



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

# Rapport d'évaluation des besoins en soins pour la planification hospitalière 2024

Canton de Fribourg

Auteures Sylvie Füglistler-Dousse, Clémence Merçay  
(Obsan)

Avec la collaboration de Alexandre Tuch, Reto Jörg, Marcel Widmer,  
Isabelle Sturny, Daniela Schuler, Sacha Roth  
(Obsan)  
Cyrill Berger, Pauline Sallin, Baptiste Michel,  
Claudine Mathieu Thiébaud (Service de la Santé  
publique de l'État de Fribourg)

Éditeur Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Neuchâtel, janvier 2023

# Table des matières

Résumé	4
<hr/>	
1	Introduction 9
<hr/>	
1.1	Contexte 9
1.1.1	Conditions-cadre du financement des hôpitaux découlant de la révision de la LAMal 10
1.1.2	Les soins en milieu hospitalier en tant qu'objet de planification 12
1.2	Le processus de planification hospitalière 13
1.2.1	Détermination des besoins 14
1.2.2	Détermination de l'offre 15
1.2.3	Garantie de l'offre (établissement de la liste hospitalière) 15
1.2.4	Réexamen de la planification 16
1.2.5	Coordination intercantonale 17
2	Données et méthode 19
<hr/>	
2.1	Sources de données 19
2.1.1	Statistique médicale des hôpitaux (MS) 19
2.1.2	Statistique des hôpitaux (KS) 19
2.1.3	Statistique des ménages et de la population (STATPOP) 19
2.1.4	Scénarios de l'évolution de la population 20
2.1.5	Autres bases de données 20
2.2	Critères d'inclusion 20
2.3	Délimitation des types de soins 21
2.4	Définition des régions 23
2.5	Regroupement des cas 24
2.5.1	Soins aigus 24
2.5.2	Psychiatrie 25
2.5.3	Réadaptation 26
2.6	Calcul de la durée de séjour 27
2.6.1	Soins aigus 27
2.6.2	Psychiatrie 27
2.6.3	Réadaptation 27
2.7	Modèle de projection 27
2.7.1	Technique de projection 28
2.7.2	Évolution démographique 29
2.7.3	Autres facteurs 32

3	Soins somatiques aigus	40
3.1	Analyse des besoins en soins	40
3.1.1	Recours aux soins	41
3.1.2	Recours aux services d'urgence et aux permanences des hôpitaux	47
3.1.3	Offre de soins	51
3.1.4	Flux de patients	64
3.2	Projections des besoins en soins	76
3.2.1	Projection des besoins en soins de la population domiciliée dans le canton	77
3.2.2	Effets isolés des différents facteurs d'influence	80
4	Psychiatrie	86
4.1	Analyse des besoins en soins	86
4.1.1	Recours aux soins	86
4.1.2	Offre de soins	96
4.1.3	Flux de patients	99
4.2	Projections des besoins en soins	103
4.2.1	Projection des besoins en soins de la population domiciliée dans le canton	104
4.2.2	Effets isolés des différents facteurs d'influence	107
5	Réadaptation	109
5.1	Analyse des besoins en soins	109
5.1.1	Recours aux soins	110
5.1.2	Offre de soins	114
5.1.3	Flux de patients	119
5.2	Projection des besoins en soins	125
5.2.1	Projection des besoins en soins de la population domiciliée dans le canton	126
5.2.2	Effets isolés des différents facteurs d'influence	129
6	Bibliographie	132
7	Glossaire et abréviations	136
8	Annexes	139
Annexe 1	OAMal Section 11 Critères de planification (Etat au 1 <sup>er</sup> janvier 2022)	140
Annexe 2	Liste des groupes de prestations développés pour la planification hospitalière 2023 du canton de Zurich	143
Annexe 3	Taux d'hospitalisation standardisés pour 1'000 habitants, par DPPH, Suisse et canton de FR, 2015-2019	146
Annexe 4	Taux de recours aux services d'urgence et aux permanences d'un hôpital selon la région de domicile, canton de FR, 2015-2020	150

# Résumé

La dernière planification hospitalière du canton de Fribourg remonte à 2015. Le présent rapport d'évaluation des besoins en soins pose les bases statistiques nécessaires à la nouvelle planification hospitalière qui interviendra dans le canton de Fribourg en 2024. Il concerne les soins somatiques aigus, la réadaptation et la psychiatrie et comprend une analyse du recours de la population fribourgeoise, de l'offre de soins, des flux de patients existants et des projections des besoins futurs compte tenu des différents facteurs d'influence.

## Données et méthode

### *Source de données*

Les données des années 2015 à 2019 de la statistique médicale des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique (OFS) constituent la base centrale des analyses du présent rapport sur l'évaluation des besoins. Les données de la Statistique de la population et des ménages de l'OFS permettent de calculer les taux de recours de l'année 2019. Sur la base de ces taux, les scénarios démographiques cantonaux de l'OFS permettent de calculer les projections des besoins futurs en prestations compte tenu de l'impact des évolutions démographiques. Pour la prise en compte des autres facteurs d'influence, d'autres sources de données ont été utilisées comme la liste des interventions à pratiquer en ambulatoire sur la base de l'Annexe 1a de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) du 1<sup>er</sup> juillet 2020 et les études et expertises réalisées sur mandat de la Direction de la santé du canton de Zurich en rapport avec les développements épidémiologiques et médico-techniques.

### *Modèle de projection*

Les estimations des besoins futurs en prestations se basent sur le modèle de projection de l'Obsan. Ce modèle tient compte des évolutions démographiques, épidémiologiques, médico-techniques et économiques déterminantes. Les besoins ont été calculés jusqu'à l'année 2035.

## SOINS AIGUS

### Analyse des besoins

### *Zone de couverture*

Le canton de Fribourg est habité par un peu plus de 320'000 habitants, lesquels ont enregistré 38'762 séjours hospitaliers en soins somatiques aigus en 2019. Cela correspond à 120 séjours hospitaliers pour 1'000 habitants.

### *Recours et durée moyenne de séjour*

Le nombre d'hospitalisations des patients fribourgeois a enregistré un taux de croissance annuel moyen de 1,5% entre 2015 et 2019. Les taux d'hospitalisation de la population domiciliée dans le canton de Fribourg sont globalement inférieurs aux taux d'hospitalisation suisses. La durée moyenne de séjour des patients fribourgeois est de 5,7 jours en 2019 et a très peu varié depuis 2015. Elle est supérieure à la durée moyenne suisse qui s'établit à 5,5 jours en 2019.

### *Offre de soins*

A l'année de référence, soit en 2019, le canton de Fribourg compte au total huit sites hospitaliers proposant des soins aigus, dont sept sur son territoire exploitant 542 lits, ainsi que le site de Payerne de l'Hôpital intercantonal de la Broye (HIB). Ensemble, ils ont accueilli des patients pour un total de 33'336 séjours hospitaliers en soins aigus. Le plus grand site hospitalier qu'est le site de Fribourg de l'Hôpital fribourgeois (HFR) en a enregistré 12'993 en 2019. Pour compléter l'offre, huit sites hospitaliers situés dans les cantons de Berne, Genève, Neuchâtel et Vaud figurent sur la liste hospitalière fribourgeoise pour une sélection de groupes de prestations. Le taux de couverture de la liste hospitalière permet d'évaluer l'adéquation de la planification hospitalière aux besoins. Si l'on considère les différents GPPH avec un nombre de cas significatif (au moins 50 cas de patients fribourgeois), en excluant les GPPH qui relèvent de la médecine hautement spécialisée et les GPPH qui n'étaient pas encore définis dans la liste hospitalière de 2017 utilisée lors des calculs, le taux de couverture moyen est de 75%. Si un nombre considérable de GPPH n'atteignent pas le seuil de 80% selon les recommandations de la CDS, l'interprétation doit être nuancée par le fait que le canton de Fribourg a la particularité d'être un canton bilingue et que le taux de couverture est inférieur dans la région à majorité germanophone. Cela peut s'expliquer par une offre insuffisante et/ou par des préférences de la population si suffisamment de mandats de prestations sont attribués, mais qu'ils ne correspondent pas toujours à la réalité des patients. Enfin, il faut relever que la population du canton de Fribourg le place à la limite du seuil de 80% recommandé par la CDS. Pour les cantons de moins de 300'000 habitants, le taux recommandé est de 70%.

### *Flux de patients et régions de prise en charge hospitalière*

Dans l'ensemble, le canton de Fribourg est un canton dont les flux sortent largement plus qu'ils ne rentrent, classé au quatrième rang suisse en termes d'indice de rapport entre les sorties et les entrées. Tandis que les établissements fribourgeois traitent essentiellement des patients du canton, plus d'un quart des patients fribourgeois sont hospitalisés hors canton. Les quelques entrées proviennent principalement du canton de Vaud et se concentrent dans les établissements situés en ville de Fribourg. Concernant les sorties, plus nombreuses, elles s'orientent principalement vers les cantons de Berne et de Vaud. Pour 55% des patients issus de la région à majorité germanophone, l'hospitalisation a lieu hors canton, presque exclusivement dans le canton de Berne, tandis que ce n'est le cas que de 17% des patients issus de la région à majorité francophone, hospitalisés surtout dans les cantons de Vaud et de Berne. Si on considère les flux internes, étant donné la répartition des sites sur le territoire cantonal, un quart des fribourgeois de la région germanophone sont hospitalisés dans un établissement situé sur le territoire francophone, tandis que l'inverse ne se produit que pour 3% des résidents de la région francophone. Ce sont avant tout dans les domaines de la neurochirurgie et de l'ophtalmologie que la part de patients traités hors canton est la plus élevée, puis les domaines de l'orthopédie, du cœur et de l'oto-rhino-laryngologie.

### *Projections des besoins*

Le modèle de projection utilisé tient compte des évolutions démographiques, économiques, médico-techniques et épidémiologiques et de l'influence que ces évolutions exercent sur les besoins futurs en prestations. Afin de

représenter la fourchette des évolutions possibles, le modèle considère trois scénarios de projections : un scénario de base, un scénario minimal et un scénario maximal. Dans le scénario de base, la projection des besoins jusqu'en 2035 prévoit une augmentation de nombre de cas de 30% dans l'ensemble (de 38'762 à 50'275 cas) tandis que dans les scénarios minimum et maximum, l'augmentation attendue est de 24% et 35% respectivement. Pour les soins palliatifs, l'évolution est plus forte que la moyenne, avec une augmentation attendue de 48% (de 291 à 431 cas), dans une fourchette comprise entre 44% à 52%. Dans l'ensemble, l'augmentation prévue sera freinée par le transfert de prises en charge stationnaires vers des traitements en ambulatoire. Dans le scénario de base, le modèle de projection table sur une diminution de 0,6% des cas suite au transfert vers l'ambulatoire, et de 1,1% et 0,2% respectivement dans les scénarios minimum et maximum. Par contre, la prise en compte des évolutions médico-techniques dans le domaine de l'orthopédie prévoit une augmentation de 0,5% dans le scénario de base et de 0,8% dans le scénario maximal. Il est donc clair que dans les trois scénarios considérés, la croissance démographique et le vieillissement de la population sont les principaux moteurs des évolutions. En ce qui concerne les jours de soins de la population résidante du canton de Fribourg, le scénario de base prévoit une augmentation de 35%, soit 296'413 jours en 2035.

## PSYCHIATRIE

### Analyse des besoins

#### *Zone de couverture*

Les habitants du canton de Fribourg ont effectué 2'626 séjours hospitaliers en psychiatrie en 2019. Cela correspond à un peu plus de 8 séjours hospitaliers pour 1'000 habitants.

#### *Recours et durée moyenne de séjour*

Le nombre d'hospitalisations des patients fribourgeois est resté assez stable entre 2015 et 2019, mais l'introduction de TARPSY a entraîné une redéfinition du cas dès 2018, provoquant une rupture dans la série de données et rendant l'analyse de la tendance plus délicate. Globalement, les taux d'hospitalisation de la population domiciliée dans le canton de Fribourg sont légèrement inférieurs aux taux d'hospitalisation suisses en 2019, mais si on regarde par groupe de prestations, les taux fribourgeois sont légèrement supérieurs pour la pédopsychiatrie et la psychogériatrie. Avec en moyenne 26,5 jours de soins par séjour en 2019, les patients fribourgeois effectuent des séjours moins longs que l'ensemble des patients suisses (33,8 jours).

#### *Offre de soins*

En 2019, l'offre de soins stationnaires en psychiatrie dans le canton de Fribourg est composée de l'Hôpital fribourgeois (HFR), quasi exclusivement sur le site de Fribourg, et du Réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM). Ils exploitent 170 lits et traitent 2'327 patients, dont 2'274 au sein du RFSM. Pour compléter l'offre, la clinique privée de Meiringen et le site Saint-Loup des Établissements hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv) figurent sur la liste hospitalière fribourgeoise pour une sélection de prestations. De plus en septembre 2022, l'Etat de Fribourg a établi une collaboration avec l'UPD Berne<sup>1</sup> en ce qui concerne la pédopsychiatrie en lui attribuant un mandat de prestations dans ce domaine. Le taux de couverture de la liste hospitalière permet d'évaluer l'adéquation de la planification hospitalière aux besoins. En 2019, il s'élève à 88% dans le canton de Fribourg, et la pédopsychiatrie ainsi que la psychogériatrie atteignent même un taux de 90%.

---

<sup>1</sup> Universitäre Psychiatrische Dienste Bern

### *Flux de patients et régions de prise en charge hospitalière*

Dans l'ensemble, pour la psychiatrie également, le canton de Fribourg est un canton dont les flux sortent davantage qu'ils ne rentrent. Tandis que les établissements fribourgeois traitent presque exclusivement des patients du canton, un patient fribourgeois sur sept est hospitalisé hors canton. Les flux sortants se dirigent surtout vers les cantons de Berne et de Vaud. La région germanophone exporte 41% des patients, presque exclusivement vers le canton de Berne, tandis que la région francophone n'en exporte que 8%, surtout vers le canton de Vaud et de Berne.

### *Projections des besoins*

Le modèle de projection utilisé tient compte des évolutions démographiques, économiques, médico-techniques et épidémiologiques et de l'influence que ces évolutions exercent sur les besoins futurs en prestations. Afin de représenter la fourchette des évolutions possibles, le modèle considère trois scénarios de projections : un scénario de base, un scénario minimal et un scénario maximal. Dans le scénario de base, la projection des besoins jusqu'en 2035 prévoit une augmentation de nombre de cas de 13% (de 2'626 à 2'971 cas) et une augmentation du nombre de jours de 16% (de 69'551 à 80'721 jours). La hausse la plus forte concerne la psychogériatrie, qui s'explique par l'effet important du vieillissement démographique. Dans le scénario maximal, le modèle de projection prévoit une hausse de 16% des cas et de 19% des jours. Dans le scénario minimal, le développement attendu du secteur ambulatoire et le déplacement des prises en charge vers ce secteur exerce un effet important sur l'évolution des cas stationnaires à l'horizon 2035 : l'effet démographique est contré par le transfert vers l'ambulatoire et il en résulte dans l'ensemble une baisse de 1% des cas et une hausse de 2% des jours. Excepté dans le scénario minimal, la croissance démographique et le vieillissement de la population sont les seuls moteurs des évolutions.

## READAPTATION

### Analyse des besoins

#### *Zone de couverture*

Les habitants du canton de Fribourg ont réalisé 2'651 séjours hospitaliers en réadaptation en 2019. Cela correspond à un peu plus de 8 séjours hospitaliers pour 1'000 habitants.

#### *Recours et durée moyenne de séjour*

Le nombre d'hospitalisations des patients fribourgeois a diminué sur la période entre 2015 et 2019, malgré l'augmentation de la population et la hausse du rapport de dépendance des personnes âgées. Il en résulte qu'en 2019, on enregistre près d'une hospitalisation pour 1'000 habitants de moins qu'en 2015. Globalement, le taux d'hospitalisation de la population domiciliée dans le canton de Fribourg est légèrement inférieur au taux suisse en 2019, tandis qu'il est supérieur pour la réadaptation gériatrique. Avec en moyenne 21,1 jours de soins par séjour en 2019, les patients fribourgeois effectuent des séjours de durée inférieure à l'ensemble des patients suisses (23,9 jours).

#### *Offre de soins*

En 2019, l'offre en réadaptation stationnaire du canton de Fribourg est composée des cinq sites hospitaliers de l'Hôpital fribourgeois (HFR) et du site d'Estavayer-le-Lac de l'Hôpital intercantonal de la Broye (HIB), exploitant

ensemble un total de 168 lits. Ils ont accueilli des patients pour un total de 2'361 séjours hospitaliers. Pour compléter l'offre, six établissements situés dans les cantons de Berne, Bâle-Ville, Lucerne, Vaud et Valais figurent également sur la liste hospitalière fribourgeoise pour une sélection de groupes de prestations. Le taux de couverture de la liste hospitalière permet d'évaluer l'adéquation de la planification hospitalière aux besoins. Il s'élève en moyenne à 74% dans le canton de Fribourg si on exclut le groupe de réadaptation psychosomatique qui n'était pas distinct sur la liste hospitalière de 2017 et pour lequel aucun mandat de prestations n'a été attribué, raison pour laquelle le taux de couverture n'a pu être déterminé, et celui de réadaptation paraplégique dont le petit nombre de cas et la définition imparfaite ne permettent pas de calculer un taux de couverture fiable. Le taux varie beaucoup d'un groupe de prestations à l'autre. La réadaptation neurologique et la réadaptation gériatrique présentent des taux d'au moins 80%. La réadaptation musculo-squelettique, qui est le groupe de prestations enregistrant le plus grand nombre de cas, enregistre un taux de couverture de 61%. Dans le cadre de la nouvelle planification hospitalière, il conviendra que le canton de Fribourg accorde une attention particulière aux groupes de prestations dont le taux de couverture est en dessous du seuil de 80% recommandé par la CDS dans l'optique de garantir une prise en charge adaptée aux besoins. Toutefois, les mêmes nuances que pour les soins aigus peuvent être ajoutées, à savoir que la définition des groupes pour la prochaine planification ne correspond pas exactement à la liste hospitalière en vigueur, que le canton de Fribourg a la particularité d'être bilingue et que sa démographie le positionne de justesse au seuil de 80% recommandé par la CDS (pour les cantons de moins de 300'000 habitants, le taux recommandé est de 70%).

### *Flux de patients et régions de prise en charge hospitalière*

Dans l'ensemble, pour la réadaptation tout comme pour les soins aigus et la psychiatrie, le canton de Fribourg est un canton dont les flux sortent davantage qu'ils ne rentrent. Tandis que les établissements fribourgeois traitent presque exclusivement des patients du canton, près de 30% des patient fribourgeois sont hospitalisés hors canton. Les flux sortants se dirigent surtout vers les cantons de Berne et du Valais. La région germanophone exporte 65% des patients, essentiellement vers le canton de Berne, tandis que la région francophone en exporte 21%, dont environ la moitié vers le canton du Valais et le reste vers les cantons de Berne et de Vaud principalement. Au niveau des flux internes, 13% les fribourgeois domiciliés dans la région francophone sont hospitalisés sur un site de la région germanophone, tandis que seulement 7% des fribourgeois de la région germanophone sont hospitalisés sur un site de la région francophone.

### *Projections des besoins*

Le modèle de projection utilisé tient compte des évolutions démographiques, économiques, médico-techniques et épidémiologiques et de l'influence que ces évolutions exercent sur les besoins futurs en prestations. Afin de représenter la fourchette des évolutions possibles, le modèle considère trois scénarios de projections : un scénario de base, un scénario minimal et un scénario maximal. Dans le scénario de base, la projection des besoins entre 2019 et 2035 prévoit une augmentation de nombre de cas de 58% (de 2'651 à 4'185 cas). Le scénario minimal prévoit quant à lui une augmentation de 50% et le scénario maximal de 64%. La prise en compte des évolutions médico-techniques dans le domaine de l'orthopédie (soins aigus) se répercutera logiquement sur le domaine de la réadaptation, avec un effet à la hausse de 2,4% dans le scénario de base et de 3,6% dans le scénario maximal. Il apparaît donc que même dans les scénarios de base et maximal qui tiennent compte du facteur médico-technique, la croissance démographique et le vieillissement de la population sont les principaux moteurs des évolutions à la hausse du nombre de cas. En ce qui concerne les jours de soins pour la population résidente du canton de Fribourg, le scénario de base prévoit une augmentation de 54%, soit 86'326 jours en 2035.

# 1 Introduction

Depuis l'entrée en vigueur de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10) le 1<sup>er</sup> janvier 1996 et en vertu de son article 39, les cantons sont tenus d'établir une planification hospitalière qui couvre les besoins en soins hospitaliers de la population et, à partir de cette planification, de publier une liste cantonale fixant les catégories d'établissements hospitaliers en fonction de leurs mandats. Le 21 décembre 2007, en vue de freiner la hausse des coûts, les Chambres fédérales ont approuvé une révision partielle de la LAMal dans le domaine de la planification et du financement hospitaliers. L'élément central de cette révision est l'abandon du financement de l'objet (l'hôpital) au profit d'un financement du sujet, à savoir les prestations de l'hôpital, ce qui revient à passer du principe du remboursement des coûts à un système de tarification par cas (Swiss DRG). À la suite de cette révision, les cantons ont dû adapter leur planification hospitalière et leur liste d'établissements hospitaliers aux exigences des nouvelles dispositions. Le canton de Fribourg a rempli ce mandat légal en se dotant d'une planification hospitalière pour les soins somatiques aigus de nature stationnaire, la psychiatrie et la réadaptation (Evaluation des besoins en soins pour la planification hospitalière 2015 (DSAS, 2014) ; Rapport de planification hospitalière fribourgeoise 2015 (DSAS, 2015)). La planification hospitalière 2015 du canton de Fribourg est celle actuellement en vigueur. Le présent rapport d'évaluation des besoins sert de base à la planification hospitalière des soins somatiques aigus pour la période 2024-2035. Nous présentons ici, sur mandat de la Direction de la santé et des affaires sociales de l'État de Fribourg (DSAS), l'analyse des besoins, qui constitue le fondement de cette nouvelle planification hospitalière. Cette analyse des besoins concerne les soins aigus, y compris les soins palliatifs, la psychiatrie et la réadaptation. Elle comprend une analyse approfondie du recours aux soins stationnaires pour la période allant de 2015 à 2019 ainsi que l'établissement des projections des besoins à l'horizon 2035. Les présents résultats se fondent, pour l'essentiel, sur les données de l'Office fédéral de la statistique (OFS) : statistique médicale des hôpitaux, statistique des hôpitaux, statistique de la population et des ménages, scénarios de l'évolution de la population des cantons.

## 1.1 Contexte

Le cadre législatif dans lequel les cantons doivent établir leur planification hospitalière est fixé dans la LAMal et précisé dans l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) (voir Encadré 1). La Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS, voir aussi Encadré 2) vient ensuite compléter ces dispositions. À l'échelle cantonale, la Loi sur la santé (LSan) constitue l'une des bases juridiques les plus importantes dans le domaine de la planification hospitalière (voir aussi Encadré 1).

### Encadré 1 Bases légales fédérales et cantonales

#### Bases légales fédérales :

- Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994, RS 832.10 ;
- Ordonnance fédérale sur l'assurance-maladie (OAMal) du 27 juin 1995, RS 832.102.

#### Conventions intercantionales :

- Convention intercantonale du 14 mars 2008 relative à la médecine hautement spécialisée (C-IMHS) ;
- Convention intercantonale sur l'Hôpital intercantonal de la Broye (HIB) Vaud-Fribourg du 21.08.2013, en vigueur depuis le 01.01.2014, RSF 822.0.7

#### Bases légales du canton de Fribourg (liste non exhaustive)<sup>2</sup> :

- Loi sur la santé (LSan) du 16.11.1999 (version actuelle entrée en vigueur le 01.07.2020), Recueil systématique fribourgeois, RSF 821.0.1
- Loi concernant le financement des hôpitaux et des maisons de naissance (LFIH) du 04.11.2011 (version actuelle entrée en vigueur le 01.01.2023), RSF 822.0.3
- Loi sur l'organisation des soins en santé mentale (LSM) du 05.10.2006 (version actuelle entrée en vigueur le 01.01.2019), RSF 822.2.1
- Ordonnance fixant la liste des hôpitaux et des maisons de naissance du 31.03.2015 (dans la version entrée en vigueur le 01.01.2017 ; version actuelle en vigueur depuis le 01.09.2022), RSF 822.0.21
- Loi sur l'hôpital fribourgeois (LHFR) du 27.06.2006 (version actuelle entrée en vigueur le 01.01.2019), RSF 822.0.1

Le présent rapport s'appuie par ailleurs sur les recommandations que la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a publiées afin de préciser les dispositions de la LAMal et de l'OAMal. Ces recommandations ne sont pas contraignantes pour les cantons, mais favorisent une vision commune de la tâche cantonale de la planification hospitalière et aide à la coordination intercantonale. Si ces recommandations ont été établies avec comme point de départ la problématique du domaine des soins aigus, elles sont fondamentalement valables pour la planification des prestations de la psychiatrie et de la réadaptation également. Il s'agit notamment des Recommandations sur la planification hospitalière (CDS 2022a), des Recommandations sur l'utilisation d'un système de groupes de prestations hospitalières (CDS 2018), des Recommandations sur l'examen de l'économicité (CDS 2019a) et des Recommandations relatives à l'examen d'économicité dans la psychiatrie et la réadaptation (CDS 2019b). La CDS s'est fondée pour ce faire notamment sur la jurisprudence du Tribunal administratif fédéral (TAF) et du Tribunal fédéral (TF)<sup>3</sup>.

À noter que la planification hospitalière est distincte des plans applicables en cas de catastrophes et de crises. En effet, les cantons sont tenus de se préparer à faire face à d'éventuelles nouvelles vagues de Covid-19 et de garantir que les capacités de traitement puissent être augmentées temporairement de manière substantielle. La CDS a émis une recommandation à cet effet (CDS 2022b). Le présent rapport ne concerne toutefois pas de ces besoins particuliers qui doivent être traités séparément.

#### 1.1.1 Conditions-cadre du financement des hôpitaux découlant de la révision de la LAMal

Un changement de paradigme s'est produit avec la révision partielle du 21 décembre 2007 de la LAMal. Mentionnons en particulier l'abandon du financement des établissements (axé sur l'objet) au profit d'un financement

<sup>2</sup> [https://bdlf.fr.ch/app/fr/systematic/texts\\_of\\_law](https://bdlf.fr.ch/app/fr/systematic/texts_of_law)

<sup>3</sup> Un aperçu des décisions du Tribunal fédéral et du Tribunal administratif fédéral dans le contexte de la planification hospitalière et des listes hospitalières cantonales peut être consulté sur le site internet de la CDS (<https://www.gdk-cds.ch/fr/soins-de-sante/hopitaux/planification/receuil-des-arrets>).

lié aux prestations (axé sur le sujet), ce qui revient à passer du principe du remboursement des coûts à un système de prix. Depuis 2012, tous les hôpitaux de soins somatiques aigus figurant sur la liste hospitalière sont indemnisés au moyen de forfaits par cas liés aux prestations, selon la convention de structure tarifaire SwissDRG. Pour la psychiatrie stationnaire, la structure tarifaire TARPSY, uniforme dans l'ensemble du pays, a été introduite au 1<sup>er</sup> janvier 2018 pour la psychiatrie de l'adulte et au 1<sup>er</sup> janvier 2019 pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Elle repose sur des forfaits journaliers liés aux prestations et couvre tous les domaines de prestations hospitalières de la psychiatrie. Enfin, la nouvelle structure tarifaire pour la réadaptation hospitalière ST Reha vient d'être introduite (1<sup>er</sup> janvier 2022).

#### Encadré 2 Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée

L'art. 39, al. 2bis de la LAMal prévoit explicitement que dans le domaine de la médecine hautement spécialisée, les cantons établissent une planification pour l'ensemble de la Suisse, et que le Conseil fédéral joue un rôle réglementaire subsidiaire. Pour réaliser ce mandat légal, les cantons ont conclu la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS), qui est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009. Ils se sont par conséquent engagés à planifier et à répartir ensemble les prestations de la médecine hautement spécialisée. En paraphant la CIMHS, ils ont conféré une base légale à l'attribution des prestations, déterminé les mécanismes de prise de décision des organes de la CIMHS et défini les critères que doit remplir un domaine de prestations pour être considéré comme relevant de la médecine hautement spécialisée telle que l'entend la CIMHS. La planification commune de la médecine hautement spécialisée obéit aux principes de la couverture des besoins, de la qualité et du caractère économique. Dans le cadre de l'application de la CIMHS, les cantons ont déjà convenu des attributions de prestations dans divers sous-domaines de la médecine hautement spécialisée. Les décisions de la CIMHS et la liste hospitalière intercantonale de médecine hautement spécialisée adoptée par les organes décisionnels MHS sont publiées sur le site web de la CDS<sup>4</sup>.

Les cantons sont toujours tenus, comme avant la révision de la LAMal, de garantir des soins qui couvrent les besoins et, au moyen de la planification hospitalière, d'en encourager la qualité et de freiner la hausse des coûts. Précisons ici que les planifications hospitalières cantonales ne constituent pas en soi un nouvel instrument, puisqu'elles ont été élaborées à partir de 1996 déjà. Les changements intervenus à la suite de la révision de la LAMal découlent principalement de la modification de l'art. 39, qui prévoit que les cantons coordonnent leurs planifications (al. 2) et que le Conseil fédéral édicte des critères de planification uniformes en prenant en considération la qualité et le caractère économique (al. 2ter). Les trois critères à respecter sont précisés à l'art. 58b OAMal :

- le caractère économique et la qualité de la fourniture des prestations, en particulier : l'efficacité de la fourniture des prestations ; la justification de la qualité nécessaire ; le nombre minimum de cas et l'exploitation des synergies ;
- l'accès des patients au traitement dans un délai utile ;
- la disponibilité et la capacité de l'établissement à remplir le mandat de prestations.

