donc pas vérifiée; dans la résolution des problèmes publics similaires, des PA de caractéristiques similaires ne paraissent pas être indispensables.

Des complémentarités sont possibles entre les deux cantons lors de la réalisation des PA comme dans l'exercice médical proprement dit. Cette complémentarité éventuelle des PA nécessiterait la prise en compte réciproque des ressources et des besoins en soins entre les cantons lors de la réalisation des PA. Plus concrètement une mise en réseau de la ressource humaine spécialisée, de la ressource information (systèmes informatiques) ou encore de la ressource infrastructure, de logistique comme les nouvelles technologies coûteuses d'imagerie diagnostique ou de radiologie interventionnelle pourrait améliorer l'efficacité de façon bilatérale.

⁷⁷ Il s'agit de similitude des dimensions dont l'analyse est proposée par Monsieur le Professeur P. Knoepfel (Analyse et pilotage des politiques publiques, 2^{ème} édition, Zurich/Chur 2006).

⁷⁸ Pour pouvoir en déduire une conclusion de certitude, d'autres études incluant un nombre plus important de PA sont nécessaires comme par exemple l'analyse de mêmes dimensions des PA de tous les cantons suisses mise en parallèle avec leurs résultats respectifs.

7. Discussions

Les résultats de notre analyse mettent en évidence une similitude structurelle entre les APA de mise en œuvre de la politique de planification hospitalière des cantons de Neuchâtel et de Fribourg, alors que sur le plan de leurs caractéristiques, nous constatons des différences importantes entre les APA des deux cantons.

Certaines caractéristiques des APA et des PA supposées conditionner la réussite et l'échec de mise en œuvre se confirment aussi dans notre analyse (le Tableau 17). Un APA intégré, peu centralisé, peu politisé et ouvert semble mieux réussir la mise en œuvre d'un PA. Quant aux PA mêmes, leurs mises en œuvre sont facilitées lorsqu'ils sont explicites, ouverts, discriminatoires et l'attribution des ressources est claire (voir le Tableau 15).

Conditions de réussite / risques d'échec de mise en œuvre			
	Descriptif des conditions pour		Mesures pour garantir le succès et éviter l'échec
	la réussite	l'échec	
PA	Explicite Ouvert Discriminatoire Attribution claire des ressources	Implicite Fermé Peu discriminatoire	Faire des PA explicites, discriminatoires, ouverts Intégrer tous les groupes d'acteurs du triangle de causalité dans l'élaboration du PA
APA	Intégré Peu centralisé Peu politisé Ouvert	Fragmenté Centralisé Hautement politisé Fermé	Constituer des APA intégrés, peu centralisés et ouverts, Eviter la politisation excessive que pourrait être responsable de jeux d'acteurs freinateurs

Tableau 17: Les conditions de réussite et de risques d'échec de mise en œuvre

Quand nous pensons à la portée de chacune des deux entités qui sont bien distinctes, malgré les rapports entre les deux, c'est-à-dire l'APA et le PA, il nous paraît légitime d'attribuer la responsabilité de l'évolution globale plutôt à l'APA qu'au PA. En effet les APA ne sont pas uniquement en charge de la mise en œuvre d'un PA à une période de temps donnée mais aussi du management de l'ensemble incluant tous les autres aspects, y compris ceux qui ne figurent pas dans les PA comme la poursuite de la mise en œuvre des projets précédents, la gestion de ressource humaine, les investissements en matériels techniques ou encore les collaborations avec d'autres sites hospitaliers etc.

Quant aux PA, eux, ne peuvent être jugés que par rapport, exclusivement, à la mise en œuvre des mesures qu'ils comportent. C'est ainsi que nous estimons la politique de planification hospitalière de la période concernée comme une réussite meilleure pour le

canton de Fribourg, alors que les PA de chacun des deux cantons sont mis en œuvre avec un franc succès.

Bien qu'en apparence les cantons jouissent d'une liberté décisionnelle en matière de la planification hospitalière, cette liberté est encadrée de plus en plus par des législations et des règles méthodologiques fédérales ou intercantionales (LAMal, CDS, CIMHS).

D'autre part, malgré l'existence des règles, des exigences précises pour l'attribution des prestations, l'absence de limitation de volume risque d'entretenir l'inefficience et le déficit financier qui s'en suit dans les années à venir. Les critères actuels d'attribution des mandats de prestations semblent être peu contraignants sous l'angle de la qualité et de l'efficience. Il faudrait encore plusieurs années pour que les indicateurs y figurant soient suffisamment développés et pertinents selon toute vraisemblance sous l'impulsion des pressions fédérales⁷⁹.

Les différents groupes constituant le triangle des acteurs peuvent chercher à participer directement ou indirectement à la définition des stratégies de planification hospitalière en se servant de leurs ressources disponibles et en essayant notamment d'influencer les acteurs politico-administratifs (l'Annexe 20).

Sur ce plan ressourciel, une utilisation plus efficiente des ressources humaines et financières ainsi que la disponibilité d'un système de gestion des ressources information semblent être indispensables lors de la réalisation de planifications hospitalières et ses adaptations. Les retards dans la disponibilité des données comme la durée moyenne de séjour, le taux d'occupation, le nombre annuel de cas, le flux de patients etc. retardent aussi l'adaptation des planifications hospitalières. Un système informatique centralisé ou mis en commun performant, permettant de suivre ces données de façon quasi instantanée pourrait être bénéfique d'abord sur le plan régional (cantons de Neuchâtel, Jura et Fribourg) puis fédéral et faciliter le benchmarking comme la collaboration intercantonale.

Selon les données de l'Obsan, les cantons de Neuchâtel et de Fribourg font partie des cantons qui exportent entre 20 et 30% des leurs patients (données de 2010). Or une étude comparative récente met en évidence une demande d'hospitalisation hors canton de résidence nettement plus élevée dans les cantons ne disposant pas d'hôpital universitaire (voir le Tableau 18).

Cantons	Demandes		Motifs de la demande	
	Par 1000 habitants	Refusées	Prestation non disponible	Urgence hors du canton de domicile
Sans hôpital universitaire (JU, NE, FR, VS, TI)	13,2	28%	79%	21%
Avec hôpital universitaire (VD, GE, BE)	2,5	36%	24%	76%

Tableau 18: Demandes d'hospitalisations hors canton, moyennes 1998-2009, pour les cantons membres du GRSP⁸⁰.

⁷⁹ Madame de Vos Bolay P., Présidente du Conseil d'administration des Hôpitaux jurassiens et du HNe.

⁸⁰ Pellegrini S., Luyet S., Séjours hospitaliers hors du canton de domicile, OBSAN rapport 55, 2012, s. pp 39-43

Ces demandes étaient en partie freinées avant le nouveau financement hospitalier et se soldaient parfois par un refus de prise en charge quand la demande n'était pas conforme aux règles; si la prestation nécessaire était disponible dans le canton de résidence ou s'il ne s'agissait pas d'une urgence survenue hors du canton de résidence, la prise en charge était alors refusée. Ce frein à la sortie des patients étant levé par la révision de la LAMal permettant le libre choix (art 41 al.1bis⁸¹), une augmentation d'environ 30% des patients qui se font soigner hors du canton de domicile est attendue si de nouvelles mesures ne sont pas prises.

La mise en compétition sans régulation suffisante des cantons qui ne disposent pas de moyens égaux, ni de structures démographiques et géographiques semblables, ne met-elle pas en péril le système de santé des cantons comme Neuchâtel et Fribourg qui ont déjà des difficultés à avoir la masse critique pour assurer la pérennité de certaines prestations fournies? Faudrait-il introduire une limitation au flux sortant de patients légalement autorisé chaque année sous forme d'un pourcentage maximal du nombre de résidents ayant eu besoin de soins de santé hospitaliers de chaque année précédente, en dehors des cas d'urgence et des cas de prestations non-fournies par le canton de résidence?