La révision de la LAMal a aussi favorisé le libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse et introduit l'obligation, pour les hôpitaux répertoriés, de prendre en charge dans le cadre de leurs mandats de prestations tous les assurés résidant dans leur canton. La révision de la LAMal a en outre amené d'autres nouveautés, qui ont modifié les dispositions applicables aux planifications hospitalières cantonales. On ne travaille ainsi plus sur la base d'une distinction entre hôpitaux à but lucratif et à but idéal, mais entre hôpitaux répertoriés et hôpitaux conventionnés, ce qui met sur pied d'égalité, pour ce qui est du financement, institutions à but lucratif et institutions à but idéal. Les prestations stationnaires fournies par les hôpitaux répertoriés sont indemnisées au moyen d'un financement

<sup>4</sup> Voir <http://www.gdk-cds.ch/fr>

dual-fixe, assuré à 55% au minimum par les cantons et à 45% au maximum par l'assurance obligatoire des soins (AOS). Les hôpitaux conventionnés ne sont pas inclus dans ce financement, puisqu'ils ne bénéficient pas de la part cantonale. Les nouveaux instruments introduits lors de la révision de la LAMal doivent notamment stimuler la concurrence tout en garantissant la couverture des soins et en maintenant des prestations de qualité élevée. Dans cet exercice d'équilibre, les pouvoirs publics continuent à assumer une importante fonction de pilotage, qu'ils exercent avant tout à travers les planifications hospitalières cantonales.

### 1.1.2 Les soins en milieu hospitalier en tant qu'objet de planification

L'objet de la planification, à savoir les soins hospitaliers couvrant les besoins tels que stipulés à l'art. 39, al. 1, let. d LAMal, est précisé par l'art. 58a, al. 1 OAMal (Encadré 3 et Annexe 1). En réalisant la planification, le canton garantit à ses habitants le traitement stationnaire à l'hôpital ou dans une maison de naissance ainsi que le traitement dans un établissement médico-social (EMS). Bien que l'art. 58a, al. 1 OAMal mentionne la nécessité d'une planification pour assurer les traitements dans ces derniers, il convient de noter que les soins de longue durée ne relèvent pas de la planification hospitalière, mais font l'objet d'une planification séparée qui n'est pas traitée ici. Pour être admis à fournir des prestations à la charge de l'AOS, les hôpitaux et les établissements médico-sociaux doivent, en vertu de l'art. 39, al. 1 LAMal, correspondre à la planification établie par le canton afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers et, par conséquent, figurer sur la liste hospitalière cantonale. L'art. 39 LAMal oblige donc les cantons à établir une planification hospitalière.

Les exigences concernant le type de planification varient en fonction du domaine de soins (art. 58c OAMal). Pour les soins somatiques aigus ainsi que pour les maisons de naissance, la planification doit être liée aux prestations.<sup>5</sup> Pour la réadaptation et le traitement psychiatrique, la planification doit être liée aux prestations ou aux capacités. En ce qui concerne les établissements médico-sociaux, les bases légales prévoient une planification liée aux capacités. Les principaux aspects de la planification cantonale sont décrits à l'art. 58b OAMal, sous le titre « Planification des besoins en soins », notamment parce que ces dispositions ne concernent pas seulement les soins hospitaliers, mais aussi, comme mentionné ci-dessus, le traitement en établissement médico-social. Toutefois, étant donné que le présent rapport n'aborde que les soins en milieu hospitalier, nous utilisons ci-après le terme « Planification hospitalière (cantonale) », et pas « Planification des besoins en soins ».

#### Encadré 3 L'art. 39 LAMal – Hôpitaux et autres institutions

- <sup>1</sup> 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 :
- garantissent une assistance médicale suffisante ;
  - disposent du personnel qualifié nécessaire ;
  - disposent d'équipements médicaux adéquats et garantissent la fourniture adéquate des médicaments ;
  - 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 ;
  - figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats ;
  - s'affilient à une communauté ou à une communauté de référence certifiées au sens de l'art. 11, let. a, de la loi fédérale du 19 juin 2015 sur le dossier électronique du patient.

<sup>5</sup> La planification hospitalière liée aux prestations se base sur un nombre de cas, alors que la planification liée aux capacités planifie en jours de soins. En d'autres termes, dans le cadre d'une planification hospitalière liée aux prestations, l'accent est mis sur les données de prestations, comme les données de cas ou données de cas liées au diagnostic, alors que, dans le cadre d'une planification des capacités, ce sont les données sur l'activité comme la durée de séjour ou le taux d'occupation des lits qui sont au premier plan.

- <sup>2</sup> Les cantons coordonnent leurs planifications.
- <sup>2bis</sup> 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.
- <sup>2ter</sup> 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.
- <sup>3</sup> 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).
- Voir aussi OAMal Section 11 Critères de planification, en annexe.

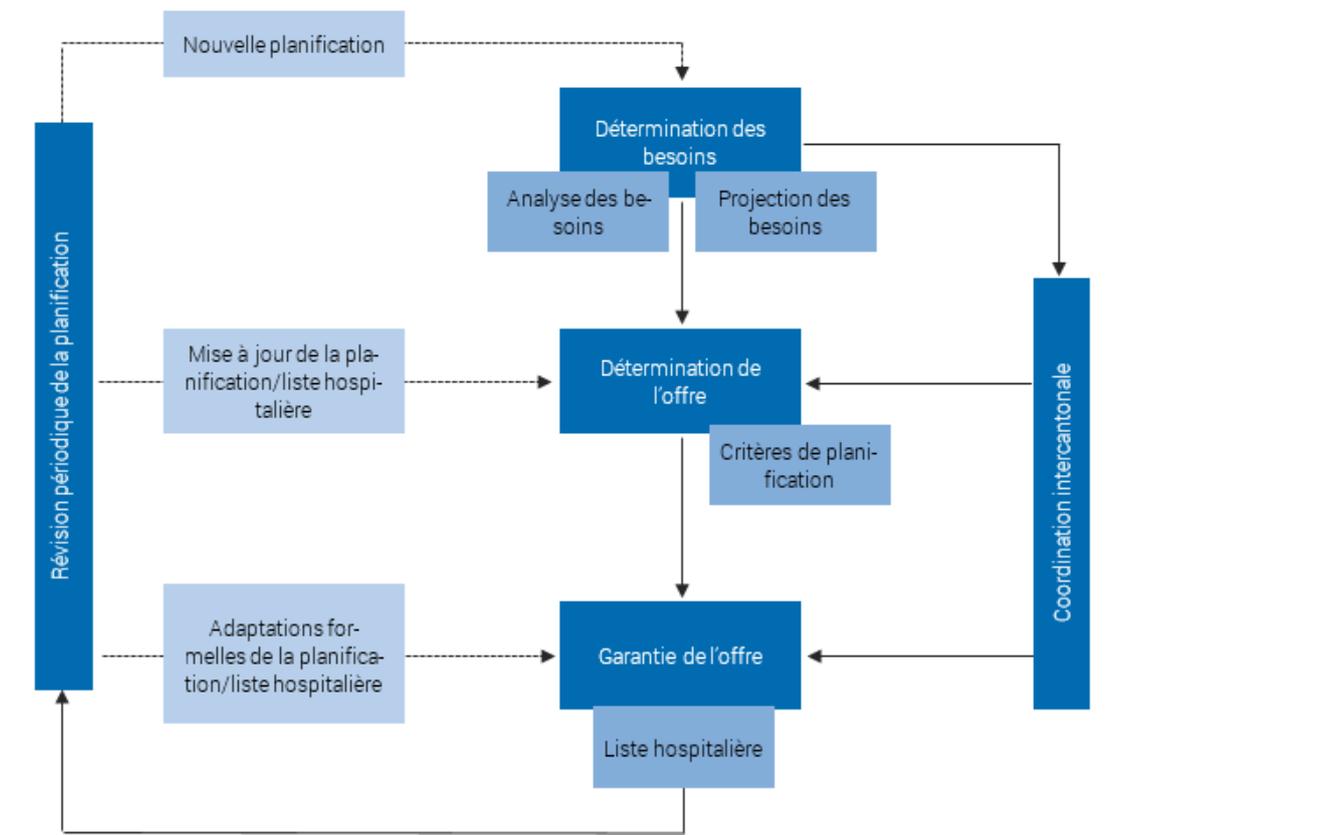
## 1.2 Le processus de planification hospitalière

En se fondant sur les dispositions de la LAMal et de l'OAMal, il est possible de distinguer les étapes de planification hospitalière cantonale (voir figure G. 1.1). Le canton de Fribourg a déjà suivi une fois tout ce processus, avec sa planification hospitalière 2015. La liste hospitalière actuellement valable est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2015, puis a été partiellement révisée en 2017 et légèrement modifiée en ce qui concerne la psychiatrie en 2022. L'examen périodique de la liste hospitalière a été facilité en effectuant, dès 2017, un monitoring des prestations sur une base régulière auprès des établissements hospitaliers fribourgeois. Ce monitoring repose notamment sur l'utilisation de données récentes issues de la statistique médicale des hôpitaux.

Tout comme pour la dernière planification, les travaux actuels sont divisés en trois étapes : (1.) la définition et la détermination des besoins en soins pour la population fribourgeoise, (2.) les travaux nécessaires à l'établissement du rapport de planification hospitalière (détermination de l'offre) et, finalement, (3.) l'établissement de la nouvelle liste hospitalière et l'octroi des mandats de prestations aux établissements hospitaliers (garantie de l'offre).

Le rapport d'évaluation des besoins constitue le point de départ de la planification hospitalière. Il vise en particulier à déterminer les besoins en soins de la population du canton. Le présent rapport sert de référence pour la période 2024-2035 et pose les bases statistiques nécessaires à la nouvelle planification qui entrera en vigueur en 2024. Comme une planification hospitalière ne se fait jamais en vase clos, il est judicieux de mettre en lumière les structures de soins existantes. Les flux de patients, qui résultent parfois des offres de soins disponibles, en font également partie.

## G. 1.1 Modèle de processus de planification hospitalière



Source : Propre représentation fondée sur la LAMal, l'OAMal et la CDS (2022a)

© Obsan 2023

## 1.2.1 Détermination des besoins

Les cantons déterminent leurs besoins selon une démarche vérifiable. L'art. 58b, al. 1 OAMal stipule qu'ils se fondent pour ce faire sur des données statistiquement justifiées et sur des comparaisons. Les cantons sont tenus, en vertu de l'art. 58b, al. 2 OAMal, de déterminer également l'offre utilisée dans des établissements qui ne figurent pas sur la liste hospitalière qu'ils ont arrêtée.

## Le processus dans le canton de Fribourg

La nouvelle liste des hôpitaux et des maisons de naissance va se fonder sur les évaluations des besoins stationnaires dans les domaines des soins somatiques aigus, de la réadaptation et de la psychiatrie, effectuées dans le cadre de la présente planification hospitalière 2024-2035 du canton de Fribourg. A cet effet, des projections concernant le recours aux soins hospitaliers de la population fribourgeoise pour cette période ont été réalisées pour déterminer les besoins à cet horizon. Des facteurs d'influence, comme les développements démographique, épidémiologique et de la technologie médicale ainsi que des durées moyennes de séjour ont été intégrés dans l'évaluation. Le présent rapport est destiné à servir de base à la nouvelle planification 2024-2035. Pour ce faire, une analyse complète des besoins en soins hospitaliers stationnaires et des projections est réalisée.

### 1.2.2 Détermination de l'offre

Comme prévu à l'art. 58b, al. 3 OAMal, les cantons déterminent, sur la base de l'analyse des besoins, l'offre qui doit être garantie afin que la couverture des besoins soit assurée. Ils listent les établissements cantonaux et extra-cantonaux permettant de répondre à ces besoins (hôpitaux répertoriés). Lors de l'évaluation et du choix de l'offre – et donc des prestataires –, les cantons prennent notamment en compte les critères de planification inscrits à l'art. 58b, al. 4 OAMal, c'est-à-dire le caractère économique et la qualité de la fourniture de prestations, l'accès des patients au traitement dans un délai utile, ainsi que la disponibilité et la capacité de l'établissement à remplir le mandat de prestations. En ce qui concerne l'évaluation du caractère économique et de la qualité, les dispositions de l'art. 58d OAMal s'appliquent. En vertu de l'art. 58d, al. 4 OAMal, lors de l'évaluation des hôpitaux, les cantons doivent en particulier veiller à la mise à profit des synergies, sur les nombres minimums des cas et sur le potentiel de concentration des prestations pour le renforcement du caractère économique et de la qualité des soins. Enfin, l'art. 39, al. 1, let. d LAMal précise qu'ils sont tenus de prendre en considération de manière adéquate les établissements privés.

#### Le processus dans le canton de Fribourg

Dans le cadre de sa planification hospitalière 2024-2035, le canton de Fribourg va établir sa nouvelle liste hospitalière de soins somatiques aigus, de réadaptation et de psychiatrie. Pour cette nouvelle période de planification 2024-2035, une procédure de sélection analogue à celle de l'ancienne planification est prévue. Dans cette optique, elle sera également basée sur les exigences du concept de groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) de la Direction de la santé du canton de Zurich. Pour l'évaluation des fournisseurs de prestations, le canton de Fribourg va appliquer les critères préparés par la direction de la santé du canton de Zurich selon la systématique GPPH, tel que recommandé par la CDS. Dans un souci de transparence et pour promouvoir la concurrence, les critères d'évaluation s'appliqueront de manière identique à tous les candidats et incluront la qualité, la rentabilité, la disponibilité à l'accueil, l'accessibilité ainsi que de la pertinence des soins. À cet effet, les différents établissements hospitaliers vont être invités à soumettre leurs offres dans le cadre d'un appel d'offres pour les différents groupes de prestations, respectivement pour une inscription sur la liste hospitalière. Pour les prestations en soins somatiques aigus, en soins palliatifs spécialisés, en réadaptation et en psychiatrie, la procédure sera la même. Après analyse de toutes les offres reçues dans les délais, une proposition d'une liste hospitalière avec l'attribution des différents mandats de prestations à partir de 2024 va être préparée. Un rapport de planification hospitalière 2024 présentant les résultats de l'analyse de façon plus détaillée sera présenté à la Commission de planification sanitaire pour préavis. Le rapport devra ensuite être approuvé par le Conseil d'État.

### 1.2.3 Garantie de l'offre (établissement de la liste hospitalière)

Afin de garantir l'offre selon l'art. 58b, al. 3 OAMal, les cantons sont tenus d'établir une liste des établissements hospitaliers et, pour ce faire, de se conformer aux dispositions de l'art. 39, al. 1, let. e LAMal. Cette dernière disposition ainsi que l'art. 58f, al. 3 OAMal les obligent à définir, dans la liste hospitalière, pour chaque établissement les groupes de prestations correspondant au mandat de prestations. Selon la nouvelle teneur de l'art. 58f, al. 2 OAMal, si l'établissement a plusieurs sites, le mandat de prestations précise le site. Les recommandations de la CDS (CDS 2022a) laissent toutefois une certaine marge de manœuvre au canton en maintenant que pour les établissements hospitaliers comportant plusieurs sites, la décision de formuler des directives pour chaque site est laissée au canton.

Le domaine des soins somatiques aigus s'appuie sur les groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) de la Direction de la santé du canton de Zurich (GDZH), soient environ 130 groupes de prestations différents. Les divergences par rapport au concept de groupes de prestations de la GDZH sont mentionnées sur les listes d'hôpitaux correspondantes.

### Le processus dans le canton de Fribourg

Conformément aux recommandations de la CDS (2018), le canton de Fribourg se base, pour la planification hospitalière dans le domaine des soins aigus, sur les groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) établis par la Direction de la santé du canton de Zurich pour les soins aigus. Pour la nouvelle planification 2024-2035, le canton de Fribourg utilise la nouvelle systématique GPPH-2023 qui regroupe les cas dans environ 130 groupes de prestations. Dans les domaines de la réadaptation et de la psychiatrie, il n'existe pas encore de groupes de prestations uniformes pour toute la Suisse. Dans cette optique, le canton de Fribourg a retenu pour ces deux catégories un regroupement de prestations similaire à celui utilisé lors de la planification 2015.

Par ailleurs, il est utile de préciser ici que, pour ce qui concerne les procédures fribourgeoises, le Conseil d'Etat a la compétence d'arrêter la planification hospitalière et de déterminer la liste hospitalière pour les prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS), sur préavis de la Commission de planification sanitaire. Cette planification va être détaillée sous forme du rapport de planification hospitalière 2024 qui sera présenté préalablement au Grand Conseil, à titre consultatif (voir l'art. 6 al. 2 let. a LSan et l'art. 15 al. 2 let. a LSan, RSF 821.0.1).

## 1.2.4 Réexamen de la planification

L'art. 58a, al. 2 OAMal oblige les cantons à réexaminer périodiquement leur planification. Comme indiqué dans les recommandations de la CDS (2022a, pp. 5 à 8), on distingue plusieurs types de modifications des planifications hospitalières cantonales :

Les modifications de nature formelle. Il s'agit là essentiellement de :

- reprises des décisions CIMHS ;
- reprises des adaptations des catalogues CHOP et CIM dans les définitions des groupes de prestations ;
- corrections d'erreurs ;
- intégration de modifications formelles telles que des changements de nom de fournisseurs de prestations.

Les mises à jour sans nouvelle planification : tant que la prévision des besoins établie dans la planification hospitalière s'avère correcte et que les autres documents de planification sont eux aussi encore valables, aucune nouvelle planification hospitalière globale n'est nécessaire dans l'intervalle de temps prévu par le canton. Il existe toutefois différentes raisons pour qu'une liste hospitalière existante soit réexaminée et actualisée :

- retrait d'un mandat de prestations (globalement ou pour un ou plusieurs groupes de prestations) ;
- réexamen de mandats de prestations limités dans le temps, à l'expiration de la période de validité ; transformation en mandats de prestations illimités dans le temps ou non-renouvellement du mandat de prestations ;
- résiliation d'un mandat de prestations par un hôpital répertorié ;
- attribution d'un mandat de prestations pour un groupe de prestations supplémentaire dans un domaine de prestations existant pour un hôpital figurant déjà sur la liste hospitalière afin d'étoffer de manière appropriée son portefeuille de prestations ;
- intégration d'un nouvel hôpital sur la liste hospitalière pour combler une insuffisance de la couverture médicale ou atténuer cette insuffisance ;
- adaptations mineures des exigences.

Si une liste hospitalière est actualisée durant l'intervalle de planification prévu par le canton et uniquement en cas d'admission d'un nouvel hôpital répertorié, il convient d'examiner les critères de besoins, de qualité, d'économicité et d'accès dans un délai utile mais, en règle générale, seulement pour ce qui est des fournisseurs intéressés. Contrairement au processus à suivre lors d'une nouvelle planification hospitalière, les hôpitaux déjà répertoriés ne sont pas à nouveau examinés selon ces critères. Les mandats de prestations des hôpitaux déjà répertoriés ne peuvent pas non plus être remis en question par la demande d'un nouveau candidat.

L'établissement d'une nouvelle planification : toute nouvelle planification passe par chacune des étapes figurant dans la figure G. 1.1 : détermination des besoins, détermination de l'offre (y c. évaluation et choix de l'offre) et publication d'une nouvelle liste hospitalière. Le processus d'une planification hospitalière doit suivre les directives de l'OAMal. Un appel d'offres, auquel participent tous les prestataires intéressés, constitue une partie intégrante du processus (cf. arrêt TAF, C-6266/2013). Étant donné que dans le secteur hospitalier, il est essentiel d'octroyer des mandats de prestations à long terme pour assurer la sécurité de la planification et des investissements des prestataires, un renouvellement de la planification incluant une analyse globale des besoins et une mise au concours de tous les mandats de prestations n'est approprié qu'à intervalles temporels importants ou si de grands écarts entre la prévision des besoins et les évolutions réelles sont constatés. Il revient aux cantons de décider de la périodicité des planifications globales incluant de nouvelles mises au concours.

#### Le processus dans le canton de Fribourg

Le Conseil d'Etat fribourgeois a adopté le rapport de planification hospitalière 2015 et l'ordonnance fixant la liste des hôpitaux et des maisons de naissance le 31 mars 2015. Cette dernière est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2015. La liste hospitalière a été partiellement révisée et l'ordonnance révisée est entrée en vigueur en 2017. C'est cette version qui a été utilisée lors des calculs. Cette ordonnance a encore été légèrement modifiée en ce qui concerne la psychiatrie et est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2022 (voir 4.1.2).

### 1.2.5 Coordination intercantonale

En vertu de l'obligation de coordonner leurs planifications, visée à l'art. 39, al. 2 LAMal, les cantons doivent notamment selon art. 58e, let. a et b OAMal : (a) exploiter les informations nécessaires concernant les flux de patients et les échanger avec les cantons concernés ; (b) prendre en compte le potentiel de coordination avec d'autres cantons pour le renforcement du caractère économique et de la qualité des prestations fournies à l'hôpital.

La coordination intercantonale est d'autant plus essentielle que des prestataires d'autres cantons sont potentiellement pertinents pour garantir des soins conformes aux besoins de la population. Les cantons doivent assurer la couverture des besoins, et donc l'offre, au moyen d'une liste hospitalière, en prenant en compte des établissements cantonaux et extracantonaux, dans la mesure où cela est nécessaire pour garantir cette couverture (art. 58b OAMal). Dans le cadre de l'analyse des besoins en soins de la population résidante du canton (art. 58a OAMal), l'établissement d'une liste cantonale des hôpitaux présuppose que les cantons connaissent la proportion de leur propre population ayant recours à des traitements hospitaliers dans d'autres cantons. Pour ce faire, il convient d'analyser tant les flux de patients entrant dans le canton que les flux sortant du canton.

Par ailleurs, la révision de la LAMal concernant le nouveau financement hospitalier, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012, a notamment introduit le libre choix de l'hôpital. L'objectif visé par le législateur était de supprimer les obstacles à la mobilité afin de stimuler la concurrence entre établissements hospitaliers. Depuis l'introduction du libre choix de l'hôpital, les patients peuvent en principe choisir librement dans quel hôpital ils veulent se faire soigner, que celui-ci se trouve ou non sur le territoire de leur canton de domicile. L'assurance-maladie obligatoire (AOS) et les cantons prennent en charge les frais de traitement dans tout hôpital disposant d'un man-

dat de prestations d'au moins un canton pour le traitement voulu, mais à concurrence toutefois du tarif de référence du canton de domicile. L'éventuelle différence de tarif reste à la charge des patients ou de leur assurance complémentaire.

#### Le processus dans le canton de Fribourg

Conformément aux recommandations de la CDS (2022a) et à la nouvelle teneur de l'art. 58e OAMal, le canton de Fribourg se coordonne avec les cantons limitrophes, les cantons dans lesquels sont établis des hôpitaux répertoriés par le canton de Fribourg, les cantons qui ont inscrit sur leur liste hospitalière des établissements du canton de Fribourg, les cantons à partir desquels des flux importants de patients parviennent ou parviendront vraisemblablement dans les hôpitaux du canton de Fribourg, les cantons vers lesquels se dirigent ou se dirigeront vraisemblablement des flux importants de patients fribourgeois. De plus, le canton de Fribourg se coordonne avec d'autres cantons si cette coordination permet de renforcer l'économicité et la qualité des prestations fournies à l'hôpital. Ainsi, pour le canton de Fribourg, la coordination se fait principalement avec les cantons de Vaud, Berne, Neuchâtel, Genève, Valais, Lucerne et Bâle-Ville.

Dans le cadre de ses planifications hospitalières, le canton de Fribourg a toujours exploité les données concernant les flux de patients à destination et en provenance d'autres cantons. Le canton de Fribourg participe en outre régulièrement à différents groupes de travail intercantonaux dans lesquels sont notamment thématiques la planification et la coordination hospitalières intercantionales. Dans ce contexte, les échanges avec les cantons voisins sont nombreux, notamment avec le canton de Vaud pour ce qui concerne par exemple l'hôpital intercantonal de la Broye (HIB), et avec le canton de Berne pour ce qui concerne la pédopsychiatrie. Le canton de Fribourg entretient par ailleurs de nombreux échanges avec le canton du Valais qui présente des caractéristiques similaires.

## 2 Données et méthode

Ce chapitre fournit des informations sur la méthodologie ainsi que sur les bases de données qui ont été utilisées pour l'élaboration de ce rapport. Il explique également le modèle de projection de même que les différents facteurs d'influence sur les besoins futurs en soins.

### 2.1 Sources de données

La Statistique médicale des hôpitaux (MS) et la Statistique des hôpitaux (KS) de l'Office fédéral de la statistique (OFS) sont à la base des analyses de la situation actuelle et des projections des besoins. Les données démographiques selon la statistique de la population et des ménages (STATPOP) ont permis de calculer les taux d'hospitalisation, tandis que les scénarios démographiques cantonaux de l'OFS ont servi de base au calcul des projections. Pour l'estimation des autres facteurs d'influence, le canton de Fribourg s'est basé essentiellement sur des informations cantonales. Enfin, des bases de données complémentaires ont été utilisées de façon ponctuelle pour donner une vue plus globale du recours aux soins.

#### 2.1.1 Statistique médicale des hôpitaux (MS)

La MS fournit chaque année les données individuelles sur les séjours hospitaliers. Chaque clinique, hôpital ou maison de naissance effectue le relevé qui est obligatoire. La MS collecte des informations sociodémographiques sur les patients comme l'âge, le sexe ou la région de domicile, des données administratives comme les informations sur l'admission et la sortie ou le type d'assurance, des données économiques comme le centre de prise en charge des coûts ainsi que des informations médicales telles que les diagnostics et les traitements.

#### 2.1.2 Statistique des hôpitaux (KS)

La statistique des hôpitaux (KS) de l'OFS sert principalement à décrire l'infrastructure et l'activité des hôpitaux et des maisons de naissances en Suisse et fournit des informations sur la typologie des hôpitaux. Elle permet, notamment avec les données de la Statistique médicale des hôpitaux, de classer les cas dans les soins somatiques aigus, la psychiatrie ou la réadaptation. La procédure exacte de délimitation des domaines de soins est décrite dans l'Encadré 4, à la page 21.

#### 2.1.3 Statistique des ménages et de la population (STATPOP)

La statistique de la population et des ménages (STATPOP) de l'OFS fait partie du système de recensement fédéral de la population. Elle fournit des informations sur l'effectif et la structure de la population résidente à la fin de l'année ainsi que sur les mouvements de population au cours de l'année civile. C'est sur la base des chiffres de population selon STATPOP que sont calculés les taux d'hospitalisation standardisés dans le cadre de l'analyse de la situation actuelle ainsi que les taux par groupe de prestations, par groupe d'âges et par sexe comme base pour les projections des besoins.

### 2.1.4 Scénarios de l'évolution de la population

En ce qui concerne l'évolution démographique, les projections des besoins présentées dans le présent rapport s'appuient sur les scénarios démographiques cantonaux de l'OFS basés sur l'année 2018, en raison de leur fiabilité. En effet, lors de la précédente planification, les résultats des projections démographiques de l'OFS pour l'année 2020 selon le scénario moyen étaient extrêmement proches des chiffres effectifs (sous-estimation de 0,06%).

Les prévisions sont inévitablement entachées d'incertitude, raison pour laquelle l'OFS calcule trois scénarios démographiques différents. Sur la base de certaines hypothèses concernant l'évolution future de la fécondité, de la mortalité, de l'immigration et de l'émigration, des migrations internes et de l'acquisition de la nationalité suisse, le nombre de naissances, de décès, de naturalisations ainsi que le solde migratoire sont estimés pour chaque année future et le niveau annuel prévu de la population est enregistré. Le scénario de référence prolonge les évolutions des dernières années. Le scénario "haut" repose sur une combinaison d'hypothèses favorables à la croissance démographique, tandis que le scénario "bas" combine des hypothèses moins favorables. Les trois scénarios couvrent la plage plausible de l'évolution démographique future possible.

### 2.1.5 Autres bases de données

D'autres bases de données ont été utilisées, de façon ponctuelle. Pour compléter l'analyse dans le domaine de la pédopsychiatrie, les données des assureurs-maladie recueillies par SASIS SA (Pool des données) permettent de présenter les consultations et leur évolution. Pour montrer le recours aux services d'urgence, ce sont les données des patients ambulatoires des hôpitaux de l'OFS (PSA) qui ont été considérées.

La liste hospitalière cantonale a été utilisée comme source d'information supplémentaire. Elle sert de base à la classification des fournisseurs de prestations entre hôpitaux répertoriés et hôpitaux non répertoriés et a permis de calculer les taux de couverture de la liste hospitalière par groupe de prestations. Fait référence ici la liste fribourgeoise selon l'Ordonnance fixant la liste des hôpitaux et des maisons de naissance du 31.03.2015 (version entrée en vigueur le 01.01.2017, à l'état de décembre 2021). Cette ordonnance a encore été légèrement modifiée en ce qui concerne la psychiatrie et est entrée en vigueur le 1er septembre 2022 (voir 4.1.2). Enfin, les cas à effectuer en principe en ambulatoire ont été identifiés sur la base de l'Annexe 1a de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), du 01.07.2020<sup>6</sup>. En ce qui concerne les développements épidémiologiques et médicotéchniques, le présent rapport s'appuie sur les études et expertises réalisées sur mandat de la direction de la santé du canton de Zurich (ISPM, 2009 ; Hess et al. 2009, 2016 ; Höglinger et al. 2019 ; GDZH, 2021) ainsi que sur le rapport d'évaluation des besoins du canton de Schaffhouse (Gesundheitsamt Kanton Schaffhausen, 2021).

## 2.2 Critères d'inclusion

L'année 2019 est l'année de référence pour les projections. Les tableaux et graphiques fournissent uniquement les cas à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS)<sup>7</sup>, le but du présent rapport étant d'évaluer les besoins en soins de la population fribourgeoise qui relèvent de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Cela est conforme à la pratique des cantons romands. Toutefois, dans les analyses qui tiennent compte du nombre minimal de cas comme indicateur de l'expertise spécifique d'un prestataire de soins, il n'est pas pertinent de limiter les cas selon l'agent payeur et l'ensemble des cas ont été considérés. Il en va de même pour le sous-chapitre sur

<sup>6</sup> [https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/kuv-leistungen/leistungen-und-tarife/aerztliche-leistungen/Anhang1a-KLV/anhang-1a-klv-01-07-2020.pdf.download.pdf/Anhang\\_1a\\_1.7.2020\\_FR.pdf](https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/kuv-leistungen/leistungen-und-tarife/aerztliche-leistungen/Anhang1a-KLV/anhang-1a-klv-01-07-2020.pdf.download.pdf/Anhang_1a_1.7.2020_FR.pdf)

<sup>7</sup> Variable agent payeur MS 1.4.V02=1 (le principal agent payeur désigne la principale entité qui assume les frais du séjour hospitalier correspondant à la division commune)

le recours aux services d'urgence (3.1.2), dont le but est de fournir une image globale de la prise en charge de la population en cas d'urgence.

## 2.3 Délimitation des types de soins

Les types de soins dans les hôpitaux sont délimités essentiellement selon les centres de prise en charge des coûts et la typologie des établissements de santé de l'OFS. Pour le canton de Fribourg, des adaptations supplémentaires ont été apportées en lien avec les cas pédiatriques du HFR relevant de la psychiatrie (voir Encadré 4).

### Encadré 4 Délimitation des domaines de soins et définition d'un cas

#### Délimitation des domaines de soins

Les cas de la Statistique médicale des hôpitaux sont attribués aux différents domaines de soins, à savoir les soins somatiques aigus, la réadaptation et la psychiatrie à l'aide de la typologie des hôpitaux de l'OFS, du centre de prise en charge des coûts (variable 1.4.V01) et du tarif retenu pour la facturation (variable 4.8.V01):

1. Dans une première étape, les cas sont attribués à la psychiatrie (M500) ou à la réadaptation (M950) sur la base du centre de prise en charge principal des coûts.
2. Dans une deuxième étape et sur la base de la typologie des hôpitaux, de nouveaux cas de psychiatrie (K211, K212) et de réadaptation (K221) sont identifiés parmi les cas restants.
3. Dans une troisième étape, les cas ayant la gériatrie (M900) comme centre de prise en charge des coûts ou les cas issus des cliniques spécialisées en gériatrie (K234) sont attribués aux soins somatiques aigus si le cas est facturé par DRG, sinon à la réadaptation.
4. Les cas qui n'ont pas été répartis entre les domaines de soins au cours des étapes précédentes (1-3) sont attribués aux soins aigus (étape 4).
5. Dans une cinquième étape, des adaptations sont apportées à l'attribution des cas en fonction de l'hôpital, des résultats d'études de plausibilisation des données, des expériences de l'Obsan dans le cadre d'études précédentes, ainsi que des clarifications avec les cantons concernés. Pour le canton de FR, les patients de moins de 18 ans hospitalisés au HFR avec un diagnostic principal de type 'F' et un centre de prise en charge des coûts M400 ou M100 sont attribués à la psychiatrie et non aux soins aigus.

Les étapes 3 (tarif de facturation) et 5 (adaptations manuelles) n'ont été effectuées qu'à partir de l'introduction du tarif SwissDRG en 2012. Avant 2012, les cas issus d'un centre de prise en charge principal des coûts en gériatrie (M900) ainsi que les cas provenant de cliniques spécialisées en gériatrie (K234) ont été considérés comme de la réadaptation.

Les définitions utilisées sont résumées dans le tableau ci-dessous :

	Soins somatiques aigus	Psychiatrie <sup>5)</sup>	Réadaptation
Définition du cas <sup>1)</sup>	A	A, C	A
Centre de prise en charge des coûts <sup>2)</sup>	autres	M500	M950
Typologie des établissements de santé <sup>3)</sup>	autres	K21	K221
Tarif de facturation <sup>4)</sup> combiné avec le centre de coûts M900	M900 & Tarif=SwissDRG		M900 & Tarif≠SwissDRG
Tarif de facturation <sup>4)</sup> combiné avec le type d'hôpital K234	K234 & Tarif=SwissDRG		K234 & Tarif≠SwissDRG
Adaptations spécifiques aux hôpitaux et aux sites:	oui	oui	oui
Adaptations spécifiques au canton de Fribourg	<18 ans au HFR avec diagnostic principal 'F' et M400 ou M100 => psychiatrie.		-

1) A: sortie entre le 1.1 et le 31.12; C: date d'entrée avant le 1.1 et traitement se poursuivant au-delà du 31.12.

2) M500=Psychiatrie et psychothérapie; M900=Gériatrie; M950=Médecine physique et réadaptation

3) K21=Cliniques psychiatriques; K221=Cliniques de réadaptation; K234=Cliniques spécialisées en gériatrie

4) Tarif de facturation=1: le cas est facturé selon SwissDRG

5) Pour la psychiatrie, les cas A et C sont compris en règle générale, excepté pour certaines analyses basées sur les variables de sortie du groupeur TARPSY.

#### Définition du cas

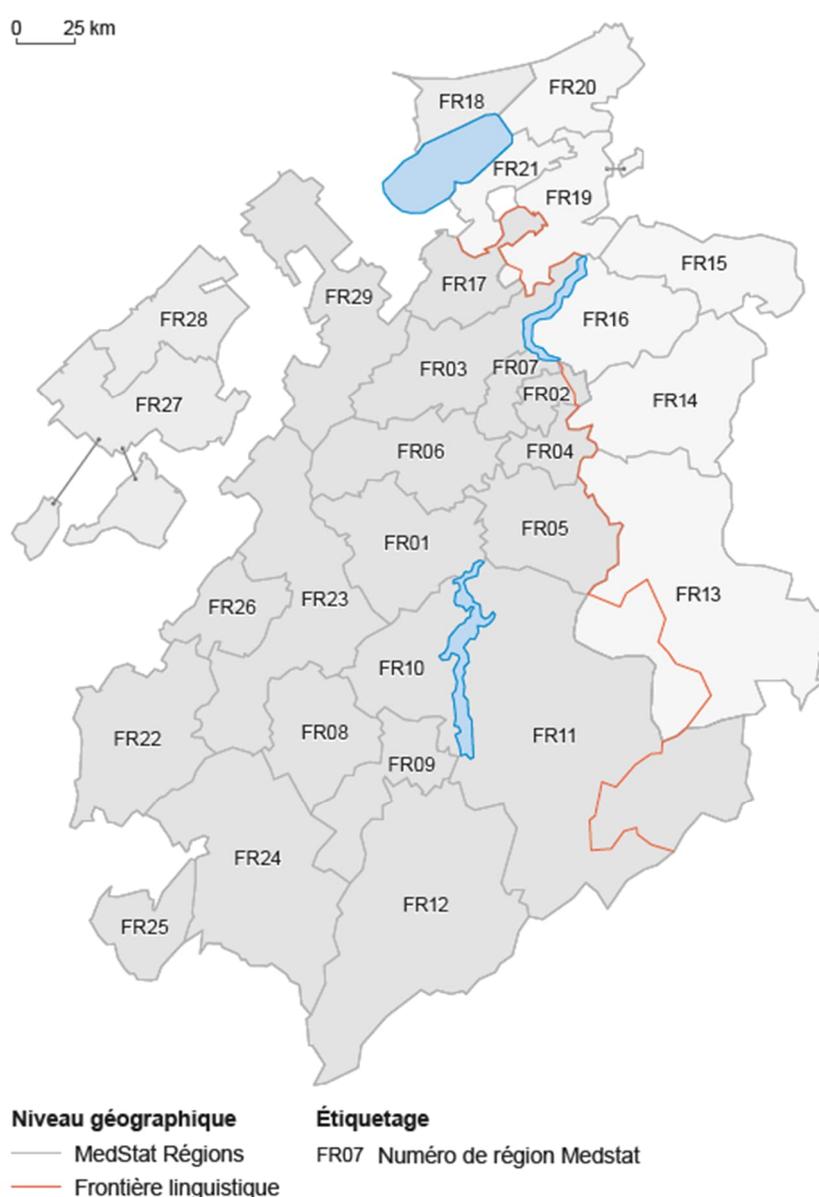
En principe, un cas correspond à une hospitalisation. Tous les cas qui sortent de l'hôpital durant l'année de référence (cas A) sont pris en compte. En psychiatrie, les cas qui passent toute l'année à l'hôpital (cas C) sont également pris en compte. Les cas sont redéfinis en soins aigus à partir de 2012 avec l'introduction de SwissDRG, et en psychiatrie à partir de 2018 avec l'introduction de TARPSY : sous certaines conditions, les cas réadmis dans les 18 jours sont regroupés sous le même numéro de cas. Ainsi, un cas peut également consister en plusieurs hospitalisations.

Sources: Obsan – ObsanSITE, OFS – Typologie des hôpitaux © Obsan 2023

## 2.4 Définition des régions

En postulant que le choix de l'hôpital est en partie lié à la langue, les régions ont été définies sur la base de la frontière linguistique, à l'aide des régions MedStat. Les régions MedStat constituent des zones géographiques suffisamment peuplées pour attribuer de manière anonyme un domicile à chaque personne hospitalisée en Suisse. La région à majorité germanophone (appelée ci-après « région germanophone ») a été délimitée par les régions FR13, FR14, FR15, FR16, FR19, FR20, FR21, le reste des régions constituant la région à majorité francophone (appelée ci-après « région francophone »). Dans l'ensemble, les régions linguistiques sont assez bien respectées à l'aide des régions MedStat (voir G 2.1). Il y a quelques imprécisions toutefois essentiellement à Fribourg-Ville (FR02) et dans les régions FR11 et FR13, concernant les communes de Cerniat, Charmey et Jaun.

G 2.1 Régions MedStat du canton de Fribourg



Source: OFS – ThemaKart

© Obsan 2023

## 2.5 Regroupement des cas

### 2.5.1 Soins aigus

Les cas en soins aigus ont été regroupés à l'aide du grouper développé par la Direction de la santé du canton de Zurich (GDZH). Tous les cas de la MS sont attribués à un groupe de prestations selon la systématique des groupes de prestations de la planification hospitalière (GPPH), en utilisant pour chaque année de données (2015-2018) les versions correspondantes du grouper GPPH et des tables de définition. Pour l'année 2019 qui est l'année de référence à la base des projections, la version utilisée est celle développée précisément pour la planification hospitalière 2023 du canton de ZH selon la version *akut-spl23-10.99.52*. Chaque groupe de prestations est clairement défini par des codes de diagnostic et de traitement spécifiques, sur la base de la classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP) et la classification internationale des maladies (CIM). Certains groupes de prestations peuvent être regroupés en domaines de prestations pour la planification hospitalière (DPPH) (voir Encadré 5 pour les DPPH et Annexe 2 pour la liste complète des GPPH selon GDZH (2021)). Cela permet une représentation claire du profil de prestations médicales d'un hôpital. Les résultats sont présentés dans le chapitre des soins aigus par DPPH. Les résultats des projections par GPPH se trouvent dans les tableaux annexés.

Encadré 5 Domaines de prestations pour les soins aigus (DPPH)

Soins de base	Paquet de base
Système nerveux et organes des sens	Dermatologie Oto-rhino-laryngologie Neurochirurgie Neurologie Ophtalmologie
Organes internes	Endocrinologie Gastroentérologie Chirurgie viscérale Hématologie Vaisseaux Cœur Néphrologie Urologie Pneumologie Chirurgie thoracique Transplantations d'organes solides
Appareil locomoteur	Orthopédie Rhumatologie
Gynécologie et obstétrique	Gynécologie Obstétrique Nouveau-nés
Autres	(Radio-)oncologie Traumatismes graves
Soins palliatifs (base drg)	

## Soins palliatifs

Depuis plusieurs années, le canton de Fribourg s'est investi dans l'élaboration d'une politique globale de soins palliatifs. La stratégie cantonale en matière de soins palliatifs ainsi que son plan de mesures ont été approuvés par le Conseil d'État en 2016 et prolongés jusqu'en 2023. Ils s'inscrivent dans l'optique d'offrir une prise en charge digne, solidaire et de qualité à des personnes atteintes d'une maladie mortelle, incurable ou chronique évolutive, quel que soit le genre d'accompagnement choisi, et ce sur l'ensemble du territoire cantonal.

Selon les données de l'OFSP/CDS et de l'OMS (OFSP&CDS, 2012 ; OMS, 2020), le nombre de patients ayant besoin de soins palliatifs en Suisse et dans le monde continuera d'augmenter ces prochaines années à cause du vieillissement des populations, de l'augmentation des maladies chroniques, des démences et des situations de multimorbidités.

De façon générale, on distingue les soins palliatifs généraux et les soins palliatifs spécialisés. Les deux types de soins sont dispensés lorsque le pronostic vital est engagé. Les soins généraux sont prodigués par des professionnels non spécialisés en soins palliatifs dans les stades précoces d'une maladie incurable ou d'une fragilité, alors que les soins spécialisés dispensés par des spécialistes en soins palliatifs sont dédiés aux états instables demandant des traitements complexes (OMS, 2020 ; OFSP, 2020).

En Suisse, les soins palliatifs généraux concernent en première intention les personnes âgées qui vivent à domicile ou en établissement médico-social (EMS). Selon la stratégie nationale en matière de soins palliatifs (OFSP, 2012), la population de patients en ayant besoin représenterait 75 à 80 % des patients en situation palliative. Le quart de patients restant nécessite des soins palliatifs spécialisés. Actuellement, les soins palliatifs sont introduits à la fin de la trajectoire du patient. Ils font trop souvent référence à la fin de vie ou réservés à des situations complexes. De plus, les médecins généralistes identifient surtout la phase terminale de la maladie et parfois même tardivement (Harrison N et al., 2012).

Dans le cadre du présent rapport, seuls les soins palliatifs spécialisés nécessitant une hospitalisation en soins aigus sont explicitement délimités, sous le terme « soins palliatifs », selon les règles de SwissDRG (codes A97A – A97G), et évalués en termes de besoins. Les patients hospitalisés nécessitant des soins palliatifs généraux sont regroupés selon le traitement principal et ne sont donc pas explicitement délimités. Au vu de ce qui a été relevé précédemment, on peut remarquer la nécessité d'identifier les patients nécessitant des soins palliatifs généraux afin de pouvoir proposer, par la suite, une orientation vers des soins adaptés. En effet, une identification précoce des patients permettrait de pallier certaines lacunes telles que des hospitalisations non planifiées, une prescription de traitements inappropriés avec un impact négatif sur la qualité de vie des patients et de leurs proches (Dalgaard KM et al., 2014).

### 2.5.2 Psychiatrie

Pour la psychiatrie, il n'existe pas encore de groupes de prestations pour la planification hospitalière uniformes pour toute la Suisse. Aussi, le canton de Fribourg a retenu les mêmes groupes et définitions que lors de la planification 2015, à savoir le regroupement des cas sur la base de l'âge des patients. Les cas de psychiatrie sont donc répartis en trois catégories : la pédopsychiatrie, la psychiatrie adulte et la psychogériatrie. Étant donné l'entrée en vigueur de la structure tarifaire TARPSY au 01.01.2018, de premières analyses sont présentées par PCG (Psychiatric Cost Group), mais les projections sont basées sur les trois groupes de prestations selon l'Encadré 6.

Encadré 6 Groupes de prestations pour la psychiatrie	
Groupes de prestations	Définitions
Pédopsychiatrie	Moins de 18 ans
Psychiatrie adulte	18 à 64 ans
Psychogériatrie	65 ans et plus

### 2.5.3 Réadaptation

Pour la réadaptation non plus, il n'existe pas de groupes de prestations pour la planification hospitalière uniformes pour toute la Suisse. Les groupes de prestations sont définis différemment selon les cantons et sont soumis à des exigences différentes, ce qui rend la coordination entre les cantons difficiles. Suite à une décision du 20 mai 2021 de l'Assemblée plénière de la CDS, la CDS a reçu la tâche d'élaborer des propositions dans le but d'arriver à une définition de la notion de réadaptation uniforme et acceptable pour tous les cantons, et à une planification systématique uniforme. Les travaux étant en cours au moment de la préparation du présent rapport, le canton de Fribourg a retenu des groupes basés essentiellement sur les codes diagnostics de la classification internationale des maladies (CIM) et marginalement, pour 2019 uniquement, sur les codes de traitements selon la classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP). Avant 2019, les groupes sont formés d'abord sur la base des diagnostics, puis les cas restants sont attribués à la réadaptation gériatrique si le patient est âgé de 75 ans ou plus, et à la réadaptation interne et oncologique si le patient est âgé de moins de 75 ans. En 2019, un nouveau code de traitement permet d'identifier les cas de réadaptation gériatrique. L'interprétation des résultats des données entre 2015 à 2019 est donc limitée étant donné le changement de définitions entre 2018 et 2019. L'année 2019 est l'année de référence sur laquelle se basent les projections. Les groupes de prestations sont définis selon l'Encadré 7. À noter que les cas relevant de la gériatrie aigüe, financés dans le cadre de la structure tarifaire DRG, n'appartiennent pas au domaine de la réadaptation du point de vue de la planification, mais des soins aigus (voir Encadré 4, à la page 21).

Encadré 7 Groupes de prestations pour la réadaptation en 2019

Groupes de prestations	Définitions
Réadaptation gériatrique	Comprend le code de traitement BA8 « réadaptation gériatrique »
Réadaptation musculo-squelettique	Diagnostic principal commençant par M (maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif) ou S (lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes)
Réadaptation cardiovasculaire	Diagnostic principal commençant par I00-I02, I05-I09, I10-I15, I20-I25, I26-I28, I30-I52, I70-I79, I80-I89, I95-I99 (maladies de l'appareil circulatoire à l'exception des maladies cérébrovasculaires)
Réadaptation pulmonaire	Diagnostic principal commençant par J (chapitre X - maladies de l'appareil respiratoire)
Réadaptation psychosomatique	Diagnostic principal commençant par F (chapitre V - troubles mentaux et du comportement)
Réadaptation neurologique	Diagnostic principal commençant par I60-I69 (maladies cérébrovasculaires), G00-G09, G10-G14, G20-G26, G30-G32, G35-G37, G40-G47, G50-G59, G60-G64, G70-G73, G90-G99 (maladies du système nerveux à l'exception des paralysies cérébrales et autres syndromes paralytiques)
Réadaptation paraplégique	Diagnostic principal commençant par G80-G83 (paralysies cérébrales et autres syndromes paralytiques)
Réadaptation interne et oncologique	Tous les cas de réadaptation non identifiés par un traitement ou diagnostic

Avant 2019, les cas de réadaptation gériatriques ne pouvant être identifiés à l'aide d'un code de traitement, le groupe de réadaptation gériatrique comprend les cas de patients âgés de 75 ans et plus non identifiés par un diagnostic, tandis que le groupe de réadaptation interne et oncologique est constitué des cas restants.

## 2.6 Calcul de la durée de séjour

De façon générale, les durées de séjour sont calculées conformément aux définitions prévues par les systèmes tarifaires, pour chacun des trois domaines.

### 2.6.1 Soins aigus

Pour les soins aigus (y compris la gériatrie aiguë), c'est la durée de séjour SwissDRG qui est retenue, calculée selon les règles et définitions pour la facturation des cas (SwissDRG 2019), à savoir :

$$\text{Date de sortie} - \text{date d'entrée} - \text{interruptions} - \text{jours de congé}$$

Les interruptions correspondent aux jours hors de l'hôpital en cas de regroupement de cas et les jours de congé à un congé administratif lorsqu'un patient quitte l'hôpital. De plus, lorsque l'entrée et la sortie ont lieu le même jour, la durée de séjour est ramenée à 1 en cas de décès et de transfert dans un autre hôpital. La durée est limitée à 365 jours.

### 2.6.2 Psychiatrie

Pour la psychiatrie, le nombre de jours de soins en moyenne est calculé selon la définition TARPSY (SwissDRG 2019), à savoir :

$$\text{Date de sortie} - \text{date d'entrée} - \text{interruptions} - \text{jours de congé} + 1$$

Le jour d'entrée et chaque jour d'hospitalisation supplémentaire sont comptés comme jours de soins, exception faite du jour de transfert le cas échéant. Les interruptions sont déduites, elles correspondent aux jours hors de l'hôpital en cas de regroupement de cas. Les jours entiers de congé sont également déduits. Le nombre de jours de congé s'obtient par la somme des heures des congés administratifs (minutes comprises) divisée par 24, étant pris en compte uniquement les congés administratifs de minimum 24 heures. Enfin, le nombre de jours par séjour est limité à 365 jours.

### 2.6.3 Réadaptation

Pour la réadaptation, le nombre de jours de soins en moyenne est calculé dans l'esprit de la définition ST-Reha (SwissDRG 2022), à savoir :

$$\text{Date de sortie} - \text{date d'entrée} - \text{jours de congé} + 1$$

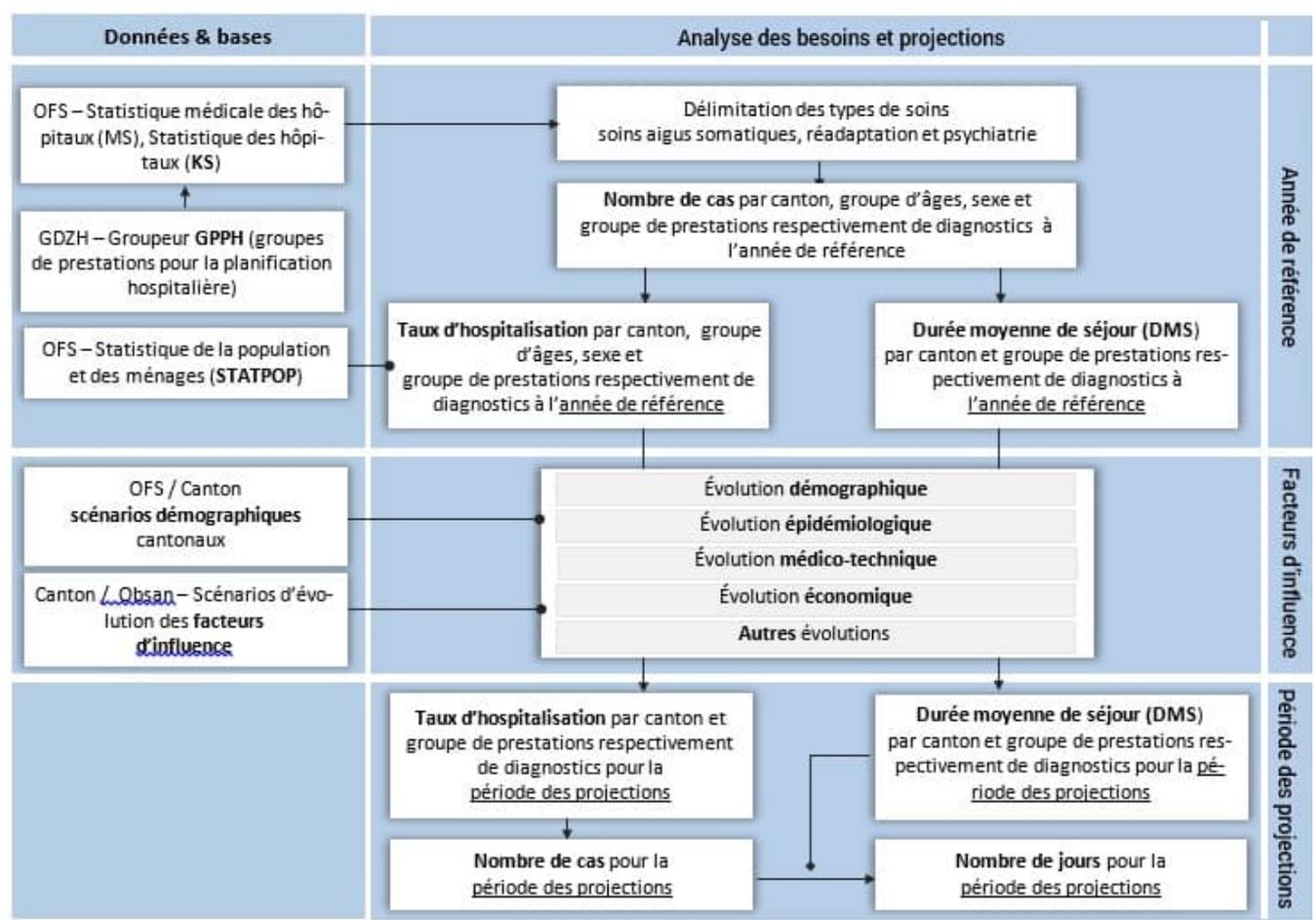
La définition correspond à celles des jours pour la psychiatrie, excepté qu'il n'y a pas –encore- de regroupement des cas et que de ce fait, on ne déduit pas les interruptions. Le nombre de jours par séjour est limité à 365 jours.

## 2.7 Modèle de projection

Dans le contexte de la planification hospitalière liée aux prestations que les cantons sont tenus d'effectuer, l'Obsan a élaboré en collaboration avec Statistique Vaud (anciennement SCRIS) un modèle de projection du nombre de cas et de jours de soins qui sert de base à la planification hospitalière de plusieurs cantons romands et allemands. Le dossier de l'Obsan n° 32 (Weaver et al., 2009) contient une documentation détaillée sur le modèle ainsi que sur la méthodologie sous-jacente. Le modèle utilisé actuellement est une version révisée de ce modèle permettant de mieux tenir compte de l'exigence de prendre en compte les divers facteurs d'influence. La figure

G 2.2 montre une représentation schématique du modèle de projection. La technique de projection ainsi que les facteurs d'influence déterminants sont expliqués ci-après.

G 2.2 Modèle de projection de l'Obsan pour l'évaluation des besoins en soins stationnaires



Source: propre représentation

© Obsan 2023

### 2.7.1 Technique de projection

Contrairement à ce que l'on appelle l'extrapolation de tendance ou les modèles de séries temporelles, dans lesquels les projections s'effectuent sur la base des tendances observées dans le passé, le modèle de projection de l'Obsan se base uniquement sur une année de référence, généralement l'année de données la plus récente. En effet, l'extrapolation de tendance nécessite des séries temporelles stables. Dans le contexte de la planification hospitalière, cela n'est pas garanti. Les systèmes de classification médicale utilisés pour coder les diagnostics et les traitements - notamment CHOP et CIM - sont adaptés en permanence à l'évolution des conditions. En conséquence, les groupes des prestations sur lesquels se base la planification hospitalière sont également mis à jour chaque année. Ces adaptations sont essentielles, mais elles ont pour conséquence qu'il n'existe pas forcément de séries temporelles stables au niveau des différents groupes de prestations. Par conséquent, il est plus judicieux de se baser sur l'année la plus récente pour les projections. Bien que les données 2020 seraient disponibles, c'est l'année 2019 qui sert ici de base aux projections, étant donné que l'année 2020 coïncide avec le début de la pandémie de Covid-19 et que les données de cette année-là ne sont pas adaptées car hors norme. En effet,

elles relèvent d'une situation extraordinaire avec beaucoup d'hospitalisations en urgence et également d'annulations et/ou de reports d'interventions électives. Dans le modèle de projection de l'Obsan, seuls sont intégrés les facteurs d'influence et les évolutions pour lesquels il existe des évidences empiriques ou un large consensus parmi les spécialistes, et uniquement à condition que ces évolutions soient quantifiables.

La procédure d'évaluation des besoins en soins se résume par les étapes suivantes :

1. Identification des prestations pertinentes pour l'évaluation des besoins : la délimitation des domaines de soins somatiques aigus, de réadaptation et de psychiatrie parmi les cas de la statistique médicale (MS) est ici décisive.
2. Calcul du nombre de cas par canton de résidence, groupe d'âge, sexe et groupe de prestations pour l'année de référence.
3. Calcul des taux d'hospitalisation durant l'année de référence en rapportant les cas par canton de résidence, groupe d'âge, sexe et groupe de prestations à la population résidente du canton.
4. Estimation des taux d'hospitalisation au cours de la période de projections en tenant compte des évolutions attendues sur les plans économique, épidémiologique et médicotechnique.
5. Estimation du nombre de cas au cours de la période de projections sur la base des taux d'hospitalisation et des scénarios d'évolution démographique.
6. Calcul de la durée moyenne de séjour (DMS) par groupe de prestations pour l'année de référence.
7. Estimation de la DMS pour la période de projections en tenant compte des évolutions attendues sur les plans économique, épidémiologique et médicotechnique.
8. Estimation des journées de soins pour la période de projections à partir du nombre de cas estimé et de la DMS estimée par groupe de prestations.

Le modèle de projection permet donc d'estimer les besoins en prestations de la population résidente du canton de planification en termes de nombre de cas et de nombre de journées de soins attendus.

## 2.7.2 Évolution démographique

La structure démographique de la population se situe au cœur des enjeux politiques, économiques et sociaux de chaque société, notamment en ce qui concerne la mise en place, la répartition et le maintien des prestations sociales. Le vieillissement de la population, qui s'accroît en Suisse année après année, met la pression sur le système de sécurité sociale, et affecte particulièrement le financement des retraites et du système de santé. L'établissement de projections démographiques permet d'offrir des pistes de réflexion sur les évolutions possibles de la population. À ce titre, les projections démographiques constituent un outil majeur pour la planification du système de santé et sont intégrées dans le modèle de projection de l'Obsan. Les projections démographiques ne sont pas des prédictions déterministes mais sont construites à partir de différents scénarios quant aux évolutions plausibles de la population résidente permanente. Ces évolutions auront lieu pour autant que les hypothèses proposées se réalisent (OFS, 2020a). Les projections démographiques utilisées dans ce rapport pour l'évaluation des besoins en soins stationnaires proviennent de l'OFS (voir aussi 2.1.4). Il est important de noter qu'une incertitude demeure sur l'évolution effective que va connaître la population. Dans ce contexte, il est intéressant de mentionner que le monitoring de l'OFS publié récemment (OFS, 2022) montre une augmentation importante du nombre de décès de personnes âgées à la suite de la pandémie de Covid-19. Ceci a freiné la croissance du nombre de personnes de 65 ans ou plus. Par ailleurs, au vu de la situation en Ukraine, un afflux de réfugiés supérieur à ce qui avait été envisagé aura probablement un effet inverse dans les classes d'âges plus jeunes.