Développer et améliorer les indices de satisfaction comme éléments prédictifs du flux sortant de patients, analyser et réguler le flux sortant de patients éventuellement par des signatures de conventions bilatérales avec des hôpitaux de destination choisis pour un type de pathologie donné, améliorer les résultats médicaux proprement dits par recrutement des médecins hautement qualifiés à des fonctions de supervision réalisables en réseau, programmer des campagnes de communication continues expliquant à la population les avantages et la nécessité de se faire soigner, dans la mesure du possible, dans son canton de résidence pourraient être bénéfiques pour endiguer le flux sortant de patients.

8. Conclusions

Notre travail confirme la possibilité de constituer des APA et des PA de caractéristiques différentes en vue d'apporter une réponse satisfaisante à un même type de problème public. Il met aussi en évidence l'importance prépondérante des caractéristiques des APA que nous avons analysées dans le succès de la politique de planification hospitalière laissant penser à la nécessité d'un benchmarking à la recherche d'un APA de mise en œuvre "optimal". Quant aux PA, l'importance de leurs caractéristiques semble s'effacer par rapport à celles des APA.

⁸¹ *"En cas de traitement hospitalier, l'assuré a le libre choix entre les hôpitaux aptes à traiter sa maladie et figurant sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (hôpital répertorié). En cas de traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part respective de rémunération au sens de l'art. 49a jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence."*

Un APA intégré, égalitaire ou à degré de centralité modéré semble rencontrer moins de difficultés lors de la mise en œuvre des mesures décidées. Dans le canton de Neuchâtel la persistance du clivage et de la rivalité haut-bas continue à peser sur les décisions de planification hospitalière à travers la forte politisation de l'APA. D'autre part, les compétences décisionnelles que le GC s'est attribuée en matière de la planification hospitalière augmente encore le niveau de centralité et constitue une menace permanente de fragmentation de l'APA dans le canton de Neuchâtel.

Dans le canton de Fribourg il est frappant de constater l'absence d'objectifs financiers et les imprécisions dans l'affectation des ressources nécessaires à la mise en œuvre du PA malgré le déficit qui se creuse. Par ailleurs les résultats de la planification 2008 ne sont pas évalués par les critères utilisés lors de sa conception sachant que l'amélioration de la DSM est prévue pour un terme allant jusqu'à 2020.

De nombreuses complémentarités existantes ou futures sont possibles entre les planifications hospitalières des deux cantons comme la mise en réseau du personnel médical hautement qualifié ou de l'infrastructure hospitalière particulièrement coûteuse ou encore des collaborations sur le plan administratif. Une étude approfondie et comparative focalisée sur l'état des lieux des ressources et des besoins en prestations de soins de santé hospitaliers des deux cantons pourrait guider avec plus d'objectivité ces complémentarités.

Beaucoup de responsables politico-administratifs s'accordent pour admettre la nécessité d'une centralisation plus avancée et d'une mise en réseau plus développée afin de pouvoir améliorer encore l'efficacité des sites hospitaliers.

Savoir surmonter les blocages émotionnels qui laissent confronter les acteurs politico-administratifs aux populations, tout en conciliant les droits démocratiques avec les mesures courageuses qui s'imposent, semble encore rester comme le défi à relever dans les planifications hospitalières des prochaines années.

Bibliographie

- Achtermann W., Berset C.. Les politiques suisses de santé – potentiel pour une politique nationale (Vol.I, 2006).
- Christen A., Hänggi P., Kraft C., Künzi D., Merki M., Ruffner J., Système de santé suisse 2013, Le marché hospitalier en mutation (Credit Suisse Global Research).
- Gilliand, P. (1980), L'hospitalisation en Suisse: statistiques 1936-78, ISH, Aarau, 1980.
- Knoepfel P., Larrue C., Varone F., Analyse et pilotage des politiques publiques, 2^{ème} édition, Zurich/Chur 2006.
- Krüger R., Application de l'article 39 LAMAL: Planification hospitalière. Cadre global et étude de la méthodologie d'évaluation des capacités hospitalières futures nécessaires.
- Morger M., Coût et financement du système de santé en 2006, Résultats détaillés 2006 et évolution récente (OFS).
- Moser M., Analyse des fondements juridiques de la planification hospitalière suite à la révision de la LAMal (LF du 21.12.2007), 2010.
- Pellegrini S., Luyet S., Séjours hospitaliers hors du canton de domicile, OBSAN rapport 55, 2012, s. pp 39-43.
- Rossini S., Crivelli R. Bolgiani I., Clausen A., Prélaz D., Scalici F., Allocation des ressources et cohérence du système suisse de santé. Recherche réalisée dans le cadre du Fonds national de la recherche scientifique – DORE. 2012.
- Rossini S., Gouvernance des planifications hospitalières: la quadrature du cercle, (Rev Med Suisse 2014;10:455-457).
- Weaver F., Cerboni S., Oettli A., Andenmatten P., Widmer M.. Modèle de projection du recours aux soins comme outil d'aide à la planification hospitalière. Document de travail 32 (Pp.12). Décembre 2008, Obsan.

Rapports, plans, études, médias, liens électroniques (consultés en 2014)

- Bases de la planification hospitalière et pistes de développement. Rapport du Conseil fédéral du 18 décembre 2013 du 18 décembre 2013, en réponse aux postulats; 09.4239 « Réduction du nombre d'hôpitaux en Suisse » du 11 décembre 2009, et 10.3753 « Listes hospitalières des cantons. Fixer des critères clairs pour prévenir l'arbitraire » du 29 septembre 2010
- Guide pour une planification hospitalière liée aux prestations. Rapport du comité « Planification hospitalière liée aux prestations » à l'intention du Comité directeur de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). Berne, juillet 2005
- Politique de planification hospitalière du canton de Neuchâtel; La fermeture de l'Hôpital des Cadolles et la réorganisation de l'Hôpital de la Chaux-de-Fonds. Travail de cours effectué à l'IDHEAP lors du module de Politiques publiques comparées, l'automne 2013, M.Sonmez.
- Plan d'actions de l'hôpital neuchâtelois (2006-2009)
http://www.h-ne.ch/d2wfiles/document/149/5517/0/1e_2b_3c_4a_planAction_valide.pdf
- Evaluation des besoins en soins hospitaliers pour la planification hospitalière 2015. DSAS de l'Etat de Fribourg. Juin 2014.
http://www.fr.ch/cha/files/pdf62/140314_Rapport_evaluation_besoins_hospitaliers_FR.pdf
- Planification hospitalière du canton de Fribourg. Rapport publié par le SSP, Fribourg, le 31 mars 2008
https://www.fr.ch/dsas/files/pdf3/rapport_2008_31.03.08.pdf

Rapport final du projet StrateGO. Étude de faisabilité sur le thème de la centralisation des soins aigus à l'HFR. Équipe de projet StrateGO, Décembre 2012

https://www.fr.ch/dsas/files/pdf53/Annexe_1_Rapport_final_projet_StrateGO_F.pdf

Radiographie du domaine de la santé. Des coûts élevés justifiés? Login, Juin 2013. Groupe mutuel

http://www.groupe-mutuel.ch/content/dam/gm/docs/fr/groupe-mutuel/login/2013/login_3_2013.pdf

Rapports de gestion de l'HNe

<http://www.h-ne.ch/hne-communication-publications-rapport>

Rapports annuels de l'HFR

http://www.h-fr.ch/hfr/fr/pub/lhfr/telecharg/rapport_annuel.htm

Ordonnance du 31 mars 2008 fixant la liste des hôpitaux du canton de Fribourg

https://www.fr.ch/publ/files/pdf13/2008_037_f.pdf

H.Com, Bulletin interne de l'Hôpital neuchâtelois, N°16 / Janvier 2008

http://www.h-ne.ch/d2wfiles/document/581/5517/0/H_com_16_01_08.pdf

Ce que coûtent vraiment les hôpitaux, Le Temps, le 18.11.2011

http://www.letemps.ch/Page/Uuid/ea7d6eb0-4f99-11e3-ad54-6076c4bda28c/Ce_que_coûtent_vraiment_les_hôpitaux#.UqMA7tLuJ8E

En 15 ans, 120 hôpitaux de moins, Le Temps, le 18.11.2011.

<http://www.letemps.ch/Page/Uuid/ea1b6d96-4f99-11e3-ad54-6076c4bda28c%7C0#.UpDbFtJWx8E>

La Santé ressoude Neuchâtel, Le Temps, le 25.11.2013

http://www.letemps.ch/Facet/print/Uuid/cda6d902-5543-11e3-9192-a2e8501777cc/La_Santé_ressoude_Neuchâtel

La victoire de Laurent Kurth, L'hebdo.ch, Neuchâtel, le 24.11.2013

<http://www.hebdo.ch/les-blogs/la-rédaction-en-ligne/neuchâtel-la-victoire-de-laurent-kurth>

Le portail statistique suisse de l'OFS

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/03/blank/key_kant/03/24.html

Site officiel du canton de Neuchâtel

http://www.ne.ch/medias/Pages/140521_Planification-hospitalière.aspx

Site internet officiel de l'Etat de Fribourg

http://www.fr.ch/ww/fr/pub/actualites.cfm?fuseaction_pre=Detail&NewsID=47364

Site internet officiel de l'Etat de Fribourg;

http://www.fr.ch/ww/fr/pub/actualites.cfm?fuseaction_pre=Detail&NewsID=43938

Site internet officiel de l'Etat de Fribourg

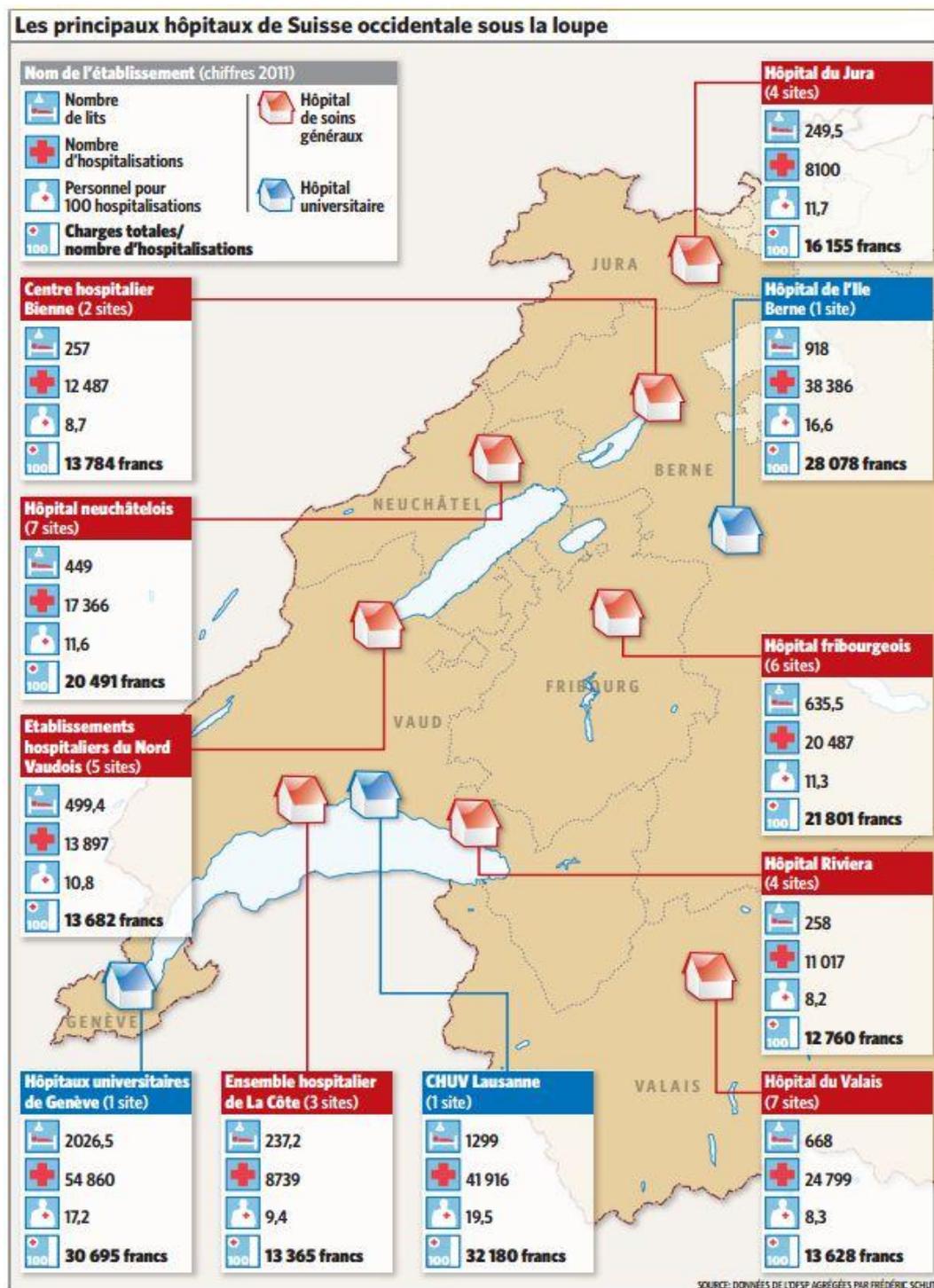
http://www.fr.ch/ww/fr/pub/actualites.cfm?fuseaction_pre=Detail&NewsID=46656

Le portail statistique suisse de l'OFS. D'après les données de la Statistique des hôpitaux de l'OFS, tabl. D.1., 1998-2008, <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/03/01/data/04.htm> et tabl. 14.3.2.2, 2009-2011, <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/03/01/key/01.html>

Graphique OFSP d'après les données de la Statistique des hôpitaux de l'OFS, tabl. D.1., 1998-2008, <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/03/01/data/04.htm> et tabl. 14.3.2.2, 2009-2011, <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/03/01/key/01.html>

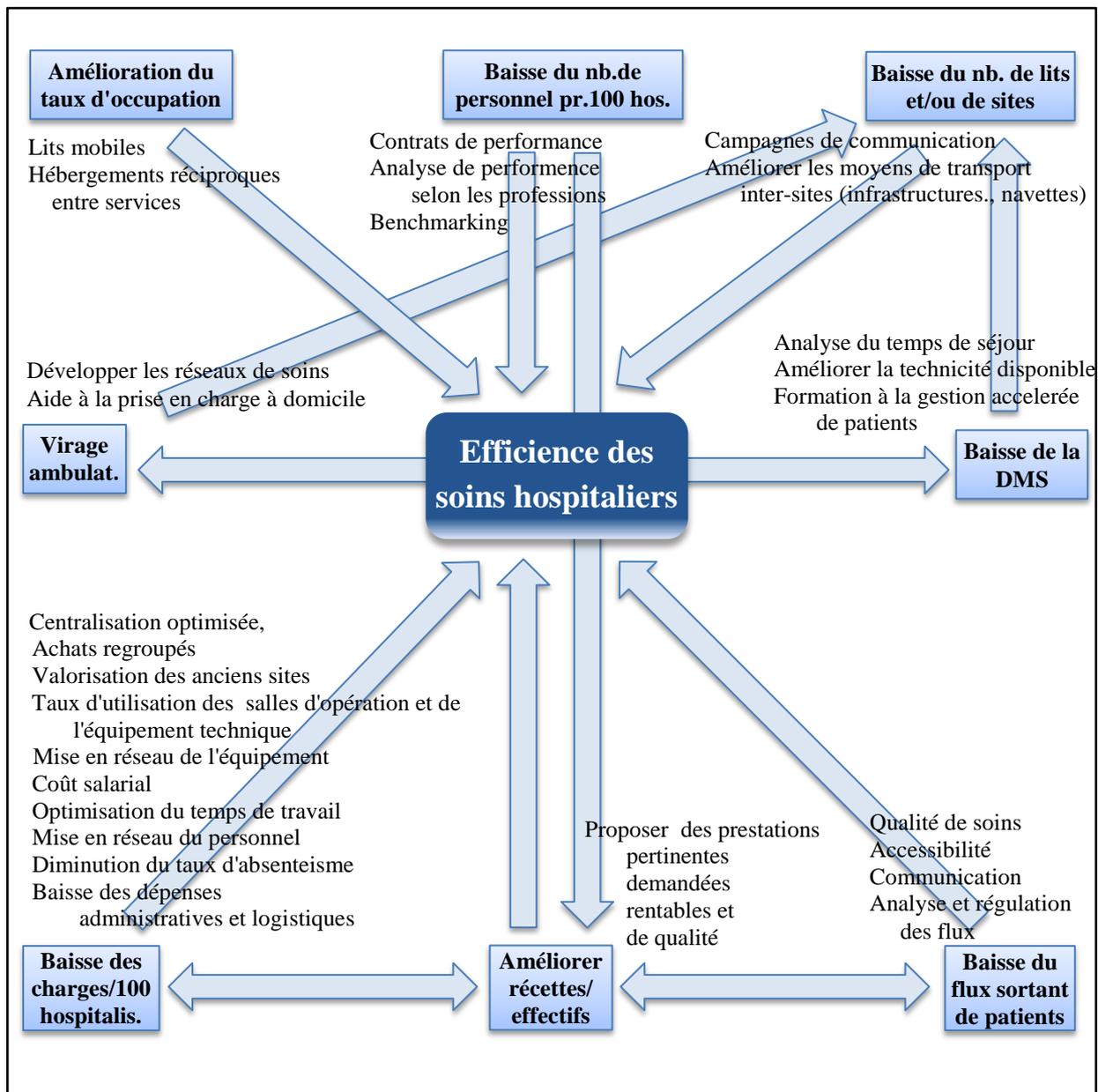
Annexes:

Annexe 1: Comparatif des hôpitaux de la suisse orientale.⁸²



⁸² Le Temps, le 18.11.2011, Ce que coûte vraiment les hôpitaux. http://www.letemps.ch/Page/Uuid/ea7d6eb0-4f99-11e3-ad54-6076c4bda28c/Ce_que_coûtent_vraiment_les_hôpitaux#.UqMA7tLuJ8E

Annexe 2: Les facteurs de l'efficacité des soins hospitaliers et les pistes d'influence possibles⁸³



⁸³ Le modèle d'efficacité des soins hospitaliers avec une liste non-exhaustive des facteurs sur lesquels il est possible d'agir(modélisation personnelle susceptible d'évoluer). Ces facteurs servent aussi de paramètres d'objectifs et de critères d'évaluation; les flèches indiquent le sens des interactions entre ces différents facteurs.

Annexe 3: L'article 39 de la loi sur l'assurance maladie (LAMal) modifiée le 21 décembre 2007

LAMal

Art. 39¹Hôpitaux et autres institutions

¹ Les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis s'ils:

- a.garantissent une assistance médicale suffisante;
- b.disposent du personnel qualifié nécessaire;
- c.disposent d'équipements médicaux adéquats et garantissent la fourniture adéquate des médicaments;
- d.correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate;
- e.figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats.

² Les cantons coordonnent leurs planifications.²

^{2bis} Dans le domaine de la médecine hautement spécialisée, les cantons sont tenus d'établir conjointement une planification pour l'ensemble de la Suisse. Si les cantons n'effectuent pas cette tâche à temps, le Conseil Fédéral détermine quels hôpitaux figurent pour quelles prestations sur les listes cantonales.³

^{2ter} Le Conseil fédéral édicte des critères de planification uniformes en prenant en considération la qualité et le caractère économique. Il consulte au préalable les cantons, les fournisseurs de prestations et les assureurs.⁴

³ Les conditions fixées à l'al. 1 s'appliquent par analogie aux maisons de naissance, aux établissements, aux institutions et aux divisions d'établissements ou d'institutions qui prodiguent des soins, une assistance médicale et des mesures de réadaptation à des patients pour une longue durée (établissements médico-sociaux).⁵

¹ Voir aussi les dips. trans. de la mod. du 21 juin 2013.

² Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2009 (RO 2008 2049; FF 2004 5207).

³ Introduit par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2009 (RO 2008 2049; FF 2004 5207).

⁴ Introduit par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2009 (RO 2008 2049; FF 2004 5207).

⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2009 (RO 2008 2049; FF 2004 5207).

Annexe 4: L'article 58 de l'ordonnance sur l'assurance maladie (OAMal) entrée en vigueur le 1er janvier 2009

OAMal	Section 11 ^u Critères de planification
Art. 58a Principe	<p>¹ La planification en vue de couvrir les besoins en soins (art. 39, al. 1, let. d, LAMal) garantit aux habitants des cantons qui l'établissent le traitement hospitalier à l'hôpital ou dans une maison de naissance ainsi que le traitement dans un établissement médico-social.</p> <p>² Les cantons réexaminent périodiquement leurs planifications.</p>
Art. 58b Planification des besoins en soins	<p>¹ Les cantons déterminent les besoins selon une démarche vérifiable. Ils se fondent notamment sur des données statistiquement justifiées et sur des comparaisons.</p> <p>² Ils déterminent l'offre utilisée dans des établissements qui ne figurent pas sur la liste qu'ils ont arrêtée.</p> <p>³ Ils déterminent l'offre qui doit être garantie par l'inscription d'établissements cantonaux et extra-cantonaux sur la liste visée à l'art. 58e afin que la couverture des besoins soit assurée. Cette offre correspond aux besoins déterminés conformément à l'al. 1, déduction faite de l'offre déterminée conformément à l'al. 2.</p> <p>⁴ Lors de l'évaluation et du choix de l'offre qui doit être garantie par la liste, les cantons prennent notamment en compte:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. le caractère économique et la qualité de la fourniture de prestations; b. l'accès des patients au traitement dans un délai utile; c. la disponibilité et la capacité de l'établissement à remplir le mandat de prestation selon l'art. 58e. <p>⁵ Lors de l'examen du caractère économique et de la qualité, les cantons prennent notamment en considération:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. l'efficacité de la fourniture de prestations; b. la justification de la qualité nécessaire; c. dans le domaine hospitalier, le nombre minimum de cas et l'exploitation des synergies.
Art. 58c Type de planification	<p>La planification s'effectue de la manière suivante:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. pour la couverture des besoins en soins des assurés dans les hôpitaux pour le traitement des maladies somatiques aiguës, ainsi que dans les maisons de naissance, la planification est liée aux prestations; b. pour la couverture des besoins en soins des assurés pour la réadaptation ou le traitement psychiatrique à l'hôpital, la planification est liée aux prestations ou aux capacités; c. pour la couverture des besoins en soins des assurés dans les établissements médico-sociaux, la planification est liée aux capacités.
Art. 58d Coordination intercantonale des planifications	<p>Dans le cadre de l'obligation de coordination intercantonale des planifications, visée à l'art. 39, al. 2, de la loi, les cantons doivent:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. exploiter les informations pertinentes concernant les flux de patients et les échanger avec les cantons concernés; b. coordonner les mesures de planification avec les cantons concernés par celles-ci dans la couverture de leurs besoins.
Art. 58e Listes et mandats de prestations	<p>¹ Les cantons inscrivent sur leur liste visée à l'art. 39, al. 1, let. e de la loi, les établissements cantonaux et extra-cantonaux nécessaires pour garantir l'offre déterminée conformément à l'art. 58b, al. 3.</p> <p>² Les listes mentionnent pour chaque hôpital l'éventail de prestations correspondant au mandat de prestations.</p> <p>³ Les cantons attribuent à chaque établissement sur leur liste un mandat de prestations au sens de l'art. 39, al. 1, let. e de la loi. Celui-ci peut contenir notamment l'obligation de disposer d'un service d'urgence.</p>

Annexe 5: Planification des domaines de la médecine hautement spécialisée; la Convention intercantonale sur la médecine hautement spécialisée (CIMHS)⁸⁴