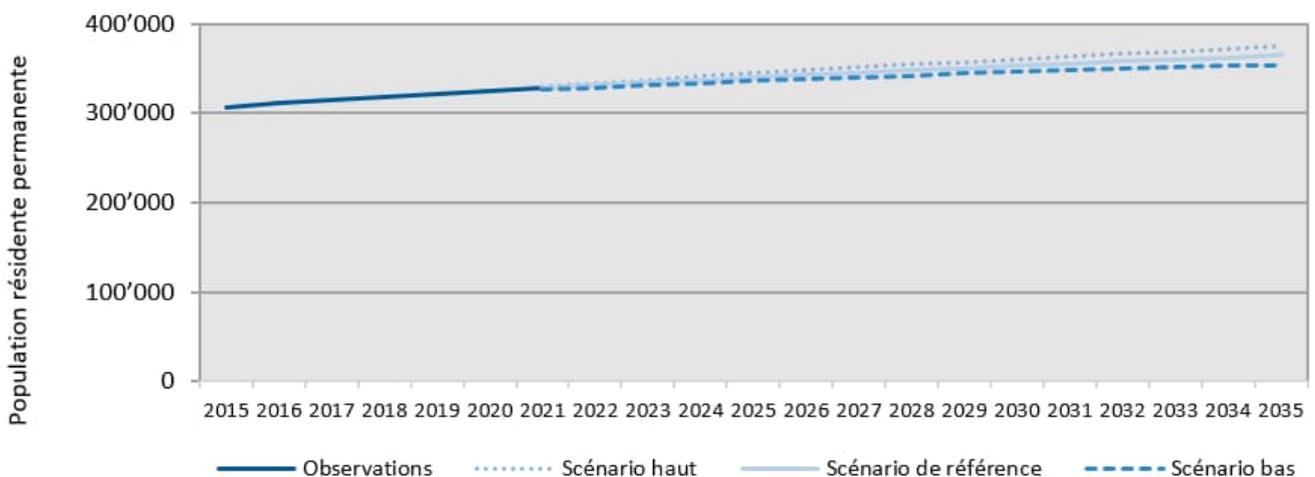
À la fin de l'année 2019, la population résidente permanente du canton de Fribourg était de 321'783 personnes (G 2.3). Avec un taux d'accroissement annuel moyen (TCAM) de la population de 1,1% depuis 2015, le canton comptait alors 14'322 habitants supplémentaires en quatre ans. Cette croissance démographique est légèrement plus forte que celle observée en moyenne suisse sur la même période (TCAM de 0,9%).

Les scénarios concernant l'évolution future de la population sont développés par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Ils s'appuient sur des hypothèses ayant notamment trait à l'évolution de la fécondité, de la mortalité ou des migrations internationales. L'OFS élabore trois scénarios dont la fourchette couvre l'évolution future probable de la population.

- Le scénario de référence (Scénario moyen) correspond à une poursuite des développements des dernières années.
- Le scénario haut est basé sur une combinaison d'hypothèses favorables à la croissance de la population.
- Le scénario bas est basé sur une combinaison d'hypothèses qui sont moins favorables à la croissance de la population.

Le scénario de référence de l'OFS prévoit que la population résidente permanente du canton de Fribourg passera à 364'820 personnes à l'horizon 2035 (+43'037 par rapport à 2019). Les scénarios bas et haut établissent une fourchette allant de 354'408 à 375'233 personnes. Dans le canton de Fribourg comme pour l'ensemble de la Suisse, la croissance de la population attendue entre 2019 et 2035 est de 13,4% selon le scénario de référence.

G 2.3 Population résidente permanente du canton de FR, évolution et projections par scénario, 2015-2035



Source: OFS – STATPOP, Scénarios de l'évolution démographique

© Obsan 2023

En 2019, le canton de Fribourg se distingue par sa population particulièrement jeune. Avec 19,9% de la population résidente permanente âgée de moins de 18 ans, le rapport de dépendance des jeunes<sup>8</sup> y est de 36%. Pour l'ensemble la Suisse, les moins de 18 ans représentaient 17,9% de la population pour un rapport de dépendance des jeunes de 33%. A l'inverse, le rapport de dépendance des personnes âgées<sup>9</sup> était plus bas dans le canton de Fribourg (26%) que pour l'ensemble de la Suisse (30%).

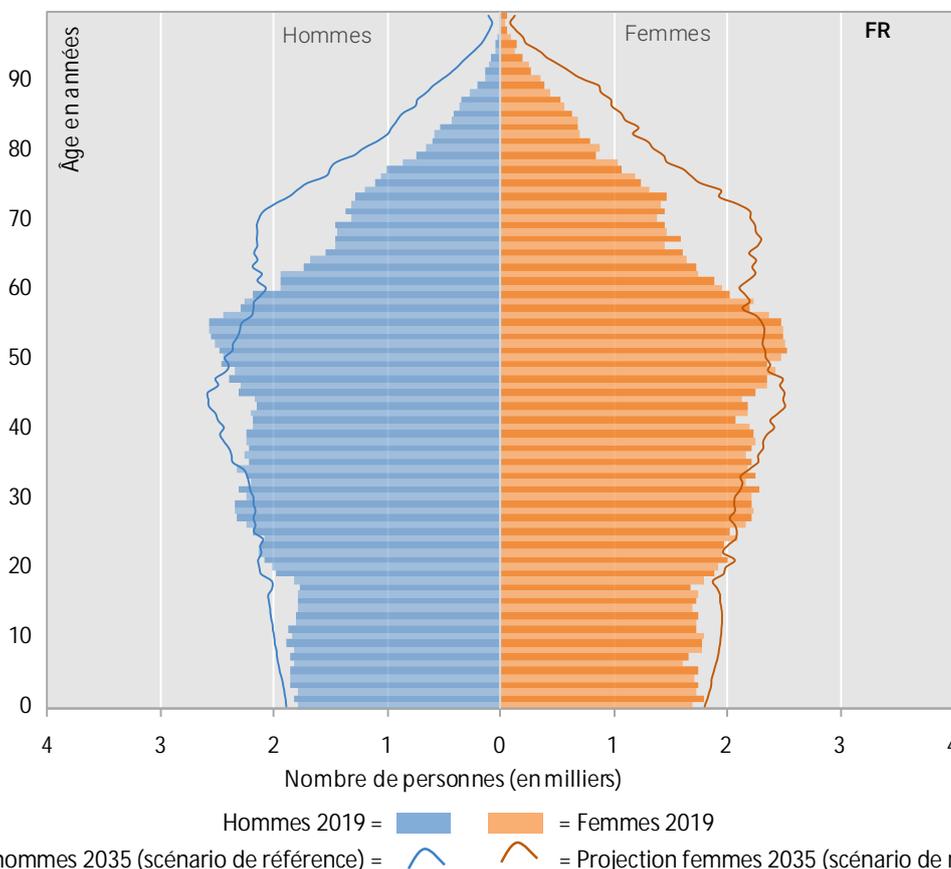
Les effets du vieillissement démographique devraient toutefois clairement se manifester dans les années à venir, avec l'arrivée à la retraite de la deuxième vague de baby-boomers (nés entre 1954 et 1974). Selon le scénario de

<sup>8</sup> Rapport de dépendance des jeunes: 0–19 ans / 20–64 ans

<sup>9</sup> Rapport de dépendance des personnes âgées: 65+ ans / 20–64 ans

référence, le nombre de personnes âgées de 60 à 79 ans devrait augmenter de 40% entre 2019 et 2035 (Suisse : +28%) et de 97% pour les 80 ans et plus (Suisse : +64%). Il en découle une hausse rapide du rapport de dépendance des personnes âgées, lequel devrait passer de 26% en 2019 à 41% en 2035 (Suisse : 30% et 42%)

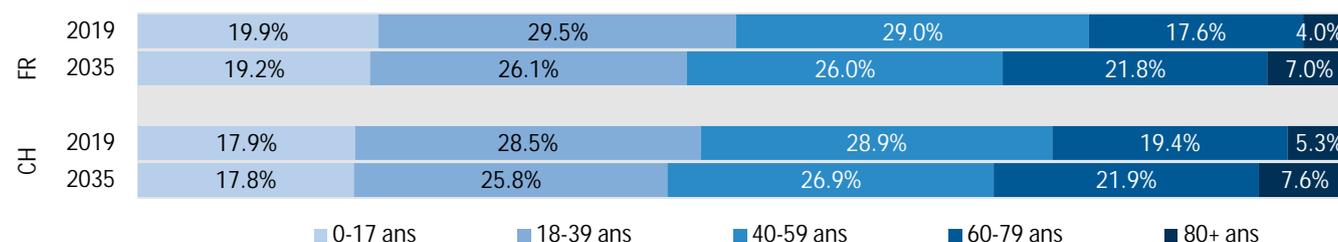
G 2.4 Structure prospective de la population fribourgeoise, scénario moyen, 2019 et 2035



Chiffres-clés	FR			CH		
	2019	2035	Δ	2019	2035	Δ
Population	0,3 Mio.	0,4 Mio.	+13%	8,6 Mio.	9,8 Mio.	+13%
Rapport de dépendance des jeunes	36%	38%	+2 pp.	33%	35%	+3 pp.
Rapport de dépendance des personnes âgées	26%	41%	+15 pp.	30%	42%	+11 pp.

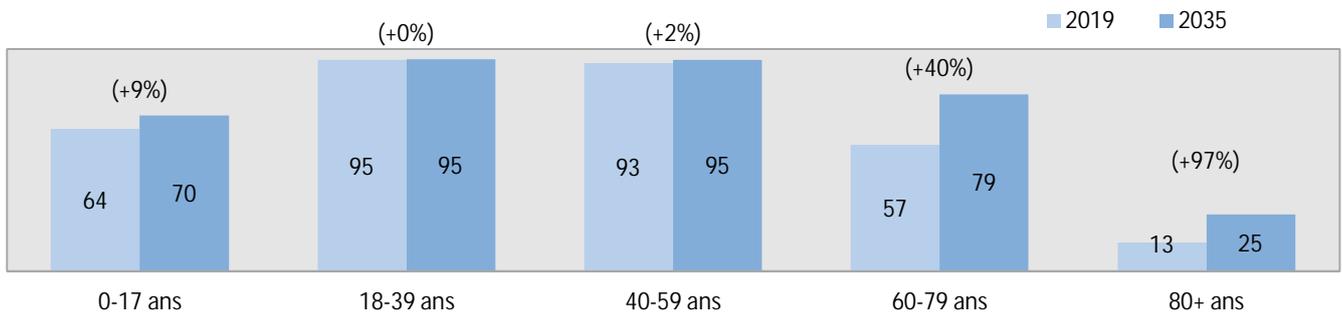
pp. = Points de pourcentage, Δ = Changement (Delta)

Répartition par classe d'âge FR et CH, 2019 et 2035



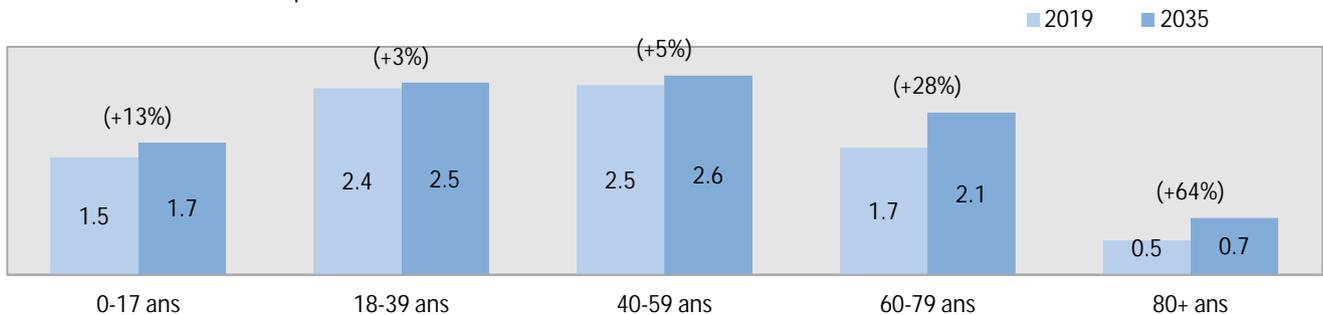
Population résidante (en milliers) par classe d'âge, FR, 2019 et 2035

Taux de croissance en % entre parenthèses



Population résidante (en millions) par classe d'âge, CH, 2019 et 2035

Taux de croissance en % entre parenthèses



Sources: OFS – STATPOP, Scénarios de l'évolution démographique

© Obsan 2023

### 2.7.3 Autres facteurs

Outre l'évolution démographique, d'autres facteurs peuvent influencer sur les futurs besoins en soins. Il s'agit en particulier des conditions-cadres économiques, des changements épidémiologiques et des développements médico-techniques. Ces évolutions peuvent affecter la fréquence des hospitalisations et leur durée. Il est possible d'intégrer de tels facteurs d'influence supplémentaires dans le modèle de projection des besoins en soins sous la forme de scénarios sur les taux d'hospitalisation.

#### *Évolution de la situation économique*

Les incitations économiques peuvent avoir un impact significatif sur l'évolution de l'offre et du recours à certaines prestations. Dans le contexte des soins stationnaires, le transfert vers l'ambulatoire et la réduction de la durée de séjour résultant de l'introduction de tarifs forfaitaires par cas revêtent une importance majeure.

#### *Transfert vers l'ambulatoire*

Au cours des dernières années, le transfert du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire est devenu un thème important de la politique de santé. En principe, moins la rémunération selon le tarif hospitalier sera attractive par rapport à la rémunération des prestations ambulatoires correspondantes, plus les prestations seront transférées du secteur hospitalier vers le secteur ambulatoire. Si les traitements sont entièrement transférés du secteur hospitalier vers le secteur ambulatoire, cela entraîne une réduction du nombre de cas dans le secteur

hospitalier. Il est également envisageable de ne transférer qu'une partie des composantes des prestations stationnaires vers le domaine ambulatoire, c'est-à-dire que le traitement principal continue d'être dispensé à l'hôpital, mais qu'une partie des examens et des investigations sont transférés vers le domaine ambulatoire (Felder et al. 2014, Widmer et al. 2017). Alors que les transferts globaux ont un impact sur de prestations stationnaires se répercutent en particulier sur le nombre de cas ou sur les taux d'hospitalisation, les transferts partiels influencent en premier lieu la durée des séjours stationnaires.

Afin d'encourager le transfert vers le secteur ambulatoire, plusieurs cantons ont introduit dès 2017 des listes de prestations chirurgicales qui, sauf contre-indication médicale justifiée, doivent être effectuées en ambulatoire. La Confédération a également édicté des prescriptions en la matière en adaptant l'ordonnance sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins (OPAS). Ces prescriptions s'appliquent au niveau national et concernent six groupes d'interventions chirurgicales. La modification correspondante de l'OPAS est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2019 (voir aussi BAG, 2019). Jusqu'à fin 2022, le canton de Fribourg s'est référé aux interventions que la Confédération a définies dans le cadre de la réglementation "l'ambulatoire avant le stationnaire" (AVOS) en vigueur dans toute la Suisse (voir T 2.1). C'est logiquement cette liste qui a été retenue au moment des calculs. Au terme de la rédaction du présent document, la Confédération a décidé de modifier l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) sur la base d'un rapport d'évaluation commandé par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), recommandant l'harmonisation des différentes listes existantes dans les cantons et la Confédération à l'échelle suisse. L'OPAS a donc été adaptée à cet effet au 1<sup>er</sup> janvier 2023 avec une liste de 18 groupes d'interventions qui devront dorénavant être réalisées en ambulatoire (à moins que des circonstances particulières n'exigent une hospitalisation). Le canton de Fribourg devra suivre cette nouvelle liste de 18 interventions à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2023<sup>10</sup>.

### T 2.1 Liste des interventions analysées

Groupe d'interventions	Libellé
Opérations unilatérales des veines variqueuses des membres inférieurs	Varices
Interventions pour hémorroïdes	Hémorroïdes
Opérations unilatérales d'hernies inguinales	Hernies inguinales
Examens / interventions au niveau du col utérin ou de l'utérus	Col utérin
	Examens de l'utérus
	Curetage
Arthroscopies du genou, y c. opérations du ménisque	Méniscectomie
	Arthroscopie du genou
Opérations sur des amygdales et des végétations adénoïdes	Amygdalectomie

Source: présentation propre sur la base du tableau I de l'annexe 1a OPAS du 1<sup>er</sup> juillet 2020

© Obsan 2023

<sup>10</sup> Les interventions sont les suivantes : Yeux (Cataracte (étoile grise)). Interventions de l'appareil locomoteur (Chirurgie de la main ; Chirurgie du pied (excl. hallux valgus) ; Ablation de matériel d'ostéosynthèse (AMO) ; Arthroscopies du genou, y compris opérations du ménisque). Cardiologie (Procédures d'analyse cardiologique (Examens cardiologiques) ; Implantation, remplacement et enlèvement de pacemakers). Vaisseaux (Opérations des veines variqueuses des membres inférieurs ; Angioplastie transluminale percutanée (PTA), y compris dilatation par ballonnet). Chirurgie générale et viscérale (Interventions pour hémorroïdes ; Opérations unilatérales de la hernie inguinale ; Interventions des hernies ombilicales ; Interventions de la fistule anale). Gynécologie (Examens et interventions au niveau du col utérin ; Examens et interventions au niveau de l'utérus). Urologie (Circoncision ; Lithotripsie par onde de choc extracorporelle (ESWL). Oto-rhino-laryngologie (Opérations sur des amygdales et des végétations adénoïdes). Les critères justifiant un traitement stationnaire ont également été adaptés. Voir Annexe 1a de l'OPAS, Modifications du 28 novembre 2022 pour le 1<sup>er</sup> janvier 2023 : <https://www.bag.admin.ch/bag/> (édition du 1<sup>er</sup> janvier 2023)

L'Obsan a traité le thème de l'ambulatoire avant le stationnaire dans le cadre de diverses études et analyses, créant ainsi des bases essentielles pour le débat politique (cf. notamment Roth & Pellegrini 2018a, 2018b, 2021). Les analyses de l'Obsan montrent que la part des interventions réalisées en ambulatoire varie considérablement d'un canton à l'autre parmi les interventions devant en principe être réalisées en ambulatoire. En conséquence, il existe également des différences cantonales concernant le potentiel de transfert encore existant. Même dans les cantons où une grande partie des interventions concernées sont déjà réalisées en ambulatoire, il existe encore un potentiel de transfert important (cf. Roth & Pellegrini, 2018b). Il faut tenir compte du fait que certains cas ne peuvent de facto être traités en ambulatoire. Un traitement stationnaire est indiqué, par exemple, en présence de comorbidités déterminantes. Pour tenir compte de telles circonstances, l'OFSP a défini des critères permettant un traitement stationnaire (cf. annexe 1a OPAS). L'actualisation du monitoring à l'aide des données 2019 et 2020 (Roth & Pellegrini, 2021 ; GDZH, 2021) montre que la modification de l'OPAS a bel et bien entraîné une diminution de la prise en charge stationnaire et une augmentation de la prise en charge ambulatoire pour la majorité des groupes d'interventions analysés. Il est difficile de prévoir à l'heure actuelle dans quelle mesure l'évolution actuelle se poursuivra. L'évolution future dépendra avant tout des progrès de la médecine. D'autre part, l'introduction de mesures réglementaires supplémentaires pour encourager l'ambulatoire sera également déterminante le cas échéant. La comparaison internationale laisse supposer qu'il existe encore un potentiel en matière d'ambulatoire. En Allemagne, l'association faïtière de l'assurance maladie obligatoire (GKV-Spitzenverband), l'Association allemande des hôpitaux (DKG) et l'Association allemande des médecins conventionnés (KBV)<sup>11</sup> ont conclu un contrat sur la réalisation d'interventions ambulatoires et d'autres interventions remplaçant une hospitalisation (AOP-Vertrag). La liste des interventions à effectuer en ambulatoire qui y est convenue (AOP-Katalog)<sup>12</sup> est nettement plus importante que les listes AVOS en Suisse.

Tous les cas pour lesquels des soins ambulatoires sont en principe possibles ne sont pas nécessairement traités en ambulatoire, par exemple lorsqu'il existe des maladies secondaires graves ou que d'autres interventions nécessitant l'hospitalisation sont effectuées au cours du même séjour. C'est pourquoi, dans une deuxième étape, on examine quels cas, parmi ceux identifiés précédemment, remplissent certains critères pour une hospitalisation. Pour ce faire, les critères de l'OFSP selon l'annexe 1a de l'OPAS du 1<sup>er</sup> juillet 2020 ont été retenus<sup>13</sup>. Certains peuvent être identifiés à l'aide de la Statistique médicale (MS), d'autres pas. Cette impossibilité d'identifier précisément les critères justifiant une hospitalisation dans la MS conduit à une surestimation des cas transférables. Pour tenir compte de cette situation, le canton estime le pourcentage de cas qui seront effectivement traités en ambulatoire.

### *Durée moyenne de séjour*

Outre le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire, l'introduction d'un montant forfaitaire par cas pour les soins aigus depuis 2012 entraîne une pression économique sur la durée du séjour. Contrairement aux formes de rémunération liées à la durée (telles que les forfaits journaliers) ou aux prestations individuelles (Tarmed), les prestations médicales sont payées sous forme d'un forfait par cas de traitement, ce qui signifie, du point de vue des prestataires, que le bénéfice est indépendant de la durée du séjour mais que les coûts augmentent lorsque le séjour se prolonge. En cohérence avec ces hypothèses, on a finalement constaté dans les années qui ont suivi l'introduction des SwissDRG un recul continu de la durée moyenne de séjour dans presque tous les cantons. Il faut toutefois noter qu'avant l'introduction des forfaits par cas, on observait déjà une baisse continue des durées de séjour (DMS). Il n'est pas possible de déterminer de manière définitive dans quelle mesure l'introduction de forfaits par cas uniformes a influencé l'évolution de la DMS depuis 2012 (voir Tuch et al., 2018). Indépendamment

<sup>11</sup> Kassenärztliche Bundesvereinigung

<sup>12</sup> <https://www.dkgev.de>

<sup>13</sup> Critères valables au moment des calculs. Entre-temps, l'OFSP a revu les critères qui devront être appliqués dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022 (voir note n°10).

de cela, la question se pose de savoir dans quelle mesure des hypothèses sur l'évolution des durées de séjour sont appropriées à l'heure actuelle. D'une part, on peut argumenter que la pression sur les durées de séjour est toujours présente en raison des coûts d'opportunité dans un système de forfaits par cas. D'autre part, on pourrait aussi argumenter que le potentiel de réduction des DMS, qui existait avant l'introduction des SwissDRG, est aujourd'hui largement épuisé. Par conséquent, il ne serait pas plausible de poursuivre la tendance à la baisse des durées de séjour dans la même mesure depuis l'introduction de SwissDRG.

Pour la psychiatrie, l'introduction du système tarifaire TARPSY en 2018 permet d'aboutir à une rémunération liée à la prestation, basée sur des PCG (Psychiatric Cost Group). Le cost-weight effectif est le produit de la durée de séjour avec les costweights journaliers associés à chaque PCG, reflétant les besoins en ressources spécifiques (OFS, 2020b). Ce nouveau système exerce également une pression économique, car généralement les costweights journaliers forment une fonction décroissante avec le temps. Enfin pour la réadaptation, l'entrée en vigueur de ST-Reha est toute récente (2022) et l'indication à la réadaptation hospitalière, toujours plus restrictive, doit se justifier sur la base de l'état de santé du patient et de son potentiel de réadaptation.

### *Évolutions épidémiologiques*

L'épidémiologie traite de la propagation et de l'origine de situations et d'événements qui affectent la santé de la population. Sont étudiés les différents facteurs qui contribuent à la santé et à la maladie des individus et des populations. Les évolutions épidémiologiques comprennent les tendances dans le temps entraînant une modification du besoin de traitements et/ou interventions à l'hôpital. En voici un exemple : en supposant que la proportion d'hommes fumeurs adultes diminue, on peut conclure à une tendance à la baisse des traitements du cancer du poumon dans cette population. Le modèle de projection de l'Obsan permet de tenir compte des évolutions épidémiologiques. La difficulté est de pouvoir non seulement les identifier mais aussi les quantifier. Il existe différentes pratiques décrites ci-après.

Les hypothèses sur les évolutions épidémiologiques peuvent être déduites des tendances passées. Le canton de Genève l'a fait dans le cadre de la planification hospitalière 2020-2023 en ce qui concerne l'insuffisance cardiaque chez les patients de 80 ans et plus et les cancers métastatiques chez les patients de plus de 40 ans. Sur la suggestion d'un groupe d'experts médicaux, des hypothèses concrètes ont été déduites de l'évolution des années précédentes, puis intégrées dans le modèle de projection (voir DSES, 2019).

Dans une large mesure, les effets des évolutions épidémiologiques sont déjà pris en compte dans la projection des besoins futurs par le biais des scénarios démographiques. D'une part, l'âge est l'un des principaux "facteurs de risque" pour les maladies les plus répandues dans les sociétés développées, telles que le cancer et les maladies cardiovasculaires et neurodégénératives (voir Niccoli et Partridge, 2012 ; Meijer et al. 2013). D'autre part, certains facteurs de risque apparaissent plus fréquemment dans certains groupes d'âge. Il s'agit par exemple de comportements liés à la santé tels que la consommation de substances engendrant une dépendance (par exemple le tabac et l'alcool) ou les rapports sexuels non protégés, qui sont responsables d'une part importante des problèmes de santé chez les jeunes adultes (WHO, 2009). Comme de nombreux tableaux cliniques et facteurs de risque dépendent de l'âge et du sexe, il en résulte une étroite interaction entre l'épidémiologie et la démographie (cf. Löwel et Meisinger, 2006). Dans le modèle de projection, les taux d'hospitalisation sont calculés séparément pour différentes pathologies ou groupes de prestations selon le sexe et le groupe d'âge. Ainsi, les effets résultant de l'interaction entre les tableaux cliniques et les facteurs de risque spécifiques à l'âge et au sexe et des changements dans la structure de la population sont pris en compte lors des projections des besoins futurs. Compte tenu de l'augmentation de l'espérance de vie, on s'attendrait peut-être intuitivement à une baisse des taux d'hospitalisation dans les groupes d'âge élevés. Il serait donc indiqué d'adapter en conséquence les taux d'hospitalisation de l'année de référence pour ces groupes d'âge, si l'on veut ainsi prévoir les besoins futurs en prestations. Les analyses de l'Obsan à ce sujet ne confirment toutefois pas une telle corrélation. Au contraire, on constate ces dernières années une légère tendance à la hausse des taux d'hospitalisation dans les groupes d'âge

à partir de 70 ans environ. En revanche, on constate une tendance à la baisse des taux d'hospitalisation dans les groupes d'âge entre 40 et 65 ans. Si l'on tient compte du fait que l'augmentation de l'espérance de vie est due en grande partie aux progrès de la technique médicale, qui permettent de traiter certaines indications même à un âge avancé, la tendance constatée semble à nouveau plausible. Dans l'ensemble, les tendances observées ne sont toutefois pas suffisantes pour justifier un ajustement systématique des taux d'hospitalisation par groupe d'âge en raison de l'augmentation de l'espérance de vie.

Une autre possibilité d'intégrer les évolutions épidémiologiques dans les prévisions des besoins consiste à s'appuyer sur les preuves empiriques tirées de la littérature spécialisée. Pour la planification hospitalière 2012, la direction de la santé du canton de Zurich (GDZH) a mandaté l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Berne (ISPM) pour réaliser une expertise sur l'effet de l'évolution épidémiologique sur le nombre de cas stationnaires en soins aigus et en réadaptation. L'ISPM a réalisé une vaste analyse de la littérature afin de recenser les informations pertinentes sur les tendances des interventions, des maladies et des facteurs de risque de certaines maladies pour la Suisse (ISPM, 2009). La GDZH a utilisé les hypothèses quantifiées dans le cadre de sa planification hospitalière 2012 (GDZH, 2009) ainsi que pour l'actualisation des prévisions des besoins en soins somatiques aigus 2015-2025 (GDZH, 2017a). Dans le cadre de la planification hospitalière 2023 de la GDZH, les hypothèses relatives aux évolutions épidémiologiques ont été réexaminées. Les résultats des analyses de la GDZH ne permettent pas de mettre en évidence de développements particuliers pour les soins aigus, ni d'ailleurs pour la psychiatrie et la réadaptation. Par conséquent, dans la planification hospitalière 2023, la GDZH a renoncé à prendre en compte des évolutions épidémiologiques supplémentaires - qui vont au-delà du vieillissement de la population - dans la projection des besoins (GDZH, 2021).

Il convient de noter qu'il est extrêmement difficile de quantifier les effets des évolutions épidémiologiques. Par conséquent, on ne trouve dans la littérature spécialisée que peu d'études qui font de telles prévisions et encore moins qui peuvent être appliquées à la Suisse.

Dans le présent rapport, le vieillissement démographique est donc considéré comme le facteur d'influence épidémiologique central, et est intégré dans les projections via les scénarios démographiques de l'OFS. En raison du manque de preuves empiriques qui permettraient de quantifier les effets épidémiologiques, et en s'appuyant sur les travaux de la GDZH (2021), il est renoncé à intégrer des développements épidémiologiques supplémentaires dans le modèle.