<p>Art. 7 Principes généraux de la planification</p>	<p>1 Afin de bénéficier de synergies, il convient de veiller à ce que les prestations hautement spécialisées soient concentrées dans un nombre limité de centres universitaires ou multidisciplinaires.</p> <p>2 La planification prévue par la présente convention doit être concertée avec celle du domaine de la recherche. Des incitations à la recherche doivent être créées et coordonnées.</p> <p>3 La planification tient compte des interdépendances entre les différents domaines médicaux hautement spécialisés.</p> <p>4 La planification comprend les prestations qui sont cofinancées par les assurances sociales suisses.</p> <p>5 On tiendra compte dans la planification de l'accès aux soins urgents.</p> <p>6 La planification tient compte des prestations du système de santé suisse en faveur de l'étranger.</p> <p>7 Lors de la planification, la coopération avec les pays voisins peut être favorisée.</p> <p>8 La planification peut s'effectuer par étapes.</p>
<p>Art. 8 Principes spécifiques de la planification des capacités</p>	<p>1 Les principes suivants sont à respecter lors de l'attribution des capacités :</p> <p>a. La totalité des capacités disponibles en Suisse est calculée de telle façon qu'elle ne dépasse pas le nombre de traitements prévisible d'après une appréciation critique complète.</p> <p>b. Le nombre de cas de traitement obtenu pour une installation particulière et pour une période donnée ne doit pas se situer en dessous de la masse critique en termes de sécurité médicale et de rentabilité.</p> <p>c. Les possibilités de collaboration avec des centres étrangers peuvent être prises en compte.</p>
<p>Art. 9 Répercussion sur les listes cantonales des hôpitaux</p>	<p>1 Les cantons signataires transfèrent à l'organe de décision MHS leur compétence conformément à l'article 39, alinéa 1, lettre e) LAMal d'arrêter la liste des hôpitaux pour le domaine de la médecine hautement spécialisée.</p> <p>2 A partir du moment où sont effectives la désignation d'un domaine de la médecine hautement spécialisée et son attribution par l'organe de décision MHS aux centres chargés de la réalisation de la prestation concernée conformément à l'article 3, alinéas 3 et 4, les admissions divergentes sur les listes cantonales des hôpitaux sont annulées dans une mesure correspondante.</p>

⁸⁴ Version du 14.03.2008, entrée en vigueur le 01.01.2009

Annexe 6: Le triangle des acteurs de la politique de planification hospitalière – Le modèle de causalité

Autorités politico-administratives

- Niveau fédéral : Chambres fédérales (CSDS)
Conseil Fédéral, OFSP, OFS (Obsan)
Tribunal administratif fédéral
- Niveau intercantonal: CDS(Organe MHS), CLASS-GRSP
- Niveau cantonal : Conseil d'Etat (SSP de DFS ou DSAS)
GC (Commission de santé)
Le CdA et la Direction générale de l'HN

Hypothèses d'intervention

Si les acteurs politico-administratifs veulent changer le comportement des patients alors ils créent une structure hospitalière garantissant un accès à des soins de santé de qualité en exigeant des administrations hospitalières la mise en place d'évaluations régulières de la qualité des prestations fournies à la population, en veillant à la distribution géographique équilibrée des sites hospitaliers et en améliorant l'infrastructure nécessaire pour atteindre ces sites en temps utile.

Si les acteurs politico-administratifs veulent changer le comportement des médecins exerçant dans un cabinet privé alors ils clarifient les missions spécifiques à l'hôpital cantonal et aux cliniques privées et mettent à la disposition des médecins un système d'informations performant permettant un échange optimal des données des patients.

Si les acteurs politico-administratifs veulent encourager le développement des réseaux de soins à domicile alors ils formalisent des partenariats avec ces derniers et assurent une coordination avec les structures hospitalières cantonales.

Problème public

L'inadéquation des soins hospitaliers responsable de la dépendance du domaine de la santé aux lois du marché pouvant conduire à une desserte insuffisante en soins, à une sous dotation régionale, à une baisse de la qualité des prestations de santé et à l'instauration d'une société à deux vitesses n'assurant plus l'égalité d'accès aux soins et compromettant par-là, la cohésion sociale.

Hypothèse causale

Si les acteurs politico-administratifs veulent résoudre le risque d'inadéquation entre l'offre et la demande en soins hospitaliers alors ils interviennent directement sur les patients pour leur garantir une accessibilité à un hôpital cantonal fournissant des soins de santé de qualité et avec un équilibre régional ainsi que sur les cabinets médicaux privés et les réseaux de soins à domicile pour leur garantir une collaboration avec cette structure.

Tiers perdants

Fournisseurs et sous-traitants des hôpitaux fermés
Professionnels de la santé amenés à se déplacer

Groupes cibles

Les patients
Les cabinets médicaux et
Les réseaux de soins à domicile privés sauf ceux qui exercent en "libre entreprise"

Tiers gagnants

Les assurés, les patients, le personnel médical et para-médical en formation, les commerces domiciliés à proximité des sites hospitaliers maintenus à l'exception des domaines qui font l'objet du marché public
Assureurs maladie

Bénéficiaires finaux

Les citoyens ne disposant pas d'assurance complémentaire privée
Les patients nécessitant des soins de haute technicité

Annexe 7: Description détaillée des événements concrets récents concernant les sites hospitaliers neuchâtelois⁸⁵.

Année		C	dC	S
1999-2002	Le service de Gynécologie-obstétrique de l'Hôpital du Locle est fermé			
	Le service de chirurgie de l'Hôpital du Locle est fermé			
	La Maternité de l'Hôpital de La Beroche est fermée			
	Le service de chirurgie de l'Hôpital de La Beroche est fermé			
2003	Le GC réorganise les missions: l'Hôpital Pourtalès, l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds ainsi que celui de Val de Travers restent comme les centres de soins aigus			
2005	Ouverture du Nouvel Hôpital Pourtalès			
	Fermeture de l'Hôpital des Cadolles			
	Création de l'EHM (soutenu par le peuple en 2005)			
2006-2009	Création de l'HNe			
	Transformation des 20 lits A sur le site du Val de Travers en 20 lits B			
	Fermeture de 60 lits sur les deux sites principaux et à l'Hôpital de la Providence			
	Transfert de soins aigus, de chirurgie, de gynécologie obstétrique et des urgences du site Val-de-Travers			
2010	Création du centre unique mère-enfant à Pourtalès			
	Fermeture de la Maternité de La Chaux-de-Fonds			
2011-2014	Un pôle chirurgical stationnaire de court séjour et ambulatoire est créé sur le site de CDF;			
	La chirurgie stationnaire complexe est fournie sur le site de PRT *			
	Le pôle oncologique est localisé sur le site de CDF et intègre de nouvelles compétences liées à la sénologie;			
	Un pôle de l'appareil locomoteur est créé sur le site de PRT et intègre de nouvelles compétences en matière de chirurgie du rachis;			
	Le pôle femme-mère-enfant est localisé à PRT;			
	Des services médicaux d'urgence et de réanimation (SMUR) sont localisés sur les sites de CDF, PRT et VDT;			
	Des Centres de diagnostic et de traitement (CDT), comprenant notamment les polycliniques et services d'urgences actuels, mais également d'autres prestations ambulatoires de proximité, ouverts 7jours/7 jours et 24heures/24 heures, sont localisés sur les sites de CDF et PRT;			
	Des prestations de médecine interne sont proposées sur les sites de CDF et PRT;			

⁸⁵ C: Effet centralisateur, dC: Effet décentralisateur, S: Sans effet sur la centralité, status quo. L'augmentation du nombre de lits peut avoir un effet centralisateur ou décentralisateur selon le lieu concerné; de même une réduction de nombre de lits. PRT: Pourtalès, CDF: La Chaux-de-Fonds, VDT: Val de Travers

Annexe 8: Liste chronologique des rapports et planifications hospitalières du canton de Neuchâtel**Rapports et planifications hospitalières du canton de Neuchâtel**

Analyse de la situation et propositions de l'ISH au Grand Conseil, 1983

Rapport de planification au CE et le projet de planification de Michel von Wyss, 1992

Rapport de planification du Conseil d'Etat présenté au Grand Conseil, 1995

Rapport de planification au CE, 1997

Planification sanitaire cantonale, Santé 21, 1998

Plan d'actions portant sur la période 2006-2009

Plan stratégique: 21 Propositions de répartition des missions, en 2011 et les "17 options stratégiques pour HNe" Groupe de pilotage politique, 2012.

Rapport du DSAS au CE concernant la planification hospitalière neuchâteloise 2012-2014

Plan stratégique à l'horizon 2015

Annexe 9: Les actions prévues dans le PA 2006-2009 de l'Hôpital neuchâtelois.

Mesures	Explications
Adaptation du dispositif de lits A (lits de soins aigus)	- transformation des 20 lits A sur le site du Val de Travers en 20 lits B - fermeture de 60 lits sur les deux sites principaux et à l'Hôpital de la Providence
Modification de la mission du site du Val-de-Travers	- transfert de soins aigus, de chirurgie, de gynécologie obstétrique et des urgences - nouvelle mission de rééducation et de gériatrie
Adaptation du dispositif de lits B (lits de rééducation)	- la Béroche et du Locle, confirmer la mission B de suites de traitements et de gériatrie - Le Val-de-Travers, étendre la mission B de gériatrie et suites de traitements à la totalité des Lits (l'augmentation puis rediminution de 20 lits) - Le Val-de-Ruz, confirmer la mission B de suites de traitements et de gériatrie et mettre en œuvre la mission de réadaptation des affections neurologiques et de l'appareil locomoteur
Départements médicaux cantonaux Transfert pédiatrie sur un site Fermeture des policliniques régionales Départements transversaux Politique d'achats globale Optimisation de la gestion financière Gestion centralisée des assurances Gestion des patients extracantonaux Location des surfaces de psychogériatrie Subventionnement des crèches Prévoyance professionnelle avec caisse de pensions unique	

Annexe 10: L'état de réalisation des mesures prévues dans le PA neuchâtelois 2006-2009⁸⁶

Mesures du plan d'actions réalisées	Montant prévu	Montant réalisé
	En francs	En francs
Adaptation du dispositif des lits A (soins aigus) - diminution du nombre de lit.	-6'200'000	-4'906'000
Création de départements transversaux (DG, RH, Finances, logistique, soins) afin d'uniformiser les modes de fonctionnement au sein de l'HNe.	-1'500'000	-2'245'000
Optimisation de la gestion financière en optant pour une structure unique permettant d'implémenter des mécanismes financier plus performants tant pour la gestion de la trésorerie que pour la gestion des emprunts.	-1'300'000	-1'170'000
Location des surfaces de psychogériatrie du site du Locle à l'hôpital psychiatrique de Perreux qui les gère médicalement et administrativement depuis 2006.	-1'000'000	-1'000'000
Modification des missions du Val-de-Travers en supprimant l'activité de soins aigus de ce site (disparition de l'activité chirurgicale ainsi que celle de gynécologie-obstétrique, fermeture du centre des urgences).	-800'000	-1'000'000
Subventionnement des crèches de la Chaux-de-Fonds et de Pourtalès en les intégrant au plan d'équipement cantonal.	-1'000'000	-800'000
Gestion des assurances centralisée. Dans la configuration antérieure à la création de l'HNe, chaque établissement gérait de manière autonome son portefeuille d'assurance. La DG de HNe va reprendre l'ensemble des contrats d'assurance et procéder à une gestion centralisée et harmonisée.	-700'000	-700'000
Politique d'achat globale. La centralisation et la professionnalisation des achats permet notamment d'améliorer le pouvoir de négociation.	-1'500'000	-700'000
Total des mesures d'économie	-14'000'000	-12'521'000
Mesures du plan d'actions non-réalisées	Montant prévu	Montant réalisé
	En francs	En francs
Répartition des missions (départements médicaux et pédiatrie) avec la création de départements médicaux à vocation cantonale. La réorganisation des entités médicales va induire des changements de missions sur les sites de soins aigus.	-1'000'000	0
Adaptation du dispositif des lits B (réadaptation, gériatrie, suites de traitements) - diminution du nombre de lit.	-2'000'000	0
Fermeture des policliniques régionales du Locle, de la Béroche et du Val-de-Ruz.	-600'000	0
Prévoyance professionnelle avec caisse de pensions unique au lieu d'une affiliation de l'HNe à plusieurs caisses de pensions.	-2'500'000	+ 500'000
Mise en œuvre d'une gestion centralisée et efficace des patients hors canton, notamment par la mise en place d'un système de suivi "en temps réel" des patients neuchâtelois hospitalisés hors du canton.	-1'000'000	+ 2'500'000
Total des mesures d'économie	-7'100'000	+ 3'000'000
Certaines mesures n'ont pas été encore réalisées par HNe car elles sont en attente de décisions du Conseil d'Etat (comme par exemple la fermeture des policliniques régionales).		

⁸⁶ Tableau aimablement transmis par Monsieur Blatti L., Chef d'Office des hôpitaux et des institutions psychiatriques du DFS du canton de Neuchâtel et adjoint au chef de service de la santé publique.

Annexe 11: Description détaillée des événements concrets récents concernant les sites hospitaliers fribourgeois⁸⁷.

Année		C	dC	S
1997	L'hôpital de Riaz désigné comme centre de soins aigus			
	Billens et Châtel-St-Denis deviennent des CT			
1999	Création de l'HIB par Payerne et Estavoyer			
2000	Création de l'Hôpital Sud Fribourgeois par les sites Riaz, Ch. St-Denis et Billens			
2003	Fermeture de la Maternité de Meyriez			
2006	Création du RHFR			
2007	Création de l'HFR			
2008-2012	Attribution des activités permanentes de cardiologie interventionnelle, Concentration de l'activité de chirurgie pneumologique avec suppression dans les autres établissements à Fribourg			
	Concentration de l'activité de chirurgie endocrinologique à Fribourg et à l'Hôpital Daler avec suppression dans les autres établissements			
	Suppression de l'activité de chirurgie gynécologique et de chirurgie uro-néphrologique, Tavel			
	Attribution d'un mandat pour un service d'urgences stationnaires 7 jours / 7 jours et 24 heures / 24 heures et mise en place d'une unité de soins continus, Tavel			
	Suppression de l'activité chirurgicale (chirurgie générale et orthopédique), Meyriez			
	Maintien d'une activité de soins aigus en médecine (avec possibilité de prise en charge des cas non programmés), Meyriez			
	Attribution d'un mandat pour un service d'accueil d'urgences 7 jours / 7 jours et 24 heures / 24 heures, Meyriez			
2013	Maternité de Riaz regroupé avec celle de l'H. Cantonal de Fribourg			
2014	Fermeture du Site de Châtel St.-Denis			

⁸⁷ C: Effet centralisateur, dC: Effet décentralisateur, S: Sans effet sur la centralité, status quo. L'augmentation du nombre de lits peut avoir un effet centralisateur ou décentralisateur selon le lieu concerné; de la même pour la réduction du nombre de lits.

Annexe 12: Liste chronologique des rapports et planifications hospitalières du canton de Fribourg⁸⁸.

Rapports et planifications hospitalières du canton de Fribourg
Analyse et propositions en vue de l'établissement d'une planification hospitalière et médico-sociale du canton de Fribourg, 1983
Médiplan 89 – organisation du réseau hospitalier
Rapport complémentaire au plan médico-hospitalier Médiplan 89, 1990
Planification hospitalière du Conseil d'Etat du canton de Fribourg, 1997
Rapport du groupe de travail Future offre de prestations de l'hôpital du district du Lac à Meyriez, 2004
Planification hospitalière 2008 de la Commission de planification,
Projet de développement stratégique de l'HFR, 2013-2022
Planification hospitalière 2014

⁸⁸ Evaluations des besoins en soins pour la planification hospitalière 2015. Direction de la santé et des affaires sociales de l'Etat de Fribourg, mars 2014.