### *Développements médico-techniques*

L'introduction et la diffusion de nouvelles technologies pour le diagnostic (par ex. les procédures d'imagerie), la thérapie (par ex. les méthodes de chirurgie « mini-invasive ») ou la prévention (par ex. la vaccination) peuvent être considérés comme des développements médicotéchniques. D'un côté, les nouvelles méthodes de diagnostic et de traitement peuvent conduire à ce que davantage de patients reçoivent un diagnostic ou un traitement et, en conséquence, augmenter le nombre de cas. D'un autre, les progrès médico-techniques peuvent également entraîner une réduction de la complexité des interventions et des traitements médicaux, de sorte que certaines prestations ne doivent plus nécessairement être dispensées en milieu stationnaire. D'ailleurs, le transfert de prestations du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire est généralement rendu possible par le progrès médical. Pour exploiter ce potentiel de transfert, ces développements médico-techniques sont souvent accompagnés de mesures de régulation ou d'incitations économiques. Il peut donc y avoir des interactions importantes entre les mesures médicales et les mesures économiques, rendant difficile la distinction des effets. Dans le modèle de l'Obsan, les effets de transfert vers l'ambulatoire dus aux développements médico-techniques sont intégrés dans les projections en rapport avec l'introduction de listes d'interventions à effectuer en ambulatoire et sont donc décrits plus en détail dans le paragraphe consacré aux développements économiques.

En complément des effets de transfert, le modèle de projection de l'Obsan permet d'intégrer d'autres évolutions médico-techniques. La condition préalable est toutefois de disposer d'hypothèses quantitatives sur les effets de ces développements (p. ex. au niveau des différents groupes de prestations, diagnostics ou types de traitement). Il est toutefois difficile de quantifier l'impact des développements médico-techniques sur les besoins futurs en prestations, car ces effets - en raison de leur nouveauté technologique - ne peuvent pas être évalués à partir des données de routine existantes. Les enquêtes auprès d'experts, couplées ou non à une analyse systématique de la littérature scientifique, comme par exemple dans l'étude de Hess et al. (2009) mandatée par les cantons de Berne et de Zurich, constituent une base adaptée pour quantifier les développements médico-techniques. Dans le cadre de la planification de la médecine hautement spécialisée, les analyses des besoins en matière de développements médico-techniques s'appuient également sur des enquêtes auprès d'experts. Les estimations des experts permettent d'identifier les principales évolutions de la technique médicale et de quantifier leurs effets sur les futurs besoins en prestations (cf. notamment Wehrli, 2015).

En ce qui concerne les développements médico-techniques en soins aigus, le présent rapport s'appuie sur les travaux réalisés dans le cadre de la planification hospitalière du canton de Zurich (cf. GDZH, 2021 ; Hess et al. 2009, 2016). Sur cette base, il est possible de quantifier des effets significatifs sur les besoins en prestations projetées pour deux domaines de prestations. D'une part, dans le domaine de la neurologie, de nouvelles techniques combinées à un nouveau type de diagnostic, par IRM, pour les traitements endovasculaires des AVC pourraient entraîner un transfert de certains cas du groupe de prestations NEU3 vers le groupe NEU3.1. On s'attend à ce qu'à l'avenir, 30 pour cent des AVC soient traités dans le GPPH NEU3.1. D'autre part, dans le domaine de l'orthopédie, on s'attend à une augmentation des reprises de prothèse de hanche (BEW7.1.1) et des reprises de prothèse de genou (BEW7.2.1). Cette hypothèse est étayée par l'augmentation de ces interventions au cours des dernières années, ce qui signifie qu'une reprise de ces prothèses est nécessaire. Ces effets se répercutent sur la réadaptation, puisqu'un certain nombre de cas supplémentaires en soins aigus effectueront un séjour consécutif en réadaptation musculo-squelettique. Pour les autres domaines de prestations en soins aigus, aucune évolution médico-technique ayant un impact sur les besoins futurs en prestations n'est prise en compte dans le modèle de projection. Comme pour les évolutions épidémiologiques, il est extrêmement difficile de quantifier l'ampleur des effets des évolutions médico-techniques, ce d'autant plus qu'elles peuvent, comme nous l'avons mentionné, agir de différentes manières sur le nombre de cas. La probabilité qu'une évolution donnée se produise effectivement durant la période de projections est faible. Toutefois, comme il existe de très nombreuses évolutions possibles, il est tout à fait réaliste, dans l'ensemble, que l'une d'entre elles se matérialise et entraîne des changements substantiels dans un ou plusieurs groupes de prestations. Il n'est toutefois pas possible d'estimer laquelle et comment elle modifiera le traitement dans les groupes de prestations concernés (GDZH, 2021). Or, les projections des besoins ne peuvent tenir compte que des évolutions dont les effets sur le nombre de cas futurs sont quantifiables.

Il en va de même pour la réadaptation et la psychiatrie. Les travaux réalisés par l'Institut d'économie de la santé de Winterthur dans le cadre de la planification hospitalière zurichoise, basés sur une revue de la littérature et des entretiens d'experts, suggèrent que le développement médico-technique est peu susceptible d'influencer les taux d'hospitalisation en réadaptation et en psychiatrie (Höglinger et al., 2019). En réadaptation stationnaires, des innovations sont mentionnées (robotique, exosquelette, dispositifs assistés, prothèses électroniques, stimulations électriques, interfaces cerveau-ordinateur, applications de réalité virtuelle et applications de télémédecine) sans qu'il en résulte un changement significatif du nombre de cas de réadaptation stationnaire. En psychiatrie, l'influence du développement médico-technique sur le nombre de cas ne semble pas pertinente actuellement. En se basant sur ces travaux, aucun effet lié aux évolutions médico-techniques n'a été pris en compte ni en psychiatrie, ni en réadaptation excepté celui qui découle logiquement de l'évolution attendue dans les soins aigus : l'augmentation des reprises des prothèses de hanche et de genou entraînera une augmentation des séjours consécutifs en réadaptation. Au final, les développements médico-techniques ont une influence plutôt faible dans la présente projection des besoins.

## Besoins et recours

Comme mentionné au point 2.7.1, le modèle de projection utilise les taux d'hospitalisation de l'année de référence (par groupe de prestations, canton de résidence, sexe et groupe d'âges) comme base des projections des besoins en prestations. Ces taux d'hospitalisation résultent du recours effectif de la population résidante du canton au cours de l'année de référence. Il est tout à fait courant de se baser sur le recours actuel aux prestations de santé pour prévoir les besoins en soins (cf. Carr-Hill et al., 1994). Toutefois cette approche repose sur l'hypothèse de base simplificatrice selon laquelle le besoin légitime de soins se reflète directement dans l'utilisation du système de soins (cf. Schliwen, 2015). Le recours aux soins médicaux n'est pas uniquement une conséquence du besoin (cf. McGregor et al., 2008). Il faut également tenir compte, entre autres, des offres de soins régionales ainsi que de l'accessibilité de ces mêmes offres de soins. La variation du recours reflète, dans une perspective à petite échelle, non seulement la variation des besoins en soins, mais aussi la variation de l'offre régionale et de l'accès (cf. Sheldon et al., 1993). En d'autres termes, les différences dans les taux d'hospitalisation cantonaux ont des causes différentes, notamment :

- des différences dans la structure de la population et, par conséquent, des différences dans la charge de morbidité;
- des raisons sociales ou culturelles ou des différences dans les habitudes de travail ou d'alimentation ;
- un approvisionnement en soins insuffisant, excessif et/ou inapproprié.

Alors que les différences dans la structure de la population et les raisons sociales ou culturelles entraînent des besoins en soins variables, les différences liées à des offres excédentaires, lacunaires ou inappropriées font que les besoins réels de la population résidante du canton ne sont pas reflétés de manière adéquate. Dans le second cas de figure, comme la projection se base sur les taux d'hospitalisation cantonaux de l'année de référence, il existe un risque que de telles situations d'approvisionnement insuffisant, excessif et/ou inapproprié continuent à se manifester (SVR, 2018). Il est toutefois très difficile de déterminer exactement quand les différences régionales dans un domaine de prestations spécifique sont dues à une offre insuffisante, excessive et/ou inadéquate. Parallèlement, il manque des critères techniques et de contenu pour la détermination des besoins absolus en soins d'une population, indépendamment du recours aux soins (cf. Czaja et al., 2012).

Néanmoins, il peut être judicieux pour la planification cantonale de tenir compte des distorsions possibles dans l'estimation des besoins. Le modèle de projection tient compte de cette situation à l'aide de différents scénarios de convergence des taux d'hospitalisation. Concrètement, au lieu du taux cantonal, on prend comme référence le taux d'hospitalisation au niveau suisse par sexe, groupe d'âges et GPPH. Selon le scénario, différentes hypothèses peuvent être formulées en vue de converger les taux cantonaux vers la moyenne nationale. Même lorsque les responsables de la planification ne jugent pas pertinent pour leur canton de converger vers les taux suisses, la convergence intervient, pour les soins aigus, lorsque le nombre de cas par GPPH est inférieur à cinq. En effet, lors d'un très petit nombre de cas au niveau cantonal (parfois aucun), la fluctuation d'année en année peut être importante et la convergence vers les taux suisses pour les GPPH concernés permet de baser les projections sur des résultats moins volatils en prenant comme référence un point de départ plus fiable. Dans un tel cas, les trois scénarios sont concernés et la convergence est totale.

## Covid-19

Notons encore que la pandémie de Covid-19 pourrait avoir des conséquences épidémiologiques et ce pour tous les types de soins. Plusieurs études suggèrent que le covid-19 est susceptible d'entraîner un fardeau de maladie s'étendant aux systèmes organiques pulmonaires et à différents systèmes extra pulmonaires (Xie et al. 2022, Katsoularis 2022, Douaud et al. 2022, Liu et al. 2022, Al-Aly et al. 2021), particulièrement pour les personnes atteintes de forme grave de covid mais pas uniquement. La prise en charge des personnes atteintes de séquelles du covid pourrait impacter le domaine ambulatoire (plusieurs hôpitaux et cliniques ayant récemment ouvert des

consultations post-covid) et le domaine stationnaire (réadaptation notamment), mais le recul est insuffisant pour en tenir compte dans les projections. Par ailleurs, dans quelle mesure l'émergence de nouveaux variants et les infections répétées dans une population largement vaccinée et/ou préalablement infectée pourraient avoir un impact sur la santé de la population est une question à laquelle il faudra encore répondre avant de tenter d'affiner la planification du système de santé. Les conséquences épidémiologiques pourraient par ailleurs être atténuées par des progrès médico-techniques (développement d'autres types de vaccins, notamment d'un vaccin nasal limitant la transmission, nouveaux médicaments, etc.) rendant le développement d'hypothèses à moyen terme résolument trop hasardeux. La GDZH considère également que d'éventuels effets à long terme dus au Covid-19 ne peuvent pas être pris en compte dans les projections.

## 3 Soins somatiques aigus

### 3.1 Analyse des besoins en soins

Selon l'art. 58b, al. 1 OAMal, les cantons doivent déterminer leurs besoins en soins selon une démarche vérifiable, en se basant à la fois sur des données statistiquement justifiées et sur des comparaisons. Dans le cadre de l'évaluation des besoins, il convient également de déterminer l'offre utilisée dans des établissements qui ne figurent pas sur leur liste hospitalière (art. 58b, al. 2 OAMal).

Le présent chapitre comprend, pour la période 2015 à 2019, une analyse du recours aux soins (3.1.1), y compris en complément le recours aux services d'urgence ambulatoires hospitaliers (3.1.2), une analyse de l'offre de soins (3.1.3) et des flux intercantonaux de patients (3.1.5). La dimension régionale est prise en considération.

Les analyses suivantes se basent essentiellement sur les données 2015-2019 de la statistique médicale des hôpitaux (MS) et la statistique des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique (OFS) et s'appuient sur la liste d'hôpitaux en vigueur en 2019 dans le canton de Fribourg. La délimitation des soins aigus se trouve à l'Encadré 4, à la page 21. Les analyses de besoins en soins aigus stationnaires sont basées sur le système des groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH). Il s'agit de la version 2023 des définitions et exigences du système GPPH développé pour la planification hospitalière 2023 du canton de Zurich, valable pour les données de l'année 2019 (voir Encadré 5, Encadré 8, Annexe 2).

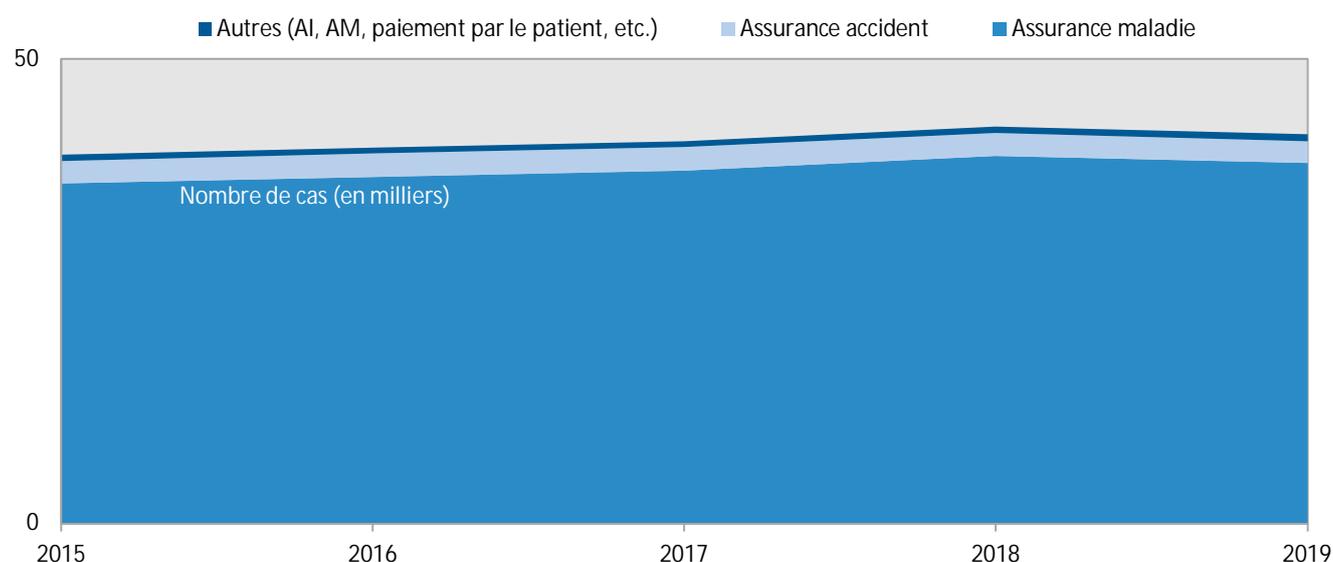
#### Encadré 8 Groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH)

Pour la première fois dans le cadre de la planification hospitalière de 2012, la Direction de la santé du canton de Zurich a fait appel à plus de 100 experts pour développer un concept de groupe de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) pour les soins aigus somatiques. Chacun des quelque 130 GPPH existants est clairement défini par des codes de diagnostic (CIM) et de traitement (CHOP). La Direction de la santé du canton de Zurich a en outre émis pour chaque GPPH des exigences sur des prestations spécifiques qui sont déterminantes pour l'attribution des mandats de prestations. Ces exigences s'appliquent par exemple aux médecins spécialistes nécessaires, à la disponibilité des services d'urgences ou sur les unités de soins intensifs. Ce concept subit chaque année des adaptations techniques, en particulier pour tenir compte des modifications des codes de traitements (CHOP). Il subit également des adaptations conceptuelles dans le cadre d'une actualisation, environ tous les trois ans. Une révision conceptuelle totale a eu lieu dans le cadre de la planification 2023 du canton de Zurich. Un processus adapté a permis de mieux intégrer les cantons et donc leur influence dans le développement de cet outil. Le système de groupes de prestations est mis à disposition des autres cantons qui le considèrent adéquat.

Aussi, la CDS juge le concept GPPH développé et géré par la Direction de la Santé du canton de Zurich comme un bon instrument et en recommande l'usage aux fins de coordination intercantonale des planifications hospitalières. Elle établit également des recommandations concernant les exigences portant sur des prestations spécifiques même s'il est précisé que les cantons peuvent s'en écarter.

Comme indiqué dans le chapitre 2.2 qui définit les critères d'inclusion, les tableaux et graphiques qui suivent présentent uniquement les cas à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). En 2019, ceux-ci représentent 92,6% de l'ensemble des cas de patients domiciliés dans le canton de Fribourg (G 3.1). Les patients relevant de l'assurance accident représentent pour leur part 5,6% de l'ensemble des cas (autres agents payeurs: 1,8%).

## G 3.1 Nombre de cas de patients domiciliés dans le canton de FR, par agent payeur, 2015-2019



Principal agent payeur	2019	
	n	%
Assurance maladie obligatoire (OKP)	38 762	92,57%
Assurance accident (AA)	2 352	5,62%
Assurance invalidité (AI)	564	1,35%
Autres	193	0,46%
Total	41 871	100,00%

Note: Le principal agent payeur (variable 1.4.V02 MS) désigne la principale entité qui assume les frais du séjour hospitalier correspondant à la division commune.

Sources: OFS – MS, KS

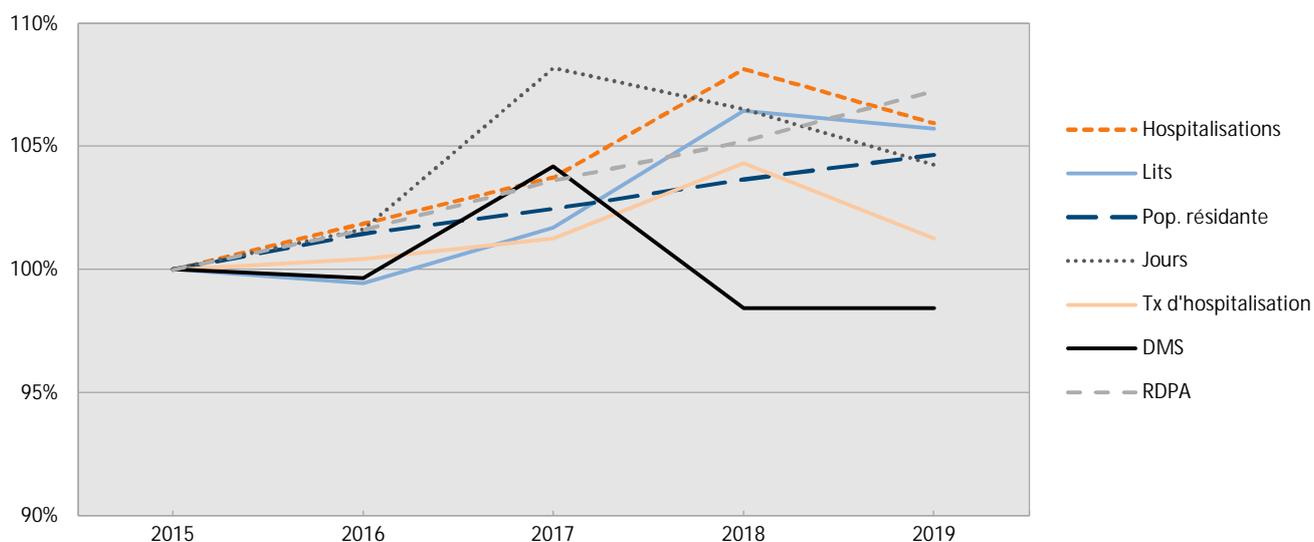
© Obsan 2023

## 3.1.1 Recours aux soins

Les indicateurs présentés sur G 3.2 offrent une vue globale de l'évolution du recours aux soins aigus stationnaires dans le canton de Fribourg. Sur la période 2015-2019, le nombre d'hospitalisations a globalement augmenté un peu plus rapidement (+6,0%) que la population résidente permanente (+4,7%). Cette hausse du taux d'hospitalisation peut être mise en relation avec le vieillissement de la population fribourgeoise mais elle reste modérée au vu de l'évolution du rapport de dépendance des personnes âgées, passé de 24,1% à 25,9%. La croissance du nombre de jours d'hospitalisations (+4,3%) est contenue par le fait que la durée moyenne de séjour (DMS) a légèrement diminué (-1,6%) au cours de cette période. Le nombre de lits en soins aigus a par contre augmenté un peu plus rapidement (+5,7%) que le nombre de jours de soins.

Signalons encore que le nombre de jours d'hospitalisation a connu un pic en 2017, en lien avec une DMS plus élevée cette année-là. En 2018, c'est un pic dans le nombre d'hospitalisations qui est relevé, en lien cette fois avec un taux d'hospitalisation supérieur. Ces pics en 2017 et 2018 sont toutefois à interpréter avec prudence car ils sont en partie le résultat d'un changement de pratique de codage de l'Hôpital fribourgeois, entraînant que des cas de réadaptation gériatrique sont classés tantôt en soins aigus, tantôt en réadaptation (voir aussi chapitre 5.1.1).

## G 3.2 Indicateurs généraux concernant la situation en matière de soins aigus dans le canton de FR, 2015-2019



	2015	2019		Δ (n)	Δ (%)	TCAM
Population résidente permanente	307'461	321'783		+14'322	+4.7%	+1.1%
Hospitalisations	36'583	38'762		+2'179	+6.0%	+1.5%
Hospitalisations pour 1'000 habitants	119.0	120.5		+1.5	+1.2%	+0.3%
Durée moyenne de séjour (DMS)	5.7	5.7		-0.1	-1.6%	-0.4%
Jours d'hospitalisation	209'855	218'813		+8'958	+4.3%	+1.1%
Lits	512	542		+29	+5.7%	+1.4%
Rapport de dépendance des personnes âgées (RDPA)	24.1%	25.9%		+1.8%	+7.2%	+1.8%

Note: Le nombre de lits est donné par le nombre de journées-lits d'exploitation dans le domaine "soins aigus et maisons de naissance" selon la KS divisé par 365. La population résidente permanente est recensée dans la STATPOP au 31 décembre de l'année concernée.

Sources: OFS – STATPOP, MS, KS

© Obsan 2023

### Nombre de cas

Le tableau T 3.1 présente le recours aux soins par domaine de prestations (DPPH) pour la population résidant dans le canton de Fribourg. En 2019, les soins de base représentent le domaine de prestations le plus important (36,9%). L'orthopédie arrive en deuxième position (12,9%), suivie de l'obstétrique (10,2%) et des nouveau-nés (8,8%).

Le nombre d'hospitalisations s'est globalement accru de 6,0% au cours de la période 2015-2019. La situation varie toutefois selon le domaine de prestations<sup>14</sup>. Notons en premier lieu que les cas regroupés dans le paquet de base ont connu une croissance légèrement supérieure à la moyenne (+8,9%).

Avec une hausse de plus de 40% en quatre ans, les domaines qui touchent au cœur (+44,1%) et à la chirurgie viscérale (+42,9%) comptent parmi ceux en plus forte progression. En 2019, ces deux domaines représentent 7,5% des hospitalisations contre 5,5% en 2015. D'autres domaines ont connu une croissance rapide mais le nombre d'hospitalisations concernées reste plus modeste (p.ex. traumatismes graves : +122% ; endocrinologie : +81,9%).

Parmi les domaines représentant une part importante des cas hospitaliers en 2019, l'évolution à la baisse pour l'orthopédie (-3,9%), la gynécologie (-14,8%) et l'oto-rhino-laryngologie (-14,6%) mérite d'être relevée. Ces

<sup>14</sup> La révision du concept de regroupement des cas GPPH pour les données de l'année 2019 n'empêche pas l'analyse de l'évolution des cas par domaine de prestations. En effet, les écarts entre les résultats issus de l'ancien concept et du nouveau sont marginaux au niveau des domaines.

domaines de prestations étant particulièrement concernés par le transfert vers l'ambulatoire (voir T 2.1), ces réductions du nombre de cas pris en charge en stationnaire en sont probablement le reflet. Pour d'autres domaines tels que l'obstétrique (+0,3%), l'urologie (+2,8%) ou les nouveau-nés (+3,2%), le nombre d'hospitalisations a augmenté de façon contenue.

T 3.1 Nombre de cas de patients domiciliés dans le canton de FR, par DPPH, 2015-2019

Grands domaines	DPPH	2015	2016	2017	2018	2019	Trend	Δ (n)	Δ (%)	Part en %, 2019
Soins de base	Paquet de base	13'123	13'526	14'279	15'136	14'297		+1'174	+8.9%	36.9%
Système nerveux et organes des sens	Dermatologie	174	123	142	150	121		-53	-30.5%	0.3%
	Oto-rhino-laryngologie	883	888	800	803	754		-129	-14.6%	1.9%
	Neurochirurgie	134	164	168	195	202		+68	+50.7%	0.5%
	Neurologie	917	919	982	988	1'016		+99	+10.8%	2.6%
	Ophthalmologie	137	112	130	152	174		+37	+27.0%	0.4%
	Endocrinologie	105	92	103	155	191		+86	+81.9%	0.5%
	Gastroentérologie	774	739	693	757	824		+50	+6.5%	2.1%
	Chirurgie viscérale	597	619	688	685	853		+256	+42.9%	2.2%
	Hématologie	448	418	423	434	485		+37	+8.3%	1.3%
	Vaisseaux	558	536	527	536	569		+11	+2.0%	1.5%
Organes internes	Cœur	1'412	1'504	1'443	1'955	2'035		+623	+44.1%	5.2%
	Néphrologie	159	132	134	146	122		-37	-23.3%	0.3%
	Urologie	1'664	1'643	1'718	1'739	1'710		+46	+2.8%	4.4%
	Pneumologie	784	817	960	715	746		-38	-4.8%	1.9%
	Chirurgie thoracique	106	97	97	107	135		+29	+27.4%	0.3%
	Transplantations d'organes solides	16	15	12	19	22		+6	+37.5%	0.1%
Appareil locomoteur	Orthopédie	5'183	5'307	5'234	5'112	4'982		-201	-3.9%	12.9%
	Rhumatologie	156	153	169	89	110		-46	-29.5%	0.3%
Gynécologie & obstétrique	Gynécologie	1'593	1'548	1'530	1'463	1'358		-235	-14.8%	3.5%
	Obstétrique	3'922	3'995	3'849	4'047	3'935		+13	+0.3%	10.2%
	Nouveau-nés	3'315	3'445	3'372	3'495	3'421		+106	+3.2%	8.8%
Autres	(Radio-)oncologie	378	423	402	286	309		-69	-18.3%	0.8%
	Traumatismes graves	45	46	74	74	100		+55	+122%	0.3%
Soins palliatifs	Soins palliatifs (base drg)	.	8	24	324	291		.	.	0.8%
<b>Total</b>		<b>36'583</b>	<b>37'269</b>	<b>37'953</b>	<b>39'562</b>	<b>38'762</b>		<b>+2'179</b>	<b>+6.0%</b>	<b>100%</b>

Note : Le domaine soins palliatifs tel que défini ici ne correspond pas à la systématique du grouper zurichois 2023 mais relève d'une définition retenue par le canton de Fribourg.

Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

## Taux d'hospitalisation

Le graphique G 3.3 montre l'évolution des taux d'hospitalisation sur la période 2015-2019 pour le canton de Fribourg en comparaison avec la valeur pour l'ensemble de la Suisse. Les taux étant standardisés par âge et par sexe (voir Encadré 9) les intensités peuvent être comparées sans que des différences en fonction de la structure par âge des populations ne viennent interférer dans les résultats. Les données présentées dans ce rapport diffèrent de celles utilisées pour d'autres indicateurs publiés du fait que seuls les cas relevant de l'assurance maladie obligatoire (AOS) sont considérés.

### Encadré 9 Calcul des taux d'hospitalisation standardisés par âge et par sexe

Les taux d'hospitalisation standardisés permettent des comparaisons entre différentes régions ou pays, sans que ces dernières soient biaisées par la structure démographique des unités spatiales comparées. Les taux présentés dans ce rapport sont standardisés par âge et par sexe ; cela signifie que les résultats corrigent pour les variations qui existent dans la structure démographique des cantons. Les taux standardisés sont calculés à partir de la méthode directe suivante :

$$R_{IS} = \frac{\sum(N_{ij} * r_{ij})}{\sum N_{ij}}$$

$R_{IS}$  = taux standardisés par âge et par sexe

$N_{ij}$  = nombre de personnes de classe d'âge  $i$  de sexe  $j$  dans la population standard

$r_{ij}$  = taux par âge  $i$  et sexe  $j$  dans la population étudiée

La population standard se réfère ici à la population standard européenne de 2010 (Eurostat, 2013). Avec la standardisation, on obtient le taux que présenterait la population étudiée si elle avait la même structure par âge et sexe que la population de référence. L'intervalle de confiance est une mesure de la précision de l'estimation. Il définit les limites à l'intérieur desquelles la valeur se trouve avec une probabilité de 95%. L'écart-type et l'intervalle de confiance à 95% ont été calculés sur la base d'une approximation de la variance des taux par la loi Gamma (Tiwari et al., 2006).

Avec un taux d'hospitalisation standardisé de 128,8 pour mille en 2019, le canton de Fribourg affiche un recours inférieur à celui observé pour l'ensemble de la Suisse (134,3 pour mille). Sur la période 2015-2019, la valeur maximum pour la Suisse a été atteinte en 2016 (138,5), puis a diminué chaque année. Le taux pour le canton de Fribourg est plus fluctuant. La baisse de 133,5 à 128,8 pour mille entre 2018 et 2019 s'explique en partie par la réaffectation des cas de réadaptation gériatrique au domaine de réadaptation (voir aussi 5.1.1).

De manière générale, le canton de Fribourg présente des taux d'hospitalisation pour les différents groupes de prestations relativement proches mais inférieurs aux moyennes suisses. Pour les hospitalisations relevant du grand domaine « Gynécologie et obstétrique », le canton de Fribourg a affiché chaque année des taux un peu plus élevés que ceux de la moyenne suisse. Par exemple, le taux d'hospitalisation en obstétrique est en 2019 de 11,6 pour mille pour le canton de Fribourg contre 10,7 pour la Suisse, ce qui est conforme au résultat de l'indicateur conjoncturel de fécondité de l'OFS, supérieur à la moyenne suisse dans le canton de Fribourg<sup>15</sup>. Le taux d'hospitalisation en lien avec le cœur est également supérieur dans le canton de Fribourg (7,3 pour mille) que dans la moyenne suisse (6,6 pour mille).

Les taux d'hospitalisation pour le canton de Fribourg s'avèrent par contre particulièrement bas dans le domaine de l'oto-rhino-laryngologie (en 2019, 2,4 pour mille contre 4,3 pour la Suisse), de la gastroentérologie (2,9 contre 3,9), de l'urologie (6,0 contre 7,0) et de l'ophtalmologie (0,6 contre 1,3).

<sup>15</sup> <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/naissances-deces/fecondite.assetdetail.18845669.html>

## G 3.3 Taux d'hospitalisation standardisés pour 1 000 habitants pour une sélection de DPPH, Suisse et canton de FR, 2015-2019

DPPH	Canton	Cas (n)	Taux standardisés					Évolution
			2019	2015	2016	2017	2018	
Total	— CH	1 148 676	137,2	138,5	136,8	135,3	134,3	
	— FR	38 762	130,4	129,8	131,2	133,5	128,8	
Urologie	— CH	57 737	6,94	7,08	7,05	7,10	6,99	
	— FR	1 710	6,25	6,06	6,13	6,15	5,97	
Coeur	— CH	54 771	6,58	6,80	6,63	6,52	6,58	
	— FR	2 035	5,59	5,80	5,47	7,22	7,32	
Orthopédie	— CH	141 295	17,64	17,98	17,42	16,81	16,48	
	— FR	4 982	18,57	18,66	18,02	17,25	16,61	
Obstétrique	— CH	96 319	11,53	11,58	11,05	10,99	10,74	
	— FR	3 935	12,03	12,17	11,59	12,01	11,59	
Nouveau-nés	— CH	81 815	9,68	9,68	9,74	9,67	9,68	
	— FR	3 421	9,94	9,95	9,99	9,96	9,86	

Note: Les graphiques représentent les taux d'hospitalisation pour 1000 habitants standardisés par âge et par sexe.

Sont représentés les taux d'hospitalisation pour le total des cas ainsi que pour les DPPH les plus fréquents (hors paquet de base). Un aperçu complet avec tous les DPPH se trouve à l'annexe 3.

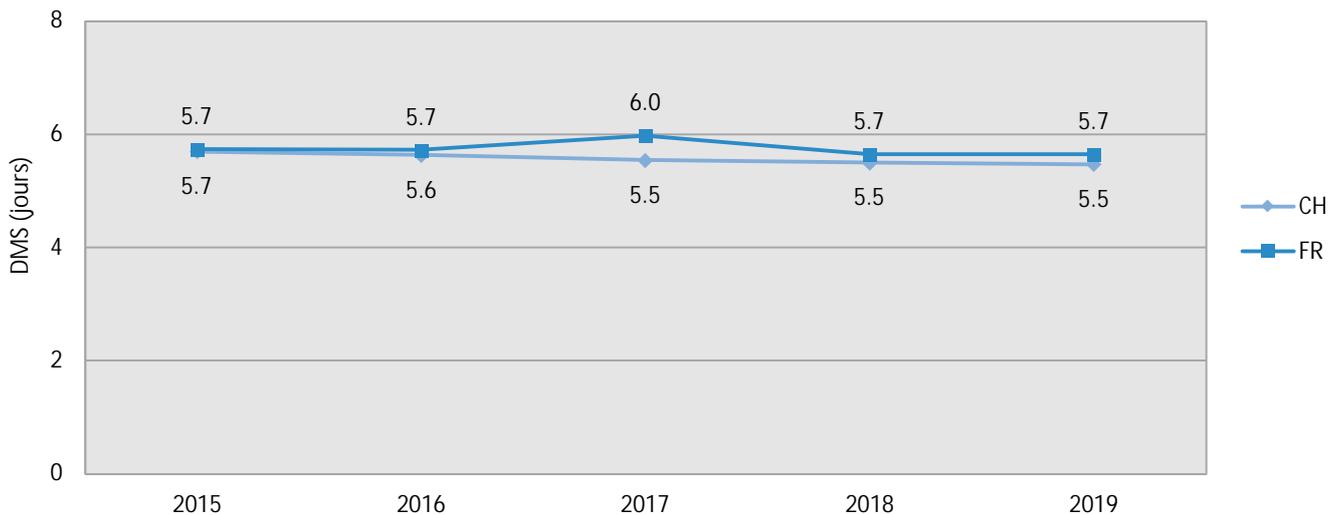
Sources: OFS – MS, STATPOP, KS

© Obsan 2023

### Durée de séjour

Le graphique G 3.4 montre la durée moyenne des séjours hospitaliers en soins somatiques aigus (DMS) pour le canton de Fribourg et la Suisse entre 2015 et 2019. Si la tendance est à une légère baisse pour la Suisse (de 5,7 à 5,5 jours), la durée moyenne de séjour stagne dans le canton de Fribourg à 5,7 jours, avec une DMS singulière de 6,0 jours en 2017, possiblement liée aux cas de réadaptation gériatrique codés de telle façon qu'ils apparaissent en soins aigus (voir aussi sous-chapitre 5.1.1).

G 3.4 Durée moyenne de séjour (DMS) en jours, patients domiciliés dans le canton de FR et en CH, 2015-2019



Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

Pour le canton de Fribourg et la Suisse, le tableau T 3.2 détaille la durée de séjour et le nombre de cas traités pour une sélection des dix DRG les plus fréquents en 2019 en Suisse. Ces dix DRG représentent autour de 20% de tous les cas d'hospitalisation pour la Suisse (19,6%) et pour le canton de Fribourg (21,9%). Pour l'ensemble de ces cas d'hospitalisation, l'écart de durée de séjour entre le canton de Fribourg et la Suisse est inférieur à une demi-journée, à l'exception des cas d'insuffisance cardiaque et choc pour lesquels la DMS est nettement plus élevée dans le canton de Fribourg (8,7 jours) qu'en moyenne suisse (7,9).

Sur l'ensemble de ces dix DRG les plus fréquents, la durée moyenne de séjours est de 4,0 jours dans le canton de Fribourg contre 4,2 en moyenne Suisse. Sur les 90 autres DRG les plus fréquents, la durée moyenne de séjour des Fribourgeois (4,6 jours) est supérieure à la moyenne suisse (4,3 jours).

### T 3.2 Durée moyenne de séjour (DMS) des DRG les plus fréquents, patients domiciliés dans le canton de FR et en CH, 2019

DRG		CH				FR			
Code	Libellé	Rang	n	%	DMS	Rang	n	%	DMS
P67D	Nouveau-né, poids à l'admission > 2499 g	1.	71 323	6,2%	3,3	1.	2 899	7,5%	3,2
O60D	Accouchement par voie basse	2.	26 533	2,3%	3,2	2.	1 399	3,6%	3,3
O60C	Accouchement par voie basse avec diagnostic de complication sévère ou moyennement sévère ou procédure particulière	3.	21 990	1,9%	3,8	4.	699	1,8%	3,9
I46D	Implantation, remplacement ou révision d'une endoprothèse de hanche	4.	21 052	1,8%	6,1	3.	789	2,0%	5,6
G67C	Diverses maladies des organes digestifs ou hémorragie gastro-intestinale ou ulcère duodénal	5.	18 369	1,6%	3,7	5.	585	1,5%	4,0
I43C	Implantation d'une endoprothèse du genou	6.	14 636	1,3%	6,7	6.	468	1,2%	6,3
F62C	Insuffisance cardiaque et choc	7.	14 066	1,2%	7,9	8.	442	1,1%	8,7
I10C	Autres interventions sur la colonne vertébrale, âge > 15 ans	8.	12 796	1,1%	5,2	7.	459	1,2%	5,2
H07C	Cholécystectomie	9.	12 236	1,1%	3,2	9.	431	1,1%	2,6
I29C	Interventions complexes sur l'omoplate, la clavicule, les côtes ou l'épaule	10.	9 581	0,8%	2,8	13.	345	0,9%	2,7
Autres parmi les 100 premiers DRG			436 226	80,6%	4,3		14 187	78,1%	4,6

Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

### 3.1.2 Recours aux services d'urgence et aux permanences des hôpitaux

Bien que la planification hospitalière n'englobe pas le secteur ambulatoire hospitalier, ce sous-chapitre vise à apporter une vue générale sur le recours aux services d'urgences somatiques. Il est intégré dans les soins aigus car les hôpitaux de soins généraux représentent généralement la porte d'entrée principale des services d'urgence. Il permet de fournir des données sur l'accès aux soins pour la population.

Sont présentées ici les consultations dans les services d'urgence et permanences des hôpitaux et les hospitalisations effectuées en urgence. Ce faisant, le chapitre tient compte à la fois des secteurs ambulatoire et stationnaire de l'hôpital. La définition de l'urgence n'est toutefois pas identique (voir Encadré 10). Pour avoir une vue globale, tous les cas sont considérés ici et non seulement les cas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (qui représente 83% des cas ambulatoires et 95% des cas stationnaires en 2019).

Pour ce qui concerne les urgences psychiatriques ambulatoires, ce chapitre n'en tient pas compte. Les hospitalisations psychiatriques en urgence sont indiquées dans les chiffres-clés des hôpitaux (T 4.6) au chapitre dédié à la psychiatrie (voir 4.1.2, à la page 96).

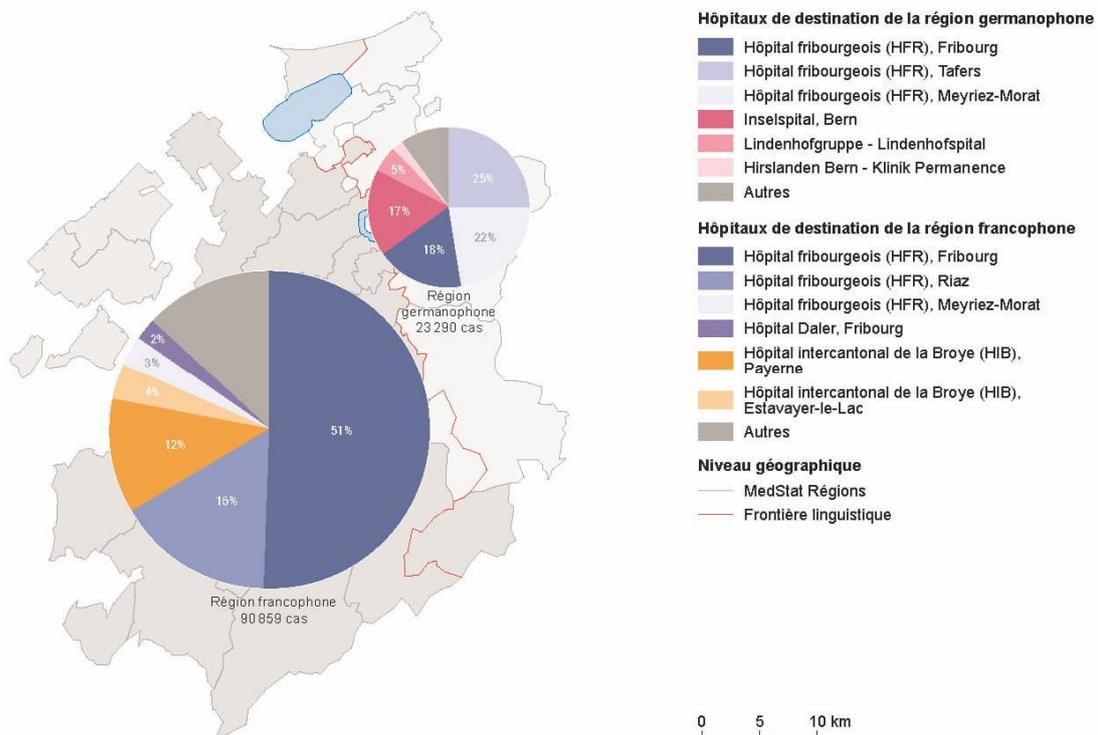
#### Encadré 10 Définitions des consultations et des admissions en urgence

Les consultations dans un service d'urgence hospitalier sont relevées dans la statistique PSA (OFS) à l'aide de la position Tarmed 35.0610 «Forfaits d'admission en urgence, service reconnu», la structure tarifaire TARMED servant au décompte des prestations médicales ambulatoires.

Les hospitalisations en urgence sont relevées dans la statistique médicale des hôpitaux (OFS) à l'aide de la variable «mode d'admission» des séjours hospitaliers et sont définies comme des séjours non planifiés, nécessitant un traitement dans les 12 heures. À noter qu'il n'est pas nécessaire que le patient ait transité par le service d'urgence de l'hôpital pour que son séjour soit qualifié d'urgent.

La carte G 3.5 montre par quels fournisseurs de prestations les soins d'urgence sont prodigués, selon la région de domicile du patient. Au total, 92'204 cas d'urgence ambulatoire et 19'945 cas d'urgence stationnaire ont été enregistrés en 2019. Sur le total des 90'859 cas d'urgence des patients issus de la région francophone, 70% ont été pris en charge par l'HFR dont plus de la moitié sur le site de Fribourg. Pour l'ensemble des 23'290 cas de patients de la région germanophone, la prise en charge en urgence par l'HFR est également importante, mais la fréquentation des sites est différente. Un patient sur quatre est pris en charge sur le site HFR Tafers et presque autant (22%) sur le site HFR de Meyriez-Morat, tandis que le site de Fribourg de l'HFR et l'Hôpital de l'Île à Berne prennent en charge chacun un peu moins de 20% des patients fribourgeois domiciliés dans la région germanophone.

G 3.5 Hôpitaux de destination de la population du canton de Fribourg en cas d'urgence (ambulatoire et stationnaire), part des cas par région de domicile et site hospitalier, 2019



Source: OFS – MS, KS, PSA

© Obsan 2023

Si l'on se concentre sur le domaine ambulatoire qui représente environ 80% de l'ensemble des cas d'urgence, le nombre d'admissions dans un service d'urgence reconnu pour la population fribourgeoise a augmenté chaque année passant de 76'931 admissions en 2015 (données non représentées) à 94'205 en 2019. Un recul est enregistré en 2020, avec 74'466 admissions. Cette diminution peut s'expliquer par le confinement dû à la pandémie de COVID-19.

Le recours aux services d'urgences et aux permanences des hôpitaux diffère entre les deux parties linguistiques du canton (tableau T 3.3). Sur la période 2017-2019, le nombre d'admissions dans un service d'urgence reconnu a ainsi augmenté dans la partie francophone du canton (+6 421 admissions, +9%) alors qu'elle a diminué dans la partie germanophone (-335 admissions, -2%). De plus, les résidents des deux parties du canton ne se rendent pas dans les mêmes hôpitaux. La région francophone privilégie ainsi les sites de Fribourg (51%) et de Riaz (15%) de l'HFR ainsi que le site de Payerne de l'HIB (12%). On relève également une hausse notable de la fréquentation du site d'Estavayer-le-Lac entre 2017 et 2019 (+1'029 admissions, +45%). Pour les résidents germanophones fribourgeois, le recours aux services d'urgence et aux permanences des hôpitaux s'effectue principalement au sein des sites de l'HFR de Meyriez-Murten (26% en 2019), de Tafers (24%) et de Fribourg (17%) ainsi

qu'à l'Hôpital de l'Île à Berne (16%). La diminution des admissions au sein des sites de Meyriez-Murten et de Tafers semble s'être en partie reportée sur d'autres établissements.

### T 3.3 Recours aux services d'urgence et aux permanences d'un hôpital (ambulatoire) par les résidents du canton de Fribourg, par région de domicile, 2017-2020

Région francophone	2017	2018	2019	Part en %, 2019	2020	Trend	2017-2019	2017-2019
Rang Hôpital							Δ (n)	Δ (%)
1 Hôpital fribourgeois (HFR) - Fribourg	34834	36'031	38'378	51%	30'992		+3'544	+10%
2 Hôpital fribourgeois (HFR) - Riaz	10689	10'875	11'581	15%	8'280		+892	+8%
3 Hôpital intercantonal de la Broye (HIB) - Payerne	9075	9'728	9'153	12%	7'239		+78	+1%
4 Hôpital intercantonal de la Broye (HIB) - Estavayer-le-Lac	2270	3'240	3'299	4%	2'430		+1'029	+45%
5 Hôpital fribourgeois (HFR) - Meyriez-Murten	2769	2'801	2'599	3%	2'108		-170	-6%
6 CHUV Centre Hospitalier Universitaire	1265	1'361	1'474	2%	1'131		+209	+17%
7 Hôpital Riviera-Chablais (HRC) Vaud-Valais - Vevey Samaritain	1313	1'455	1'380	2%	951		+67	+5%
8 Hôpital fribourgeois (HFR) - Tafers	1349	1'643	1'649	2%	947		+300	+22%
9 Hôpital Ophtalmique Jules Gonin	585	599	712	1%	668		+127	+22%
10 Hôpital Jules Daler	722	664	750	1%	663		+28	+4%
Autres	4079	4'447	4'396	6%	3'238		+317	8%
<b>Total</b>	<b>68'950</b>	<b>72'844</b>	<b>75'371</b>	<b>100%</b>	<b>58'647</b>		<b>+6'421</b>	<b>9%</b>
Région germanophone	2017	2018	2019	Part en %, 2019	2020	Trend	2017-2019	2017-2019
Rang Hôpital							Δ (n)	Δ (%)
1 Hôpital fribourgeois (HFR) - Meyriez-Murten	6268	5'811	4'972	26%	4'007		-1'296	-21%
2 Hôpital fribourgeois (HFR) - Tafers	4681	4'848	4'587	24%	3'490		-94	-2%
3 Hôpital fribourgeois (HFR) - Fribourg	2826	2'812	3'203	17%	2'872		+377	+13%
4 Hôpital de l'Île, Berne	2848	2'918	3'069	16%	2'717		+221	+8%
5 Lindenhofgruppe - Lindenhofspital	830	876	956	5%	934		+126	+15%
6 Insel Gruppe - Spital Aarberg	280	333	353	2%	372		+73	+26%
7 Hirslanden Bern - Klinik Permanence	338	407	490	3%	363		+152	+45%
8 Hirslanden Bern - Salem-Spital	78	95	94	0%	104		+16	+21%
9 Hirslanden Bern - Klinik Beau-Site	74	86	76	0%	102		+2	+3%
10 Lindenhofgruppe - Sonnenhofspital	136	163	162	1%	73		+26	+19%
Autres	809	863	871	5%	785		+62	8%
<b>Total</b>	<b>19'168</b>	<b>19'212</b>	<b>18'833</b>	<b>100%</b>	<b>15'819</b>		<b>-335</b>	<b>-2%</b>

Notes: Depuis mars 2020, les sites de Riaz et de Tavel appliquent des horaires restreints.

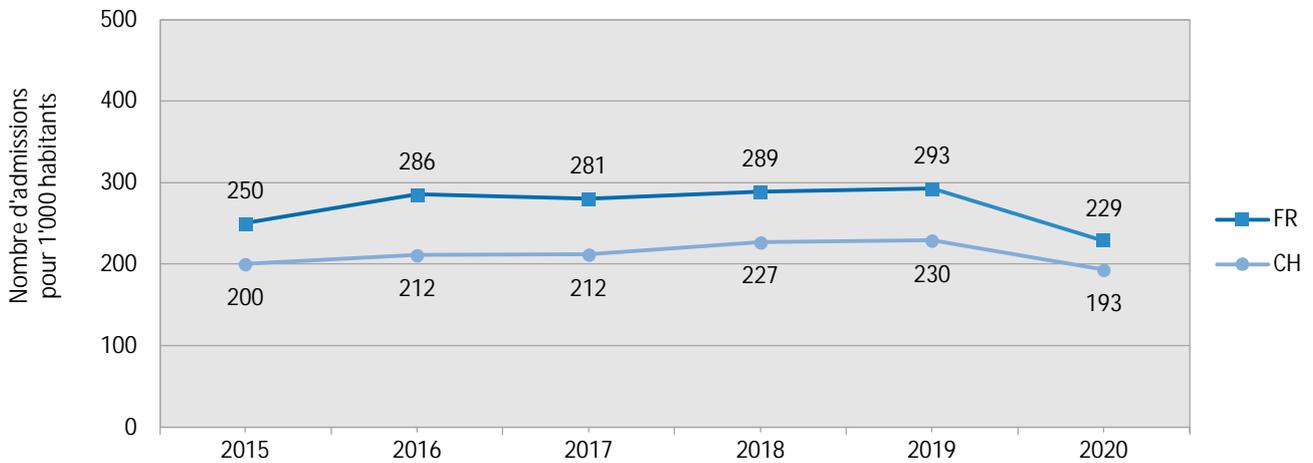
Source: OFS – PSA

© Obsan 2023

Le canton de Fribourg présente un taux de recours aux services d'urgence relativement élevé en comparaison avec la moyenne suisse (G 3.6). En 2019, on recensait 293 admissions dans un service d'urgences reconnu pour 1'000 habitants dans le canton de Fribourg, contre 230 admissions en moyenne suisse. Depuis 2015 et jusqu'en 2019, la tendance était à la hausse du taux de recours tant à l'échelle du canton de Fribourg que pour l'ensemble de la Suisse. Les taux de recours aux services d'urgences ne diffèrent que peu selon la région linguistique, excepté en 2018 et 2019 (voir annexe 4).

Le recours aux services d'urgence varie passablement selon la classe d'âge (G 3.7). Le taux de recours est le plus élevé chez les mineurs de moins de 18 ans (475 admissions pour 1000 habitants en 2019). On relève que c'est également au sein de cette classe d'âge que le taux de recours a le plus drastiquement diminué en 2020 (317 admissions pour 1'000 habitants). A l'inverse, le taux de recours est le plus bas pour les personnes âgées de 40 à 64 ans ainsi que pour les 65 ans et plus (autour de 200 admissions pour 1'000 habitants). Les personnes âgées de 18 à 39 ans présentent un taux de recours intermédiaire (319 admissions pour 1'000 habitants en 2019).

G 3.6 Taux de recours aux services d'urgence et aux permanences d'un hôpital, canton de FR et CH, 2015-2020

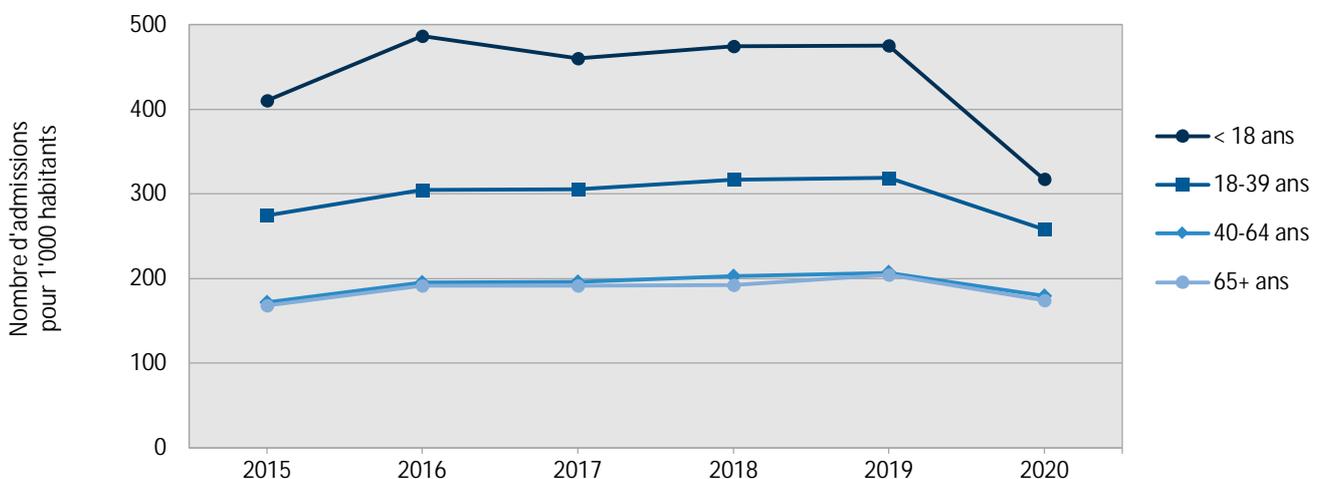


Sources: OFS – PSA, STATPOP

© Obsan 2023

Note: Sur l'ensemble de la période, le taux est certainement légèrement sous-estimé au niveau suisse en raison de données manquantes.

G 3.7 Taux de recours aux services d'urgence et aux permanences d'un hôpital par classe d'âge, canton de FR, 2015-2020



Sources: OFS – PSA, STATPOP

© Obsan 2023

### 3.1.3 Offre de soins

#### *Nombre de cas et structure des patients*

La liste hospitalière du canton de Fribourg pour le domaine des soins aigus compte un total de 16 fournisseurs de prestations (sites hospitaliers, T 3.4). En incluant le site de Payerne de l'HIB, la moitié des sites répertoriés se situent dans le canton. Les huit fournisseurs répertoriés hors canton se trouvent dans les cantons de Berne (deux sites), de Genève (un site), de Neuchâtel (quatre sites) et de Vaud (un site).

Avec des parts de patients fribourgeois presque toujours supérieures à 90% (T 3.4), les établissements fribourgeois prennent essentiellement en charge des patients du canton, ce dont témoigne d'ailleurs l'indice de part de marché s'établissant à 94,7% en 2019 (voir G 3.8 ci-après). Le site de Payerne de l'HIB fait ici logiquement exception avec 40,5% de patients fribourgeois. A l'inverse, les patients fribourgeois ne représentent qu'une moindre part de la patientèle des hôpitaux répertoriés situés hors canton, tout au plus 6,5% au sein de l'hôpital de l'Île à Berne.

Le Case Mix Index (CMI)<sup>16</sup> indique le degré de sévérité moyen des cas facturés par un hôpital et représente les ressources en personnel, en temps et en matériel qu'il a fallu mobiliser pour traiter chaque cas. La valeur PCCL rend compte pour sa part du niveau de complexité clinique des cas résultant du cumul de diagnostics secondaires. Les deux indicateurs CMI et PCCL permettent d'estimer la gravité moyenne des cas traités dans chaque hôpital. Tandis que le CMI renseigne sur le niveau de gravité économique, le PCCL est une mesure de la multimorbidité des patients hospitalisés. C'est le site de Meyriez-Morat de l'HFR qui présente les valeurs les plus élevées (PCCL de 1,96 et CMI de 1,45). Il s'agit également du site prenant en charge la patientèle la plus âgée (en moyenne 75,5 ans). En comparaison, les patients fribourgeois des autres sites de l'HFR présentent des niveaux de gravité plus bas. Le site de Fribourg se caractérise par des patients plus jeunes (en moyenne 49,6 ans) alors que la patientèle est plus âgée et les parts d'hospitalisations en urgence particulièrement élevées pour les sites de Riaz (67,7 ans, 82% en urgences) et de Tafers (71,6 ans, 81%).

Les séjours hospitaliers à la Clinique Générale et l'hôpital Daler à Fribourg sont le plus souvent planifiés et concernent des patients relativement jeunes, faisant état d'un faible degré de complexité clinique en moyenne. De plus, près d'un quart des séjours de la Clinique Générale sont enregistrés en classe de traitement privé ou semi-privé, soit la plus forte part parmi les établissements fribourgeois.

Lorsqu'ils sont hospitalisés dans un établissement répertorié situé hors du canton, les résidents fribourgeois sont essentiellement pris en charge à l'Hôpital de l'Île à Berne et au CHUV à Lausanne. Il s'agit moins souvent de séjours en urgences que lorsque les patients fribourgeois sont hospitalisés au sein de leur propre canton. La moyenne d'âge est d'un peu plus de 50 ans et les deux établissements présentent des CMI et PCCL moyens proches.

---

<sup>16</sup> S'obtient par la somme des cost-weights des cas d'un hôpital divisée par le nombre de cas de cet hôpital.

## T 3.4 Nombre de cas et chiffres-clés des hôpitaux répertoriés selon la liste hospitalière du canton de FR, 2019

CT	Hôpital	Cas	%FR	%FR franco- phone	%FR germa- nophone	%SP/P	% Ur- gence	Ø PCCL	Ø CMI	Ø Âge (années)
Hôpitaux répertoriés situés dans le canton										
FR	Clinique Générale, Fribourg	2 628	90,9%	81,1%	9,8%	24%	1%	0,33	1,13	57,7
	Hôpital Daler, Fribourg	6 200	93,3%	79,7%	13,6%	11%	25%	0,25	0,67	46,1
	Hôpital fribourgeois (HFR), Fribourg	12 993	94,4%	85,1%	9,3%	11%	67%	1,30	1,12	53,4
	Hôpital fribourgeois (HFR), Meyriez-Morat	799	90,4%	43,8%	46,6%	17%	65%	1,96	1,45	75,5
	Hôpital fribourgeois (HFR), Riaz	3 238	97,1%	96,6%	0,5%	9%	82%	1,43	0,88	67,7
	Hôpital fribourgeois (HFR), Tafers	1 975	98,3%	20,0%	78,3%	19%	81%	1,25	1,07	71,6
	Maison de naissance Le Petit Prince, Villars-sur-Glâne	337	89,6%	40,2%	0,4%	0%	38%			31,2
VD	Hôpital intercantonal de la Broye (HIB), Payerne	5 166	40,5%	77,2%	12,5%	6%	66%	1,11	0,83	53,5
Hôpitaux répertoriés situés hors canton										
BE	Hôpital de l'île, Berne	44 213	6,5%	2,3%	4,2%	16%	41%	1,67	1,46	54,9
	Klinik Bethesda, Tschugg	188	4,3%	2,1%	2,1%	12%	10%	0,54	3,99	46,8
GE	Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Genève	41 444	0,3%	0,3%	0,0%	10%	58%	1,27	1,21	56,0
NE	Hôpital neuchâtelois (HNE), Chrysalide	173	0,6%	0,6%	0,0%	8%	49%	3,21	3,27	71,9
	Hôpital neuchâtelois (HNE), La Chaux-de-Fonds	4 038	0,1%	0,1%	0,0%	7%	81%	1,68	0,91	68,9
	Hôpital neuchâtelois (HNE), Pourtalès	12 582	0,5%	0,4%	0,1%	8%	68%	1,17	0,89	54,7
	Hôpital neuchâtelois (HNE), Val-de-Travers	35	0,0%	0,0%	0,0%	0%	100%	0,43	0,32	57,9
VD	Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne	38 002	3,3%	3,2%	0,1%	9%	50%	1,41	1,44	53,9

Note: Cas = nombre de cas traités dans l'hôpital quel que soit le domicile du patient; SP/P = Part des cas en classe de traitement semi-privé ou privé de tous les cas de l'hôpital; %urgence = part d'admissions en urgence selon la variable mode d'admission de la MS de tous les cas de l'hôpital; PCCL = niveau de complexité clinique d'un patient; CMI = Case Mix Index (net); pour le calcul de l'âge moyen, les nouveau-nés en bonne santé ont été identifiés à l'aide des codes DRG P66D et P67D (cf. BAG 2021, p.13) et ont été exclus.