Annexe 13: Les actions prévues dans la planification fribourgeoise 2008.

Sites	Mesures
Fribourg	<p>Attribution des activités permanentes de cardiologie interventionnelle, Concentration de l'activité de chirurgie pneumologique avec suppression dans les autres établissements</p> <p>Concentration de l'activité de chirurgie endocrinologique à Fribourg et à l'Hôpital Daler avec suppression dans les autres établissements</p> <p>Concentration de l'activité de chirurgie hématologique avec suppression dans les autres établissements,</p> <p>Concentration de l'activité de chirurgie pour traumatismes multiples et traumatismes complexes graves avec suppression dans les autres établissements</p> <p>Création d'une unité de psychiatrie de crise</p>
Tavel	<p>Suppression de l'activité de chirurgie gynécologique et de chirurgie uro-néphrologique,</p> <p>Attribution d'un mandat pour un service d'urgences stationnaires 7 jours / 7 jours et 24 heures / 24 heures et mise en place d'une unité de soins continus</p>
Meyriez	<p>Suppression de l'activité chirurgicale (chirurgie générale et orthopédique), maintien d'une activité de soins aigus en médecine (avec possibilité de prise en charge des cas non programmés),</p> <p>Attribution d'un mandat pour un service d'accueil d'urgences 7 jours / 7 jours et 24 heures / 24 heures,</p> <p>Maintien des disciplines de suite de traitement, de gériatrie et de réadaptation,</p> <p>Attribution d'une mission cantonale de neuroréhabilitation et de soins palliatifs.</p>
Billens	<p>Attribution d'une mission cantonale de réadaptation cardio-vasculaire stationnaire et de rééducation respiratoire,</p> <p>Maintien de l'activité de réadaptation classique et suppression de l'activité de suite de traitement et gériatrie.</p>
Châtel-St-Denis	Suppression de la rééducation respiratoire et maintien des autres activités.
Cl. Générale	Suppression de l'activité d'obstétrique et d'uro-néphrologie.
Hôpital Daler	<p>Concentration de l'activité de chirurgie endocrinologique à Fribourg et à l'Hôpital Daler avec suppression dans les autres établissements</p> <p>Suppression de l'activité d'orthopédie et d'ORL.</p>

Annexe 14: Les capacités hospitalières en lits prévues dans le rapport de planification fribourgeoise 2008^{89,90}.

		RHF - Fri- bourg	RHF - Riaz	HIB - Payeme	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Géné- rale	Hôpital Daler	RHF - Châtel- St- Denis	RHF - Billens	HIB - Estavayer-le- Lac	Marsens	Total
Lits 2008	Soins aigus	344	94	39	65	15	60	61					678
	Réadaptation					43			45	45	22		155
	Psychiatrie											185	185
	<i>Total</i>	344	94	39	65	58	60	61	45	45	22	185	1'018
Lits 2010	Soins aigus	345	94	39	64	15	58	60					677
	Réadaptation					44			46	45	23		158
	Psychiatrie											183	183
	<i>Total</i>	345	94	39	64	59	58	60	46	45	23	183	1'018
Lits 2015	Soins aigus	348	93	39	63	15	53	57					669
	Réadaptation					48			50	45	25		168
	Psychiatrie											178	178
	<i>Total</i>	348	93	39	63	63	53	57	50	45	25	178	1'015
Lits 2020	Soins aigus	380	101	42	68	18	57	59					725
	Réadaptation					54			55	45	27		181
	Psychiatrie											173	173
	<i>Total</i>	380	101	42	68	72	57	59	55	45	27	173	1'079

⁸⁹ Planification hospitalière du canton de Fribourg. Rapport publié par le SSP, Fribourg, le 31 mars 2008. https://www.fr.ch/dsas/files/pdf3/rapport_2008_31.03.08.pdf

⁹⁰ Seuls les lits de soins aigus du secteur public (les cases bleues) sont pris en compte, totalisant exactement 518 lits de soins aigus pour 2008 et 2010.

Annexe 15: Les caractéristiques des APA des politiques de planification hospitalière de Neuchâtel et de Fribourg⁹¹.

Dimensions	APA Politique de planification hospitalière, Neuchâtel	APA Politique de planification hospitalière, Fribourg
Nombre d'acteurs	Multiactoriel	Multiactoriel
Coordination horizontale	Fragmenté	Intégré
Coordination verticale	Imbriquée	Imbriqué
Degré de centralité	Elevé	Egalitaire
Degré de politisation	Fortement politisé	Modérément Politisé
Contexte	Contexte homogène	Contexte neutre
Le degré d'ouverture	Ouvert	Ouvert

⁹¹ Il s'agit des dimensions dont l'analyse est proposée par Monsieur le Professeur P. Knoepfel (Knoepfel P., Larrue C., Varone F., Analyse et pilotage des politiques publiques, 2^{ème} édition, Zurich/Chur 2006). D'autres dimensions à analyser éventuellement proposées par d'autres auteurs ne sont pas exclues.

Annexe 16: Les deux ressources abondantes et les deux ressources insuffisantes des acteurs principaux de la politique de planification hospitalière du canton de Neuchâtel.

	HNe		
	Abondantes	Insuffisantes	Explications
APA	Argent	Temps	Le HNe disposait de sources financières suffisantes, néanmoins le manque d'efficacité nécessitait des mesures d'économie. Le temps était limité pour la préparation du PA et sa mise en œuvre en 2006.
	Droit	Soutien politique, Consensus	Malgré les bases légales et réglementaires claires, le soutien politique manquait à la mise en œuvre ainsi que le consensus parmi les acteurs et la population.
Groupes Cibles	Information	Temps	Les patients étaient informés du PA mais ils n'avaient pas eu assez du temps pour s'adapter à la nouvelle organisation hospitalière.
	Infrastructure	Argent	L'infrastructure était disponible, par contre l'adaptation du comportement des groupes cibles avait un coût supplémentaire.
Groupes Bénéficiaires	Soutien politique	Organisation	Les bénéficiaires ont le soutien politique dans la mesure où les politiciens veulent améliorer la prise en charge des soins, alors qu'ils ont peu ou pas organisés pour défendre leurs intérêts.
	Consensus	Information	Le consensus est présent pour dire que la population doit avoir, ou continuer à avoir des soins de qualité, alors que les citoyens ne disposent pas d'informations pertinentes pour se faire des opinions utiles.

Annexe 17: L'APA-Neuchâtel, fragmentation et le degré de centralité élevé

H.comBulletin interne de l'Hôpital neuchâtelois
N°16 / Janvier 2008

Hôpital neuchâtelois

Déception !

La loi sur l'EHM fixe le cadre clairement : la prérogative de répartition des missions entre nos sites ne nous appartient pas. Le législateur a sans doute voulu, en mettant ces options dans les mains du Conseil d'Etat, garantir une certaine équité de traitement entre les citoyens du canton.

C'était imaginer que les décisions prises par notre gouvernement sont indépendantes les unes des autres et répondent uniquement au bon sens des arguments fournis.

Le lien entre le regroupement des activités de la HE-ARC à Neuchâtel - car inacceptable dans le Haut pour les cantons partenaires - et la localisation du centre « mère-enfant » à La Chaux-de-Fonds est évident.

Nous avons donc travaillé plusieurs mois, argumenté de manière objective, expliqué, convaincu, pour échouer au final pour des raisons purement politiques et de pseudo équilibre régional.

Nous sommes déçus, d'autant plus que nous avons démontré et que nous sommes convaincus que la variante que nous défendions est plus favorable et plus pérenne pour le site de La Chaux-de-Fonds, tout en étant plus favorable globalement en termes d'accessibilité, de valorisation des ressources existantes et moins complexe à mettre en œuvre. Elle rencontrait par ailleurs une large adhésion de nos professionnels et présentait des avantages comparatifs importants en termes d'attractivité médicale.