Sources: OFS – MS, KS, liste LAMal fribourgeoise selon ordonnance du 31.03.2015, entrée en vigueur le 01.01.2017 (état: décembre 2021)

© Obsan 2023

Dans l'ensemble, le nombre de séjours hospitaliers effectués au sein des hôpitaux du canton de Fribourg répertoriés selon la liste hospitalière fribourgeoise s'est accru de 6% entre 2015 et 2019 (T 3.5). La composition de l'offre au sein du canton de Fribourg s'est légèrement modifiée au cours de cette période, notamment avec un renforcement du site fribourgeois de l'HFR (+1 889 cas, +17%), parallèlement à une diminution du nombre de cas sur les sites de la Clinique Générale (-330 cas, -11%) et de l'Hôpital Daler (-425, -6%), tous deux également à Fribourg.

Sur le reste du territoire cantonal, la hausse du nombre de cas hospitaliers en soins aigus pris en charge par le site de Meyriez-Morat (HFR) peut être relevée (+697 cas), alors que l'activité est relativement stable sur les sites de Riaz (+25) et de Payerne (+89) et a diminué sur le site de Tafers (-162).

T 3.5 Nombre de cas des hôpitaux répertoriés situés dans le canton de FR selon la liste hospitalière du canton de FR, 2015-2019

CT	Hôpital	2015	2016	2017	2018	2019	Trend	Δ (n)	Δ (%)
FR	Clinique Générale, Fribourg	2 958	2 999	2 940	2 772	2 628		-330	-11%
	Hôpital Daler, Fribourg	6 625	6 846	6 564	6 502	6 200		-425	-6%
	Hôpital fribourgeois (HFR), Fribourg	11 104	10 844	11 281	12 741	12 993		+1 889	+17%
	Hôpital fribourgeois (HFR), Meyriez-Morat	102	554	1 108	999	799		+697	+683%
	Hôpital fribourgeois (HFR), Riaz	3 213	3 472	3 654	3 582	3 238		+25	+1%
	Hôpital fribourgeois (HFR), Tafers	2 137	1 986	1 809	1 988	1 975		-162	-8%
	Maison de naissance Le Petit Prince, Villars-sur-Glâne	214	275	268	347	337		+123	+57%
VD	Hôpital intercantonal de la Broye (HIB), Payerne	5 077	4 876	5 011	5 215	5 166		+89	+2%
	Total	31 430	31 852	32 635	34 146	33 336		+1 906	+6%

Note: Cas = nombre de cas traités dans l'hôpital quel que soit le domicile du patient.

Sources: OFS – MS, KS : liste LAMal fribourgeoise selon ordonnance du 31.03.2015, entrée en vigueur le 01.01.2017 (état: décembre 2021)  
© Obsan 2023

### Parts de marché des hôpitaux

Les tableaux T 3.6 et T 3.7 montrent pour chaque domaine de prestations (DPPH) la répartition des parts de marché entre prestataires pour tous les patientes et les patients en soins somatiques aigus résidant dans le canton de Fribourg. Dans un premier temps, les hôpitaux sont regroupés en fonction de leur statut (A, B ou D), défini d'une part, par le fait d'être répertorié ou non sur la liste hospitalière du canton de Fribourg et d'autre part, par le fait d'être situé ou non dans le canton de Fribourg. Pour être répertorié, l'hôpital doit disposer d'un mandat de prestations pour au moins un groupe de prestations. Les sites hospitaliers répertoriés par le canton de Fribourg et situés dans le canton reçoivent le statut A, tandis que ceux qui sont répertoriés mais situés hors canton obtiennent le statut B. Le statut C concerne les prestataires non répertoriés mais situés dans le canton. Toutefois, il n'y en a pas pour le canton de Fribourg. Enfin, les sites hospitaliers non répertoriés par le canton de Fribourg et situés hors du canton reçoivent le statut D.

Pour la plupart des DPPH, les hôpitaux de statut A obtiennent une part de marché majoritaire. Les hôpitaux de statut B captent toutefois plus de la moitié de la part de marché pour les domaines liés à la dermatologie (55% en 2019), à la neurochirurgie (75%), à la chirurgie thoracique (60%). C'est également le cas de la transplantation d'organes solides (91%), dont la plupart des GPPH relèvent de la médecine hautement spécialisée qui fait l'objet d'une planification conjointe par l'ensemble des cantons. Le domaine de l'ophtalmologie est le seul pour lequel la plus grande part de marché revient à des hôpitaux de statut D (53% en 2019). En considérant séparément les DPPH, la répartition de la part de marché en fonction du statut de l'hôpital a fluctué en 2018 et 2019 mais pris ensemble, celle-ci est restée globalement stable, la part de marché occupée par les hôpitaux de statut A se maintenant à 74%.

T 3.6 Parts de marché pour les patients résidant dans le canton de FR par DPPH et statut de l'hôpital, 2017 et 2019

Grands domaines	DPPH	Parts de marché (%)						Changements		
		2017			2019			en points de pourcentage		
		Statut A	Statut B	Statut D	Statut A	Statut B	Statut D	Statut A	Statut B	Statut D
Soins de base	Paquet de base	83%	7%	9%	83%	8%	9%	-0,7	+0,9	-0,2
Système nerveux et organes des sens	Dermatologie	50%	37%	13%	36%	55%	9%	-14,5	+18,8	
	Oto-rhino-laryngologie	59%	22%	19%	56%	25%	20%	-2,9	+2,4	
	Neurochirurgie	24%	68%	8%	19%	75%	6%		+6,9	
	Neurologie	67%	28%	5%	68%	27%	5%			
	Ophtalmologie	8%	39%	52%	10%	36%	53%			
Organes internes	Endocrinologie	71%	19%	10%	79%	16%	5%			
	Gastroentérologie	69%	13%	18%	70%	12%	18%			
	Chirurgie viscérale	60%	19%	21%	64%	19%	17%	+3,5		-3,6
	Hématologie	63%	29%	8%	57%	31%	13%	-6,4		+4,5
	Vaisseaux	50%	33%	17%	56%	27%	17%	+5,6	-5,9	
	Cœur	44%	27%	30%	58%	21%	21%	+14,4	-5,7	-8,7
	Néphrologie	72%	25%	4%	80%	14%	7%	+7,9	-10,7	
	Urologie	78%	8%	14%	76%	10%	15%	-2,9	+1,7	+1,2
	Pneumologie	86%	9%	5%	78%	15%	8%	-8,1	+5,7	+2,4
	Chirurgie thoracique	16%	70%	13%	34%	60%	6%	+17,6		
	Transplantations d'organes solides		100%			91%	9%			
Appareil locomoteur	Orthopédie	61%	6%	33%	60%	6%	34%	-1,1	+0,2	+0,9
	Rhumatologie	75%	12%	13%	71%	21%	8%		+9,1	
Gynécologie et obstétrique	Gynécologie	71%	8%	21%	72%	7%	21%	+1,0	-0,9	
	Obstétrique	79%	6%	15%	81%	7%	12%	+1,9	+0,9	-2,8
	Nouveau-nés	80%	4%	16%	82%	5%	13%	+2,4	+0,6	-3,0
Autres	(Radio-)oncologie	65%	20%	16%	50%	27%	24%	-15,2	+6,9	+8,3
	Traumatismes graves	55%	39%	5%	69%	31%		+13,6		
	Soins palliatifs	13%	29%	58%	93%	4%	2%	+81,0		-56,3
Total		74%	10%	16%	74%	11%	15%	+0,0	+0,8	-0,9

Note: DPPH = domaine pour la planification hospitalière. Statut selon la liste hospitalière: A = hôpitaux répertoriés situés dans la région d'analyse; B = hôpitaux répertoriés situés hors de la région d'analyse; D = hôpitaux non répertoriés situés hors de la région d'analyse. Part de marché: part des cas par rapport au total des hospitalisations des patients provenant du canton analysé. Les colonnes à droite indiquent la variation de la part de couverture en points de pourcentage. Seuls les changements pertinents sont indiqués, à savoir les changements de taux de couverture qui concernent au moins 10 cas. Le domaine soins palliatifs tel que défini ici ne correspond pas à la systématique du grouper zurichois 2023 mais relève d'une définition retenue par le canton de Fribourg.

Sources: OFS – MS, KS ; liste LAMal fribourgeoise selon ordonnance du 31.03.2015, entrée en vigueur le 01.01.2017 (état: décembre 2021)

© Obsan 2023

Selon les recommandations de la CDS, lorsque l'offre est suffisante, les hôpitaux du canton sont considérés comme déterminants pour la couverture des besoins de la population pour un groupe de prestations (GPPH) donné, s'ils ont des parts de marché pour ce GPPH d'au moins 5% des traitements stationnaires de patientes et patients domiciliés dans le canton et ont traité au minimum 10 cas du canton. Des exceptions peuvent être envisagées notamment afin d'obtenir une couverture sanitaire décentralisée. Pour les hôpitaux extracantonaux, le

seuil pour les parts de marché par GPPH est fixé à 10% (et à la fois au moins 10 cas). Le tableau T 3.7 ne dit pas si le prestataire de soins bénéficie d'un mandat pour la prestation analysée, mais permet d'une part de relever l'importance relative de chaque prestataire et, d'autre part, d'identifier les hôpitaux qui ont des parts de marché suffisamment élevées pour être déterminants dans la planification dans un domaine ou groupe de prestations.

Pour la plupart des DPPH, c'est le site de Fribourg de l'HFR qui capte la plus grande part de marché (dans l'ensemble, 32% en 2019). Notons que l'hôpital Daler à Fribourg occupe la plus grande part de marché pour les trois DPPH liés à gynécologie et à l'obstétrique ainsi que pour l'urologie.

Parmi les hôpitaux répertoriés situés hors canton, l'Hôpital de l'Île à Berne joue un rôle particulièrement important avec non seulement la plus grande part de marché sur trois DPPH, mais aussi une part de marché d'au moins 5% pour 21 des 25 DPPH. En comparaison, le CHUV n'obtient la plus grande part de marché que pour la transplantation d'organes solides, et peut être considéré comme déterminant pour 14 des 25 DPPH.

Relevons encore, dans le domaine de l'ophtalmologie, la part de marché de 53% par des prestataires hors canton non répertoriés. Il est utile de mentionner que l'hôpital ophtalmique Jules Gonin, dans le canton de Vaud, détient entre 13 et 35% des parts de marché dans quatre des six groupes de prestations en 2019, traitant une trentaine de patients fribourgeois dont 91% issus de la région francophone, de même que le Lindenhofspital dans le canton de Berne qui détient entre 13 et 28% des parts de marché dans trois groupes de prestations, représentant aussi une trentaine de patients fribourgeois dont 79% issus de la région germanophone (non représenté).

Pour faire le lien avec la partie suivante qui traite du taux de couverture de la liste hospitalière, notons encore que la part de marché des hôpitaux pour les cas fribourgeois est calculée indépendamment de savoir si l'hôpital a reçu un mandat pour une prestation spécifique. La catégorie « autres hôpitaux » du tableau T 3.7 est composée d'établissements qui n'ont reçu un mandat de prestations dans aucun GPPH. Plus leur part de marché est haute, plus le taux de couverture est bas. Mais le taux de couverture de certains GPPH peut aussi être bas malgré une faible part de marché de cette catégorie « autres hôpitaux », en raison d'une forte part de marché des hôpitaux des deux autres catégories « hôpitaux répertoriés (dans ou hors canton) » qui n'auraient pas reçu de mandat pour ces mêmes GPPH. En effet, les établissements classés dans les catégories des hôpitaux répertoriés ne reçoivent pas un mandat pour toutes les prestations, mais seulement pour une sélection d'entre-elles.

## T 3.7 Parts de marché par DPPH et hôpital, 2019

Grands domaines	DPPH	Hôpitaux répertoriés situés dans la région d'analyse								Hôpitaux répertoriés situés hors de la région d'analyse						Autres	Cas FR	
		Clinique Générale, Fribourg	Hôpital Daler, Fribourg	Hôpital fribourgeois (HFR), Fribourg	Hôpital fribourgeois (HFR), Meyriez-Morat	Hôpital fribourgeois (HFR), Riaz	Hôpital fribourgeois (HFR), Tafers	Hôpital intercantonal de la Broye (HIB), Payerne	Maison de naissance Le Petit Prince, Villars-sur-Glâne	Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne	Hôpital de l'île, Berne	Hôpital neuchâtelois (HNE), Chrysalide	Hôpital neuchâtelois (HNE), La Chaux-de-Fonds	Hôpital neuchâtelois (HNE), Pourtalès	Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Genève	Klinik Bethesda, Tschugg	Autres hôpitaux	Total
Soins de base	Paquet de base	2%	6%	35%	4%	17%	11%	8%	0%	2%	6%		0%	0%	0%		9%	14 297
Système nerveux et organes des sens	Dermatologie	1%		23%	1%	5%	4%	2%		13%	41%				1%		9%	121
	Oto-rhino-laryngologie	12%	10%	28%	0%	1%		4%		5%	18%			0%	1%		20%	754
	Neurochirurgie	0%	0%	16%		0%	1%	0%		18%	54%				2%		6%	202
	Neurologie			46%	4%	7%	5%	5%		5%	20%		0%	0%	1%	1%	5%	1 016
	Ophtalmologie	2%		7%	1%		1%				34%				2%		53%	174
Organes internes	Endocrinologie	1%	1%	36%	4%	18%	15%	5%		3%	13%				1%		5%	191
	Gastroentérologie	0%	1%	43%	2%	11%	8%	5%		5%	7%			0%	0%		18%	824
	Chirurgie viscérale	2%	19%	33%	0%	2%	2%	6%		7%	11%			0%	1%		17%	853
	Hématologie	1%	1%	37%	3%	6%	6%	3%		7%	21%				3%		13%	485
	Vaisseaux		5%	46%		2%	2%	1%		8%	18%			0%	0%		17%	569
	Cœur		0%	53%	0%	2%	2%	1%		8%	13%				0%		21%	2 035
	Néphrologie			49%	2%	18%	1%	10%		4%	10%						7%	122
	Urologie	1%	55%	10%	0%	7%	0%	2%		2%	7%			0%	1%		15%	1 710
	Pneumologie	0%	0%	52%	2%	11%	6%	7%		5%	8%			0%	1%		8%	746
	Chirurgie thoracique			33%		1%				12%	45%				3%		6%	135

Grands domaines	DPPH	Hôpitaux répertoriés situés dans la région d'analyse								Hôpitaux répertoriés situés hors de la région d'analyse						Autres	Cas FR	
		Clinique Générale, Fribourg	Hôpital Daler, Fribourg	Hôpital fribourgeois (HFR), Fribourg	Hôpital fribourgeois (HFR), Meyriez-Morat	Hôpital fribourgeois (HFR), Riaz	Hôpital fribourgeois (HFR), Tafers	Hôpital intercantonal de la Broye (HIB), Payerne	Maison de naissance Le Petit Prince, Villars-sur-Glâne	Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne	Hôpital de l'Île, Berne	Hôpital neuchâtelois (HNE), Chrysalide	Hôpital neuchâtelois (HNE), La Chaux-de-Fonds	Hôpital neuchâtelois (HNE), Pourtalès	Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Genève	Klinik Bethesda, Tschugg	Autres hôpitaux	Total
	Transplantations d'organes solides									50%	18%				23%		9%	22
Appareil locomoteur	Orthopédie	36%	2%	15%	0%	4%	2%	2%		2%	3%						34%	4 982
	Rhumatologie			45%	4%	13%	8%	2%		2%	19%						8%	110
Gynécologie et obstétrique	Gynécologie	8%	47%	14%		1%	0%	3%		2%	4%			0%	0%		21%	1 358
	Obstétrique		40%	31%	0%	0%	0%	6%	4%	2%	5%			0%	0%		12%	3 935
	Nouveau-nés		43%	31%				6%	3%	2%	3%			0%	0%		13%	3 421
Autres	(Radio-)oncologie			43%	1%	3%	3%	0%		11%	16%						24%	309
	Traumatismes graves			44%	3%	12%	5%	5%		10%	21%						0%	100
Soins palliatifs	Soins palliatifs (base drg)		0%	65%	27%	0%	0%			0%	4%	0%					2%	291
<b>Total</b>		<b>6%</b>	<b>15%</b>	<b>32%</b>	<b>2%</b>	<b>8%</b>	<b>5%</b>	<b>5%</b>	<b>1%</b>	<b>3%</b>	<b>7%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>15%</b>	<b>38 762</b>

Note: La part de marché représente la part des cas traités par un hôpital et se rapporte à l'ensemble des hospitalisations des patients domiciliés dans le canton de FR pour le DPPH considéré. Le tableau ne montre pas précisément pour quelle(s) prestation(s) les hôpitaux répertoriés bénéficient d'un mandat. Le domaine soins palliatifs tel que défini ici ne correspond pas à la systématique du grouper zurichois 2023 mais relève d'une définition retenue par le canton de Fribourg.

Sources: OFS – MS, KS ; liste LAMal fribourgeoise selon ordonnance du 31.03.2015, entrée en vigueur le 01.01.2017 (état: décembre 2021)

© Obsan 2023

### *Taux de couverture de la liste hospitalière*

Alors que l'analyse des parts de marché permet de déterminer la part relative des patientes et des patients du canton de Fribourg dans chaque établissement, le taux de couverture indique la proportion de patientes et patients qui sont traités dans un hôpital qui bénéficie d'un mandat de prestations délivré par le canton pour la prestation considérée. Selon les recommandations de la CDS, une planification hospitalière n'est conforme aux besoins que si au moins un mandat de prestations est attribué à chaque groupe de prestations. En outre, une couverture à 100% des besoins n'étant pas réaliste, les mandats de prestations de la liste hospitalière devraient atteindre 80% des traitements stationnaires de la population du canton dans chaque groupe de prestations (ou 70% pour les cantons de moins de 300 000 habitants). Les cantons n'atteignant pas ce seuil doivent en motiver les raisons.

Avant d'analyser les résultats, il faut réaliser que la liste hospitalière fribourgeoise sur laquelle sont basés les taux de couverture date du 1.1.2017. Or, le concept GPPH 2023 utilisé ici a été développé en vue de la nouvelle planification, avec de nouveaux groupes et des réaffectations entre groupes à l'intérieur des domaines voire très marginalement entre domaines. Ces groupes ne correspondent donc pas exactement à la liste hospitalière du canton de Fribourg en vigueur lors des calculs. Dans l'optique de garantir une prise en charge adaptée aux besoins, le canton de Fribourg se basera sur la nouvelle liste et accordera une attention particulière aux GPPH dont le taux de couverture est actuellement inférieur à 80%, sachant qu'une des explications pour des taux inférieurs peut résider dans les modifications de définition.

Dans l'ensemble, le taux de couverture de la liste hospitalière s'élève à 75% en 2019, en excluant les GPPH de moins de 50 hospitalisations de patients domiciliés dans le canton de FR<sup>17</sup>, les GPPH régis par la CIMHS<sup>18</sup> et les GPPH qui n'existaient pas lors de l'établissement de la liste hospitalière<sup>19</sup> (T 3.8). Sur ces 47 GPPH considérés, le taux de couverture est d'au moins 80% pour seulement sept groupes de prestations, dont le paquet de base. Dans le domaine des soins palliatifs, le taux de couverture de la liste hospitalière s'élève à 93%. Outre la problématique du changement de définition des groupes de la liste hospitalière, le canton de Fribourg a la spécificité d'être bilingue et on relève une forte différence entre les taux de couverture pour la région francophone et germanophone, la population de cette dernière se déplaçant très fréquemment vers le canton de Berne dans des établissements ne disposant pas de mandat pour les prestations utilisées. Ces comportements peuvent s'expliquer par des préférences individuelles et/ou un manque d'offre à disposition. Si les patients se rendent dans des hôpitaux sans mandat malgré que des hôpitaux (du canton ou hors canton) en ont reçu pour le groupe de prestations considéré, on peut penser que ce n'est pas par manque d'offre disponible mais que c'est un choix du patient influencé par différents facteurs (préférence notamment linguistique, disposition d'une couverture d'assurance complémentaire qui prendrait en charge une éventuelle différence de coût pour le patient, tarif de référence des hôpitaux du canton : s'il est élevé, il n'est pas forcément désavantageux pour les patients de se rendre hors canton, même sans assurance complémentaire). Même si l'offre est disponible, rappelons encore l'art. 39, al. 1, let. d LAMal qui précise que les cantons sont tenus de prendre en considération de manière adéquate les établissements privés.

Enfin, notons qu'avec une population d'environ 320'000 personnes en 2019, le canton de Fribourg n'est pas loin de la recommandation inférieure de la CDS (couverture d'au moins 70% des traitements stationnaires dans les cantons de moins de 300'000 habitants) ce qui relativise également le calcul du taux de couverture.

<sup>17</sup> Le taux de couverture d'un GPPH avec peu de cas est plus facilement influencé par le hasard. Une année, il peut y avoir +/- de cas qui seront traités dans un hôpital hors mandat.

<sup>18</sup> Les GPPH régis par la CIMHS sont planifiés séparément (voir Encadré 2)

<sup>19</sup> Des mandats n'ont pas pu être octroyés pour des GPPH qui n'existaient pas. Le calcul du taux de couverture n'est donc pas pertinent.

## T 3.8 Taux de couverture de la liste hospitalière du canton de FR, par GPPH, 2019

Domaine de prestation	GPPH	Cas FR	Taux de couverture	Domaine de prestation	GPPH	Cas FR	Taux de couverture
Paquet de base	BP	14 297	82%	Pneumologie	PNE1	603	80%
Dermatologie	DER1	58	47%		PNE2	92	93%
Oto-rhino-laryngologie	HNO1	260	59%	Chirurgie thoracique	THO1.1	61	10%
	HNO1.1	86	35%	Orthopédie	BEW1	807	67%
	HNO1.2	163	51%		BEW2	350	68%
	HNO2	167	71%		BEW3	200	63%
Neurochirurgie	NCH1	134	75%		BEW5	430	67%
Neurologie	NEU1	186	77%		BEW6	464	56%
	NEU3	669	75%		BEW7	124	52%
Ophthalmologie	AUG1.5	86	7%		BEW8	752	44%
Endocrinologie	END1	191	78%		BEW8.1	192	28%
Gastroentérologie	GAE1	585	71%	Rhumatologie	RHE1	88	70%
	GAE1.1	239	67%	Gynécologie	GYN1	1 031	73%
Chirurgie viscérale	VIS1	583	63%		GYN2	284	73%
	VIS1.4	180	71%	Obstétrique	GEB1	3 891	77%
Hématologie	HAE1	89	49%	Nouveau-nés	NEO1	3 230	79%
	HAE2	287	65%		NEO1.1	150	88%
	HAE3	56	48%	(Radio-)oncologie	ONK1	144	33%
Vaisseaux	GEF1	265	40%		RAO1	118	71%
	RAD1	72	61%	Traumatismes graves	UNF1.1	68	97%
Cœur	HER1.1.1	106	42%	Soins palliatifs		291	93%
	HER1.1.4	66	42%	Sous-total		34 179	75%
	KAR1	234	75%				
Néphrologie	NEP1	122	80%				
Urologie	URO1	1 357	78%				
	URO1.1	185	77%				
	URO1.1.1	86	51%				

Note : Le taux de couverture représente la part des hospitalisations de patients domiciliés dans le canton de FR traités dans un hôpital disposant d'un mandat de prestations du canton pour le GPPH concerné. Les GPPH dont le taux de couverture est inférieur à 80% sont mis en évidence. Les GPPH avec moins de 50 hospitalisations de patients domiciliés dans le canton de FR ne sont pas mentionnés, ni les GPPH régis par la CIMHS. Les GPPH qui n'existaient pas lors de l'établissement de la liste hospitalière sont aussi exclus de l'analyse. Le sous-total est calculé seulement sur les GPPH représentés. Le domaine soins palliatifs tel que défini ici ne correspond pas à la systématique du grouper zurichois 2023 mais relève d'une définition retenue par le canton de Fribourg.

Sources: OFS – MS, KS ; liste LAMal fribourgeoise selon ordonnance du 31.03.2015, entrée en vigueur le 01.01.2017 (état: décembre 2021)

© Obsan 2023

### Nombre minimum de cas

D'après l'art. 58d, al. 4 OAMal, lors de l'évaluation du caractère économique et de la qualité, les cantons prennent notamment en considération le nombre minimum de cas hospitaliers. Ce nombre minimal de cas sert d'indicateur pour l'expertise des hôpitaux et ne constitue pas une obligation quant au nombre de cas à traiter (CDS 2022a). Un nombre de cas plus bas n'est donc pas un motif de sanction mais peut nécessiter une nouvelle évaluation. Selon la CDS, les exigences définies pour le nombre minimal de cas doivent être appliquées au plan suisse

aussi uniformément que possible – les cantons peuvent toutefois s'écarter des exigences portant sur des prestations spécifiques.

Dans le cadre de sa planification hospitalière, la direction de la santé du canton de Zurich (GDZH) a défini pour la première fois en 2012 le nombre minimal de cas (NMC) à effectuer pour une sélection de GPPH (voir GDZH 2011). Cette sélection a par la suite été largement reprise par les autres cantons. Le nombre minimal de cas a ensuite été révisé vers le haut ou vers le bas sur la base d'études scientifiques ou d'expériences faites à l'étranger. Une analyse de la GDZH montre un effet positif du NMC sur la qualité et l'économicité des prestations (GDZH 2016). Des études complémentaires montrant que la qualité de la prise en charge peut encore être améliorée en considérant non pas un nombre minimal de cas par hôpital mais par opérateur, la GDZH a ajouté dans sa version 2019, pour une sélection de GPPH, un nombre minimal de cas par opérateur (GDZH 2017).

Le tableau T 3.9 montre les nombres minimaux de cas pour les 29 GPPH définis par la GDZH (Version akut-spl23-10.99.52). Ce nombre se situe entre 10 et 500 en fonction du groupe de prestations. Dans ce tableau, les établissements ayant un nombre de cas inférieur au nombre minimal de cas défini par la GDZH sont marqués en orange s'ils disposent d'un mandat de prestations et en gris s'ils n'en disposent pas.

En 2019, le site de Fribourg de l'HFR n'atteint pas le NMC pour 13 des GPPH pour lesquels des cas sont enregistrés, dont 6 pour lesquels il dispose d'un mandat de prestations.

Lors de l'interprétation, il convient toutefois de tenir compte de divers aspects :

- Les NMC définis par la direction de la santé du canton de Zurich sont utilisés comme référence. Ceux-ci ne correspondent pas nécessairement aux NMC qui pourraient faire référence dans le canton de Fribourg pour l'octroi de mandats de prestations.
- Les mandats de prestations ne sont pas toujours liés à des sites individuels. Selon les cantons, l'attribution des mandats de prestations pour les établissements multi-sites se fait à l'établissement dans son ensemble. Cela est particulièrement pertinent lorsque des équipes opérationnelles sont actives sur plusieurs sites. Le nombre de cas sur un seul site ne permet alors pas de rendre compte de la réelle expertise. Il est donc possible que certains sites n'enregistrent que quelques cas, alors que le nombre de cas au niveau des établissements est nettement plus élevé.
- Pour les GPPH avec peu de cas, le nombre annuel de cas peut être volatile. Afin de pallier ce problème, certains cantons tiennent compte du nombre moyen de cas sur deux années pour l'évaluation des NMC.
- Pour les sites qui ne présentent que quelques cas, il convient également de noter que c'est le site à la sortie de l'hôpital qui est déterminant pour l'attribution des cas. Il ne s'agit pas nécessairement du lieu où toutes les interventions ont été effectuées au cours de l'hospitalisation.
- Les hôpitaux sans mandat de prestations cantonal pour un GPPH donné peuvent néanmoins offrir les prestations concernées. Dans ce cas, les hôpitaux dispensent ces soins sous le statut d'hôpital conventionné, ce qui signifie que les cantons ne participent pas au financement des coûts des traitements. Il est donc possible que le tableau T 3.9 comprenne également des cas dans des hôpitaux ne disposant pas de mandat de prestations pour ces GPPH.