Le Conseil des hôpitaux lui-même nous suivait sans opposition.

Nous sommes passés tout près du projet qu'il fallait à notre canton mais maintenant il s'agit de regarder devant et de mettre en œuvre le choix du Conseil d'Etat.

Pascal Rubin, directeur général

Tous sur le même PEP

Depuis le 1^{er} janvier, tout le personnel de l'Hôpital neuchâtelois voit son temps de travail géré à l'aide de la même version du logiciel PEP, selon les mêmes règles.

La directive qui précise ces règles, toutes basées sur la CCT santé 21, est disponible sur Intranet à la rubrique « Affaires juridiques » ; vous pouvez la demander à votre supérieur hiérarchique ou au service du personnel.

Le Conseil d'Etat a fait un choix politique

En septembre, le Conseil d'Etat nous a donné mandat d'étudier une nouvelle répartition des missions entre les sites de soins aigus de Neuchâtel et La Chaux-de-Fonds, avec activité mère-enfant sur un seul site et nouvelles missions pour le site du Val-de-Travers. Notre rapport lui a été remis le 7 janvier, après des mois de travail intense et une large consultation.

Si, sur les principes, le Conseil d'Etat est entré en matière concernant la cessation des activités de soins aigus pour le site du Val-de-Travers et sur l'arrêt des missions hospitalières de l'Hôpital de La Providence, tout comme sur la création de deux pôles de compétences, l'un constitué par le centre « mère-enfant » et le second dédié à l'appareil locomoteur, il s'est toutefois écarté de notre vision dans la mise en application de ce dernier aspect.

En effet, deux variantes ont été développées dans notre rapport : l'une situant le site mère-enfant à La Chaux-de-Fonds et centralisant à Pourtalès l'activité de l'appareil locomoteur (orthopédie, traumatologie, rhumatologie, neurologie, chirurgie du rachis notamment), l'autre « en miroir » avec site mère-enfant à Pourtalès et activité liée à l'appareil locomoteur à La Chaux-de-Fonds.

Force a été de constater, pour nous comme pour notre consultant, que les arguments militant pour la deuxième variante, qu'ils soient organisationnels, médicaux ou économiques, sont indiscutables. D'autres instances (Conseil des hôpitaux, expert externe), ont pu exprimer leur accord avec notre vision, clairement soutenue par le Conseil d'administration et par la direction générale.

Seuls des arguments politiques pouvaient conduire le Conseil d'Etat à pencher pour la première variante. C'est ce qu'il a choisi de faire ; il s'en est expliqué dans une conférence de presse dans laquelle les décisions relatives au regroupement des sites de la Haute Ecole-ARC ont également été présentées.

Notre incompréhension face à cette prise de position est d'autant plus grande que la variante que nous préconisons (dite variante II), présentait des avantages déterminants pour le site de La Chaux-de-Fonds, qui aurait accueilli un centre novateur, parfaitement intégré dans le tissu économique régional (nombreuses sociétés de renommée internationale dans le domaine des implants prothétiques). En lien avec cette activité, le site aurait été équipé d'une IRM.

La variante II présentait aussi d'indiscutables avantages en termes globaux :

- le niveau d'accessibilité aux soins pédiatriques et obstétriques était meilleur avec un centre mère-enfant à Neuchâtel;
- l'utilisation des ressources existantes, en particulier les locaux presque neufs du site de Pourtalès, était significativement meilleure;
- la variante II était plus simple à mettre en œuvre ; celle découlant du choix du Conseil d'Etat va nécessiter des déménagements successifs d'activités entre le haut et le bas du canton, peu rationnels et peu clairs pour la population ;
- son acceptabilité par les professionnels de la santé était comparative-ment largement meilleure que celle de la variante I;
- en termes d'attractivité médicale enfin, la flexibilité du personnel médical et soignant est meilleure du côté des acteurs de l'appareil locomoteur qu'en particulier du côté des obstétriciens.

Nous n'avons pas été entendus. Il nous reste désormais à définir une nouvelle feuille de route, qui nous occupera dans les prochaines semaines.

Annexe 18: Les caractéristiques du PA de la planification hospitalière neuchâteloise 2006-2009 et du PA de la planification hospitalière fribourgeoise 2008⁹².

Dimensions	Plan d'actions de l'Hôpital neuchâtelois 2006-2009	Plan d'actions de l'Hôpital fribourgeois 2008
Explicite versus implicite	Explicite	Explicite
Degré d'ouverture	Fermé	Ouvert
Degré de discrimination	Discriminant	Discriminant
Restructuration de l'APA	Pas de restructuration de l'APA	Pas de restructuration de l'APA
Affectation des ressources	Claire	Peu claire

⁹² Il s'agit des dimensions dont l'analyse est proposée par Monsieur le Professeur P. Knoepfel (Knoepfel P., Larrue C., Varone F., Analyse et pilotage des politiques publiques, 2^{ème} édition, Zurich/Chur 2006). D'autres dimensions à analyser éventuellement proposées par d'autres auteurs ne sont pas exclues.

Annexe 19: Les deux ressources abondantes et les deux ressources insuffisantes des acteurs principaux de la politique de planification hospitalière du canton de Fribourg.

	HFR		
	Abondantes	Insuffisantes	Explications
APA	Droit	Information	Les bases légales donnent les compétences nécessaires. Il existe un décalage dans la disponibilité des données de l'ordre de deux ans.
	Consensus	Temps	Le consensus politique était présent mais le temps était limité en raison des échecs des planifications précédentes.
Groupes Cibles	Temps	Consensus	En attendant la mise en œuvre de la planification, les patients ont déjà la possibilité de se faire soigner et les médecins continuent leur fonctionnement dans un statut quo sans un consensus sur les PA.
		Droit	Les patients et les médecins ne font que subir les conséquences de la planification sans pouvoir légal direct d'opposition aux décisions appliquées de façon top-down.
Groupes Bénéficiaires	Droit	Information	Les citoyens ont le droit constitutionnel aux soins de santé de qualité mais ils ne disposent pas toujours assez d'informations pertinentes pour se faire des opinions utiles.
		Organisation	Les citoyens ne sont pas assez bien organisés pour se faire entendre par les acteurs politico-administratifs.

Annexe 20: Les recommandations pour les différents groupes d'acteurs, conditions de réussite et stratégies pour surmonter les obstacles

Groupes d'acteurs	Rappels		Recommandations	
	Objectifs	Ressources principales	PA	APA
Acteurs politico-administratifs	Elaboration et la mise en œuvre d'une politique permettant de résoudre le problème public en accord avec d'autres politiques, comme la politique budgétaire ou d'environnement	Droit Argent	Faire des PA explicites, ouverts et discriminatoire	Constituer des APA intégrés peu centralisés peu politisés et ouverts
Groupes cibles	Maintien d'une offre équitable de soins de santé hospitalier et des soins à domicile financièrement et géographiquement accessibles	Temps Consensus	Soutenir le PA par ses ressources	Chercher à influencer les acteurs de l'APA
Groupes bénéficiaires	Accessibilité aux soins hospitaliers sans surcharge financière d'assurances privées	Soutien politique	Soutenir le PA par ses ressources mais aussi en renforçant ses ressources manquantes; l'information et l'organisation	Chercher à influencer les acteurs de l'APA
Tiers perdants	Remplacement ou l'indemnisation du personnel médical et paramédical qui sera éloigné de leur lieu du travail. Les assureurs	Droit Organisation Temps	S'organiser pour s'opposer aux plans d'action par voies de recours	Chercher à influencer les acteurs de l'APA
Tiers gagnants	Un nouveau système qui permettrait aux assurés de se faire soigner de façon convenable, aux caisses maladies de diminuer leurs déficits de fonctionnement et permettre une formation médicale et paramédicale.	Consensus Soutien politique	Soutenir le PA par ses ressources en les mettant à la disposition des APA	Chercher à influencer les acteurs de l'APA