## T 3.9 Nombre de cas pour les GPPH concernés par un nombre minimum de cas (NMC), par hôpital, 2019

Groupes de prestations		NMC GDZH	Hôpitaux répertoriés situés dans la région d'analyse								Hôpitaux répertoriés situés hors de la région d'analyse					
GPPH	Description		Clinique Générale, Fribourg	Hôpital Daler, Fribourg	Hôpital fribourgeois (HFR), Fribourg	Hôpital fribourgeois (HFR), Meyriez-Morat	Hôpital fribourgeois (HFR), Riaz	Hôpital fribourgeois (HFR), Tafers	Hôpital intercantonal de la Broye (HIB), Payerne	Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne	Hôpital de l'île, Berne	Hôpital neuchâtelois (HNE), Chrysalide	Hôpital neuchâtelois (HNE), La Chaux-de-Fonds	Hôpital neuchâtelois (HNE), Pourtales	Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Genève	Klinik Bethesda, Tschugg
ANG3	Interventions sur la carotide et les vaisseaux extracrâniens	10			1					55	151			1	52	
BEW10	Chirurgie du plexus	10	3	5	3					18	43				26	
BEW7.1	Prothèses de hanche de première intention	50	365		104	2	51	32	53	296	135		6	48	415	
BEW7.2	Prothèses du genou de première intention	50	400		34		10	13	64	234	49		1	9	238	
BEW8	Chirurgie du rachis	100	144		110		1			406	563			80	453	
BEW8.1	Chirurgie spécialisée du rachis	20	24		42					131	303			46	174	
BEW8.1.1	Chirurgie hautement complexe de la colonne vertébrale	15	2		7					38	112			2	52	
BEW9	Tumeurs osseuses malignes et sarcomes des tissus mous	10			1					10	15				5	
DER1.1	Oncologie dermatologique	10			4					95	154		3	2	40	
GEF1	Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)	10		34	122		8	6	2	782	1246		2	101	380	
GEF3	Chirurgie carotidienne	10			36					62	99			17	40	
GEFA	Interventions et chirurgie vasculaire sur les vaisseaux intra-abdominaux	20			28			1		143	192			20	38	
GYN2	Centre de sénologie certifié reconnu	100	63	135	32				13	230	153		124	1	252	
GYNT	Tumeurs gynécologiques	20	2	9	14			1	9	84	167			21	90	
HAE1.1	Lymphomes très agressifs et leucémies aiguës avec chimiothérapie curative	10			16					133	113				120	
HAE4	Transplantation de cellules souches hématopoïétiques autologues	10								80	192					
HER1.1.1	Chirurgie coronarienne (PAC)	100								191	470				114	
HER1.1.2	Chirurgie cardiaque congénitale complexe	10								44	27				67	
HNO2	Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes	10	1	75	44				12	77	223		7	75	320	

Groupes de prestations		Hôpitaux répertoriés situés dans la région d'analyse								Hôpitaux répertoriés situés hors de la région d'analyse						
GPPH	Description	NMC GDZH	Clinique Générale, Fribourg	Hôpital Daler, Fribourg	Hôpital fribourgeois (HFR), Fribourg	Hôpital fribourgeois (HFR), Meyriez-Morat	Hôpital fribourgeois (HFR), Riaz	Hôpital fribourgeois (HFR), Tafers	Hôpital intercantonal de la Broye (HIB), Payerne	Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne	Hôpital de l'île, Berne	Hôpital neuchâtelois (HNE), Chrysalide	Hôpital neuchâtelois (HNE), La Chaux-de-Fonds	Hôpital neuchâtelois (HNE), Pourtalès	Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Genève	Klinik Bethesda, Tschugg
KAR1	Cardiologie et devices	50		1	242	2	8	6	23	447	811		24	78	514	
KAR2	Électrophysiologie et CRT	100			56		2	1		349	1042		1	16	297	
KAR3	Cardiologie interventionnelle, interventions coronariennes	500			997	6	40	31	26	1608	3841		6	19	1607	
KAR3.1	Cardiologie interventionnelle, interventions structurelles	75			11					275	716				182	
NCH1.1	Neurochirurgie spécialisée	10	1	1	5					30	81				11	
NEU4	Epileptologie: diagnostic complexe	10								24	145			3	70	187
NEU4.1	Epileptologie: traitement complexe	10								5	6	1		1		132
THO1.1	Cancers du système respiratoire résection curative par lobectomie / pneumonectomie)	30			9					163	146		1	27	57	
URO1.1.1	Prostatectomie radicale	10		48						9	64			32	82	
URO1.1.3	Chirurgie complexe des reins (néphrectomie pour tumeur et résection partielle du rein)	10		21	4					6	40			4	27	

Légende:  = Cas < NMC & hôpital dispose d'un mandat de prestations  
 = Cas < NMC & hôpital ne dispose pas d'un mandat de prestations  
 = Cas ≥ MFZ

Note : Seuls sont représentés les GPPH pour lesquels un nombre minimal de cas a été défini au cours de l'année des données concernée selon la systématique GPPH en vigueur. De même, la représentation se limite aux hôpitaux ou aux sites hospitaliers qui disposent d'un mandat de prestations selon la liste hospitalière du canton de FR et fournissent des prestations dans le cadre du GPPH concerné. Le nombre de cas comprend ici tous les cas et pas uniquement ceux relevant de l'Assurance maladie obligatoire (AOS).

Sources: OFS – MS, KS ; liste LAMal fribourgeoise selon ordonnance du 31.03.2015, entrée en vigueur le 01.01.2017 (état: décembre 2021)

© Obsan 2023

### Nombre de lits

Finalement, l'analyse de l'offre de soins est complétée par l'évolution du nombre de lits de soins aigus au sein des hôpitaux du canton de Fribourg. Entre 2015 et 2019, on observe au total une augmentation du nombre de lits de 6%, soit 29 lits. C'est l'HFR qui offre le plus grand nombre de lits (424 en 2019) et l'augmentation provient essentiellement de cet établissement (+22 lits).

T 3.10 Nombre de lits par hôpital dans le canton de FR, 2015-2019

Hôpital	2015	2016	2017	2018	2019	Trend	Δ (n)	Δ (%)
Hôpital Jules Daler	58	58	58	58	58		-0	-0%
HFR - Hôpital fribourgeois	402	399	410	427	424		+22	+5%
SMN-Clinique Générale-Ste-Anne	53	53	53	60	60		+7	+14%
Hôpital Intercantonal de la Broye (HIB)	41	42	42	42	41		+1	+2%
Total canton	553	552	563	587	583		+30	+5%

Note: l'établissement se réfère au n° REE saisi selon la KS. Le nombre de lits correspond au nombre de journées-lits d'exploitation (=jours durant lesquels un lit est à disposition) dans le secteur de la réadaptation selon la KS, divisé par 365. Pour l'hôpital intercantonal de la Broye (HIB), selon la clé de répartition, seuls 40% des lits sont considérés ici.

Source: OFS – KS

© Obsan 2023

### 3.1.4 Flux de patients

L'analyse des flux de patients est une dimension importante de la planification hospitalière puisqu'elle fait appel à la coordination entre les cantons. Le tableau T 3.11 présente différents indicateurs permettant d'illustrer les interdépendances entre les systèmes de soins cantonaux. Pour le site de Payerne de l'établissement intercantonal de la Broye, situé sur le canton de Vaud, la situation est traitée de la manière suivante : les résidents fribourgeois s'y faisant traiter ne sont pas considérés comme des flux sortants et aucun autre flux (entrant ou sortant) n'est considéré pour ce site intercantonal implanté dans le canton de Vaud.

T 3.11 Définitions des indicateurs des flux des patients

Indicateur	Description	Formule
Entrées	Les entrées indiquent le nombre d'hospitalisations ayant lieu dans un hôpital du canton considéré pour des patients résidant dans un autre canton.	
Flux entrant %	Les flux entrants représentent la proportion d'entrées parmi l'ensemble des hospitalisations du canton considéré.	$FE_k = \frac{Z_k}{H_k}$ $Z_k = \text{entrées dans le canton } k$ $H_k = \text{hospitalisations dans le canton } k$
Indice de part de marché (IPM) %	L'indice de part de marché représente la proportion de résidents du canton parmi toutes les hospitalisations ayant eu lieu dans le canton. Il s'agit par conséquent de la proportion d'hospitalisations provenant des résidents du canton.	$MSI_k = \frac{H_k - Z_k}{H_k} = 1 - FE_k$ $Z_k = \text{entrées dans le canton } k$ $H_k = \text{hospitalisations dans le canton } k$
Sorties	Les sorties indiquent le nombre d'hospitalisations ayant lieu dans un hôpital d'un autre canton pour des patients résidant dans le canton considéré.	
Flux sortant %	Les flux sortants représentent la proportion de sorties parmi les patients résidant dans le canton considéré.	$FS_k = \frac{A_k}{P_k}$ $A_k = \text{sorties du canton } k$ $P_k = \text{patients résidant dans le canton } k$
Indice de localisation (IL) %	L'indice de localisation représente la proportion de patients résidant dans le canton considéré se faisant hospitaliser dans un hôpital du canton. Il s'agit par conséquent de la proportion de patients qui n'ont pas quitté leur canton.	$IL_k = \frac{P_k - A_k}{P_k} = 1 - FS_k$ $A_k = \text{sorties du canton } k$ $P_k = \text{patients résidant dans le canton } k$
Flux net	Le flux net – aussi appelé solde absolu par Huber (2015) – illustre la différence entre le nombre d'entrées et de sorties. Une valeur positive indique qu'il y a plus d'entrées dans le canton que de sorties alors qu'une valeur négative indique qu'il y a plus de sorties que d'entrées.	$Flux\ net_k = Z_k - A_k$ $Z_k = \text{entrées dans le canton } k$ $A_k = \text{sorties du canton } k$
Indice d'exportation (IE)	L'indice d'exportation représente le rapport entre les sorties et les entrées. Une valeur supérieure à 1 indique un flux net en exportation alors qu'une valeur inférieure à 1 indique un flux net en importation. Par rapport au flux net, l'indice d'exportation permet de comparer la balance des flux entre des cantons ayant des intensités de flux très différentes.	$IE_k = \frac{A_k}{Z_k}$ $A_k = \text{sorties du canton } k$ $Z_k = \text{entrées dans le canton } k$

Sources: Huber (2015), Pellegrini und Luyet (2012), Matter-Walstra et al. (2006)

© Obsan 2023

De manière générale, les établissements fribourgeois traitent essentiellement des patients du canton (indice de part de marché de 94,7% en 2019). Par ailleurs, près des trois quarts des patients fribourgeois se font hospitaliser dans un établissement du canton (indice de localisation de 73,9 %, G 3.8)

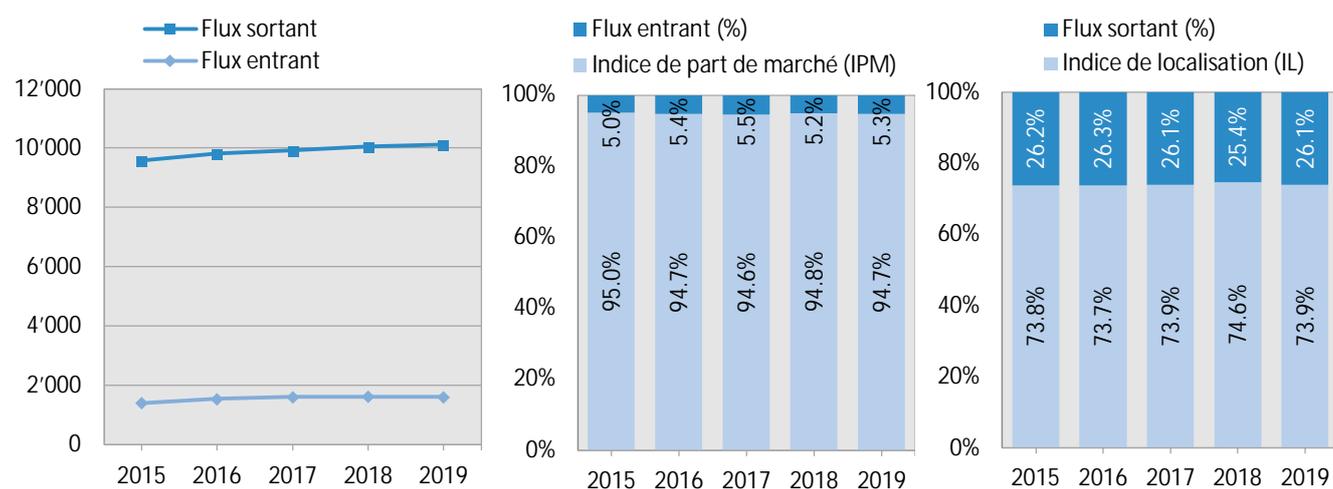
En 2019, le canton de Fribourg connaît ainsi quelque 1'600 entrées pour environ 10'100 sorties. En termes relatifs, les flux entrants représentent 5,3% des hospitalisations dans le canton, alors que les flux sortants concernent 26,1% des patients résidant dans le canton. Par conséquent, les flux nets sont négatifs (-8'498) et le rapport entre sorties et entrées (IE) s'élève à 6,25.

Ces indicateurs ont peu évolué dans le temps. Une légère hausse de la part de flux entrants est à relever par rapport à 2015 (5,0%), alors que la part de flux sortants était déjà de 26,2%. Il en résulte une légère tendance à la baisse du rapport entre sorties et entrées (IE) (6,81 en 2015).

En comparaison intercantonale, Fribourg se situe au 4e rang des cantons ayant les plus forts rapports entre sorties et entrées (IE) derrière Jura, Uri et Appenzell Rhodes-Intérieures (G 3.9).

G 3.8 Indicateurs de flux de patients, canton de FR, 2015-2019

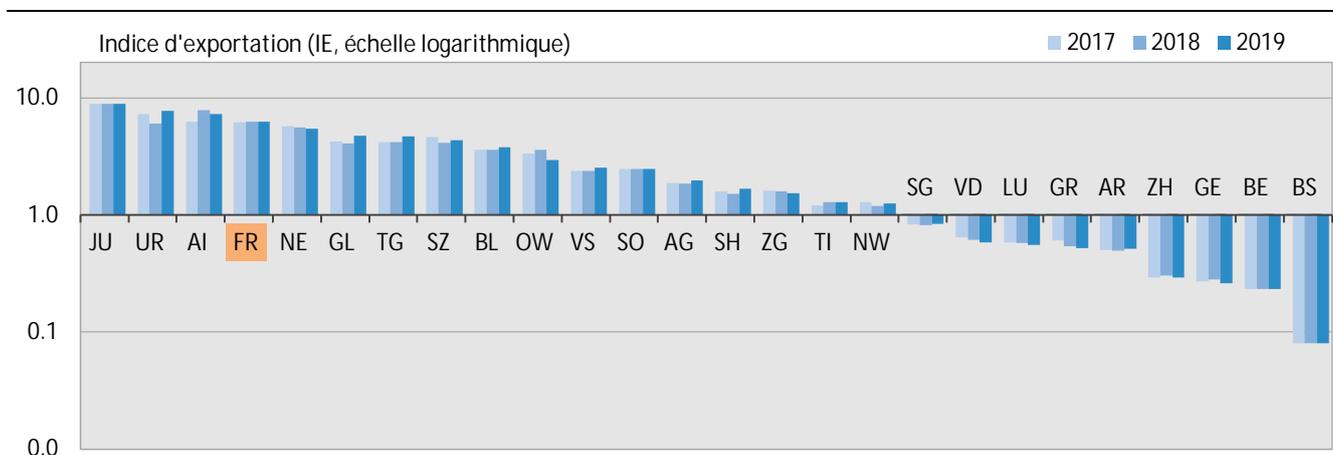
	Indicateur	2015	2016	2017	2018	2019
Import	Flux entrant (n)	1 408	1 552	1 617	1 626	1 619
	Flux entrant (%)	5,0%	5,4%	5,5%	5,2%	5,3%
Export	Flux sortant (n)	9 583	9 810	9 920	10 060	10 117
	Flux sortant (%)	26,2%	26,3%	26,1%	25,4%	26,1%
Rapport import/export	Indice de localisation (IL)	73,8%	73,7%	73,9%	74,6%	73,9%
	Indice de part de marché (IPM)	95,0%	94,7%	94,6%	94,8%	94,7%
	Flux net	-8 175	-8 258	-8 303	-8 434	-8 498
	Indice d'exportation (IE)	6,81	6,32	6,13	6,19	6,25



Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

G 3.9 Indice d'exportation par canton, 2017-2019



Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

## Flux entrants

En 2019, 5,3% des séjours hospitaliers réalisés dans les sites du canton de Fribourg étaient le fait de patients extracantonaux (T 3.12). Depuis 2015, ce flux entrant a augmenté de 15%.

Au sein des principaux domaines de prestations, la part de patients extracantonaux est particulièrement élevée dans les domaines de l'orthopédie (8,0%), du cœur (9,5%), de la gynécologie (9,9%) et de l'hématologie (9,8%). Pour ces différents domaines, le nombre de patients extracantonaux s'est d'ailleurs rapidement accru depuis 2015. Le domaine de l'orthopédie fait ici exception avec un flux entrant stable.

La part de patients extracantonaux est par contre plus faible dans des domaines tels que la pneumologie (3,2%) ou la gastroentérologie (3,3%).

On relève que la part de patients extracantonaux est légèrement plus basse que la moyenne dans les deux domaines comptabilisant le plus de cas que sont le paquet de base (4,4%, avec un flux entrant stable) et l'obstétrique (4,2%, avec un flux entrant en hausse).

T 3.12 Flux entrant dans le canton de FR par DPPH, 2015-2019

Grands domaines	DPPH	2015	2016	2017	2018	2019	Trend	Δ (%)	% Inflow 2019
	Paquet de base	534	572	569	630	548		3%	4.4%
Système nerveux et organes des sens	Dermatologie	2	3	5	7	3		50%	* *
	Oto-rhino-laryngologie	21	29	28	27	18		-14%	4.1%
	Neurochirurgie	.	.	5	2	3		---	*
	Neurologie	41	36	45	37	33		-20%	4.5%
	Ophthalmologie	1	.	1	1	1		0%	* *
Organes internes	Endocrinologie	5	4	5	4	9		80%	5.7%
	Gastroentérologie	30	26	31	21	20		-33%	3.3%
	Chirurgie viscérale	36	54	48	26	45		25%	7.7%
	Hématologie	9	8	12	16	30		233%	9.8%
	Vaisseaux	18	16	19	18	24		33%	7.0%
	Cœur	73	65	64	110	124		70%	9.5%
	Néphrologie	2	2	1	2	3		50%	3.0%
	Urologie	73	94	82	105	80		10%	5.8%
	Pneumologie	15	27	31	11	19		27%	3.2%
	Chirurgie thoracique	.	1	5	6	7		---	13.2%
Appareil locomoteur	Orthopédie	262	290	270	227	260		-1%	8.0%
	Rhumatologie	3	3	6	6	3		0%	3.7%
Gynécologie & obstétrique	Gynécologie	76	107	110	104	108		42%	9.9%
	Obstétrique	102	100	130	129	138		35%	4.2%
	Nouveau-nés	77	88	116	107	114		48%	3.9%
Autres	(Radio-)oncologie	24	22	31	23	9		-63%	5.6%
	Traumatismes graves	4	5	3	1	8		100%	10.4%
Soins palliatifs	Soins palliatifs (base drg)	.	.	.	6	12		---	4.2%
<b>Total</b>		<b>1'408</b>	<b>1'552</b>	<b>1'617</b>	<b>1'626</b>	<b>1'619</b>		<b>15.0%</b>	<b>5.3%</b>

Note: Le flux entrant décrit le nombre, respectivement la part d'hospitalisations de patients extracantonaux dans les sites hospitaliers du canton de Fribourg. Pour les DPPH avec moins de 50 hospitalisations dans les hôpitaux du canton de Fribourg, le flux entrant en pourcent n'est pas indiqué (\*).

Sources: OFS – MS, KS

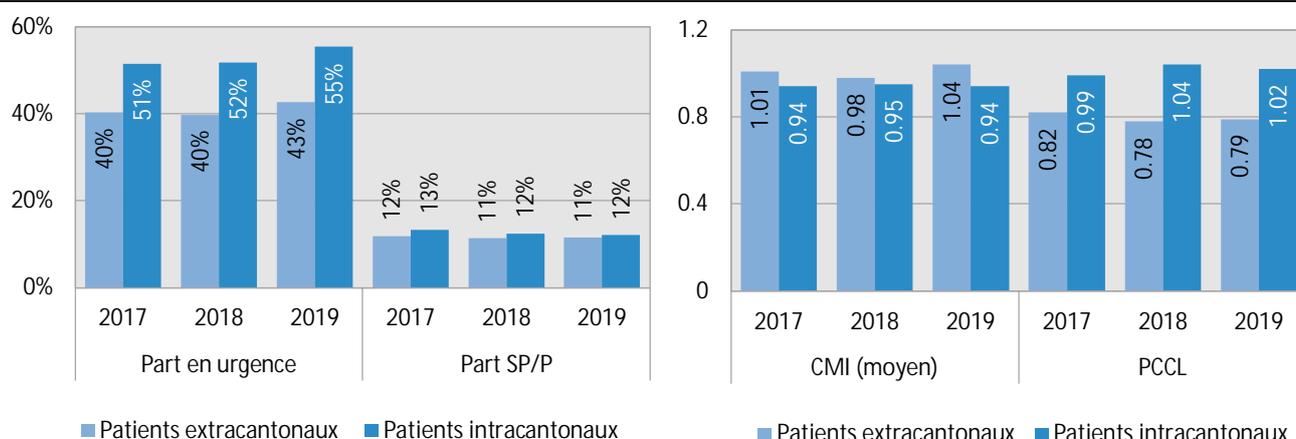
© Obsan 2023

Les patients fribourgeois se faisant hospitaliser dans le canton sont plus souvent admis en urgence (55%) que les flux entrants (43%, G 3.10). Les deux types de patients ne diffèrent pas quant à leur propension à être traités en classe privée ou semi-privée (11% pour les patients extracantonaux et 12% pour les patients intracantonaux).

Les patients extracantonaux hospitalisés dans un établissement fribourgeois tendent à nécessiter en moyenne plus de ressources que les patients intracantonaux (CMI brut moyen de respectivement 1,04 et 0,94 en 2019), par contre, ils présentent un niveau de complexité clinique (PCCL) inférieur (0,79 et 1,02). Cela n'est pas intuitif mais pas contradictoire, puisque le CMI brut est lié aux DRGs des patients, tandis que les PCCL sont calculés pour chaque patient. En d'autres termes, un groupe de patients peuvent avoir en moyenne un plus faible nombre de comorbidités et de complications, mais être regroupés dans des DRGs relativement chers.

Ces caractéristiques sont relativement stables dans le temps.

G 3.10 Structure des patients hospitalisés dans le canton de FR selon la provenance du patient, 2017-2019



Note : urgence = mode d'admission « urgence » ; SP/P = classe de traitement semi-privée ou privée ; CMI = Case Mix Index (brut) ; PCCL = Patient Complication and Comorbidity Level

Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

Le tableau T 3.13 montre l'origine des flux d'entrées des patients hospitalisés dans le canton de Fribourg. La plupart des patients entrants proviennent du canton de Vaud (1'071 entrées en 2019, soit 66% du flux entrant). Le nombre d'entrées en provenance du canton de Vaud a considérablement augmenté entre 2015 et 2019 (+17%). Avec 10% du flux entrant, les patients en provenance du canton de Berne totalisent 163 entrées en 2019, soit 20% de plus qu'en 2015 (917 entrées).

T 3.13 Flux entrant dans le canton de FR par canton de domicile du patient, 2015-2019

Canton de domicile	2015	2016	2017	2018	2019	Trend	Δ (%)	Part en %, en 2019
VD	917	1 047	1 037	1 088	1 071		+17%	66%
BE	136	169	165	169	163		+20%	10%
Etranger	95	89	116	101	127		+34%	8%
VS	68	73	85	73	69		+1%	4%
GE	48	42	64	54	36		-25%	2%
NE	41	36	52	34	55		+34%	3%
ZH	27	13	22	25	18		-33%	1%
TI	14	9	10	10	20		+43%	1%
JU	12	15	6	14	8		-33%	0%
AG	9	10	10	7	6		-33%	0%
LU	6	4	4	11	13		+117%	1%
SO	4	9	9	9	4		+0%	0%
Autres	31	36	37	31	29		-6%	2%
Total	1 408	1 552	1 617	1 626	1 619		+15%	100%

Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

Le tableau T 3.14 permet encore de voir vers quels hôpitaux fribourgeois les patients extracantonaux s'orientent. Quel que soit le canton de provenance, c'est le site de Fribourg de l'HFR qui perçoit le plus grand nombre d'entrées (726 en 2019). En termes relatifs, la Clinique générale à Fribourg, le site de Meyriez-Morat de l'HFR et la Maison de naissance Le Petit Prince présentent les parts de flux entrants les plus élevées, autour de 10%. On relève ici que la part globale de flux entrant à 5,3% est légèrement influencée à la baisse par le fait qu'aucun flux entrant n'est enregistré pour le site de Payerne de l'HIB (ici non représenté)<sup>20</sup>.

T 3.14 Flux entrant dans le canton de FR par hôpital et canton de domicile du patient, 2019

Hôpital	Flux entrant (%)	Flux entrant par provenance du patient													
		Entrées							Part						
		Etr.	VD	BE	VS	NE	Autres	Total	Etr.	VD	BE	VS	NE	Autres	
Clinique Générale, Fribourg	9,1%	6	171	18	14	13	18	240	3%	71%	8%	6%	5%	8%	
Hôpital Daler, Fribourg	6,7%	2	314	45	18	13	22	414	0%	76%	11%	4%	3%	5%	
Hôpital fribourgeois (HFR), Fribourg	5,6%	74	480	53	32	22	65	726	10%	66%	7%	4%	3%	9%	
Hôpital fribourgeois (HFR), Meyriez-Morat	9,6%	3	48	19	1	3	3	77	4%	62%	25%	1%	4%	4%	
Hôpital fribourgeois (HFR), Riaz	2,9%	34	35	2	3	3	16	93	37%	38%	2%	3%	3%	17%	
Hôpital fribourgeois (HFR), Tavers	1,7%	8	2	16	1	1	6	34	24%	6%	47%	3%	3%	18%	
Maison de naissance Le Petit Prince, Villars-sur-Glâne	10,4%		21	10			4	35		60%	29%			11%	
<b>Total</b>	<b>5,3%</b>	<b>127</b>	<b>1 071</b>	<b>163</b>	<b>69</b>	<b>55</b>	<b>134</b>	<b>1 619</b>	<b>8%</b>	<b>66%</b>	<b>10%</b>	<b>4%</b>	<b>3%</b>	<b>8%</b>	

Note: Le flux entrant indique le nombre, respectivement la part d'hospitalisations de patients extracantonaux rapportée à l'ensemble des cas pour chaque hôpital. Les principales provenances des patients sont mises en évidence, pour les nombres absolus (en orange) et pour la part relative (en gris). Le site de l'Hôpital intercantonal de la Broye (HIB) de Payerne n'est ici pas représenté car les patients extracantonaux ne sont pas considérés comme flux entrants pour le canton de Fribourg.

Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

### Flux sortants

En 2019, un peu plus d'un quart des patients domiciliés dans le canton de Fribourg se sont fait hospitaliser hors du canton (26,1%), ce qui correspond à 10'117 séjours hospitaliers (T 3.15). Avec une croissance de 5,6% du flux sortant depuis 2015, le nombre d'hospitalisations hors du canton s'est cependant accru un peu moins rapidement que celui de l'ensemble des hospitalisations pour les résidents fribourgeois (+6,0%, voir T 3.1).

Dans l'absolu, ce sont les sorties pour le paquet de base qui sont les plus nombreuses (2'476 cas en 2019) car il s'agit du domaine de prestations le plus important, mais le flux sortant est inférieur à la moyenne (17,3%) pour ce domaine de prestations.

De manière générale, la part d'hospitalisations hors canton est plus élevée pour plusieurs domaines de prises en charge. Elle se situe par exemple autour de 40% pour l'orthopédie (39,6%), pour les prises en charge liées au cœur (41,9%) ainsi que pour l'oto-rhino-laryngologie (44,4%). Elle atteint même 80,7% pour la neurochirurgie et 89,7% pour l'ophtalmologie.

<sup>20</sup> En raison du traitement particulier de l'hôpital intercantonal HIB (considéré comme fribourgeois pour les patients fribourgeois et vaudois pour les patients vaudois) et selon la formule des flux entrants (T 3.11), les entrées ne sont pas considérées sur le site de Payerne de l'HIB, ce dernier étant situé sur territoire vaudois (numérateur), mais les quelque 2'000 patients fribourgeois traités sur le site de Payerne de l'HIB sont considérés au dénominateur (parmi les hospitalisations dans le canton).

La part de flux sortants est en comparaison plus basse pour l'obstétrique (19,3%) et les nouveau-nés (17,8%). Pour ces deux domaines, le nombre d'hospitalisations hors canton a d'ailleurs diminué depuis 2015.

T 3.15 Flux sortant du canton de FR par DPPH, 2015-2019

Grands domaines	DPPH	2015	2016	2017	2018	2019	Trend	Δ (%)	% Outflow 2019
	Paquet de base	2404	2'415	2'377	2'508	2'476		3%	17.3%
Système nerveux et organes des sens	Dermatologie	87	65	71	84	78		-10%	64.5%
	Oto-rhino-laryngologie	370	332	332	313	335		-9%	44.4%
	Neurochirurgie	118	147	127	142	163		38%	80.7%
	Neurologie	295	304	321	324	322		9%	31.7%
	Ophthalmologie	109	99	119	141	156		43%	89.7%
Organes internes	Endocrinologie	27	16	30	40	41		52%	21.5%
	Gastroentérologie	190	236	215	223	246		29%	29.9%
	Chirurgie viscérale	237	229	275	263	311		31%	36.5%
	Hématologie	202	195	156	172	210		4%	43.3%
	Vaisseaux	248	255	261	238	250		1%	43.9%
	Cœur	730	839	813	876	853		17%	41.9%
	Néphrologie	50	36	38	34	25		-50%	20.5%
	Urologie	350	367	370	399	418		19%	24.4%
	Pneumologie	118	123	135	152	165		40%	22.1%
	Chirurgie thoracique	73	85	81	80	89		22%	65.9%
	Transplantations d'organes solides	16	15	12	19	22		38%	* *
	Appareil locomoteur	Orthopédie	1829	1'944	2'016	1'993	1'975		8%
Rhumatologie		41	52	42	18	32		-22%	29.1%
Gynécologie & obstétrique	Gynécologie	387	402	440	371	377		-3%	27.8%
	Obstétrique	865	814	813	834	758		-12%	19.3%
	Nouveau-nés	664	636	680	664	609		-8%	17.8%
Autres	(Radio-)oncologie	155	175	142	115	156		1%	50.5%
	Traumatismes graves	18	21	33	32	31		72%	31.0%
Soins palliatifs	Soins palliatifs (base drg)	.	8	21	25	19		---	6.5%
<b>Total</b>		<b>9583</b>	<b>9'810</b>	<b>9'920</b>	<b>10'060</b>	<b>10'117</b>		<b>5.6%</b>	<b>26.1%</b>

Note: Le flux sortant décrit le nombre, respectivement la part des hospitalisations de patients domiciliés dans le canton de Fribourg hospitalisés dans un hôpital situé hors du canton.

Sources: OFS – MS, KS

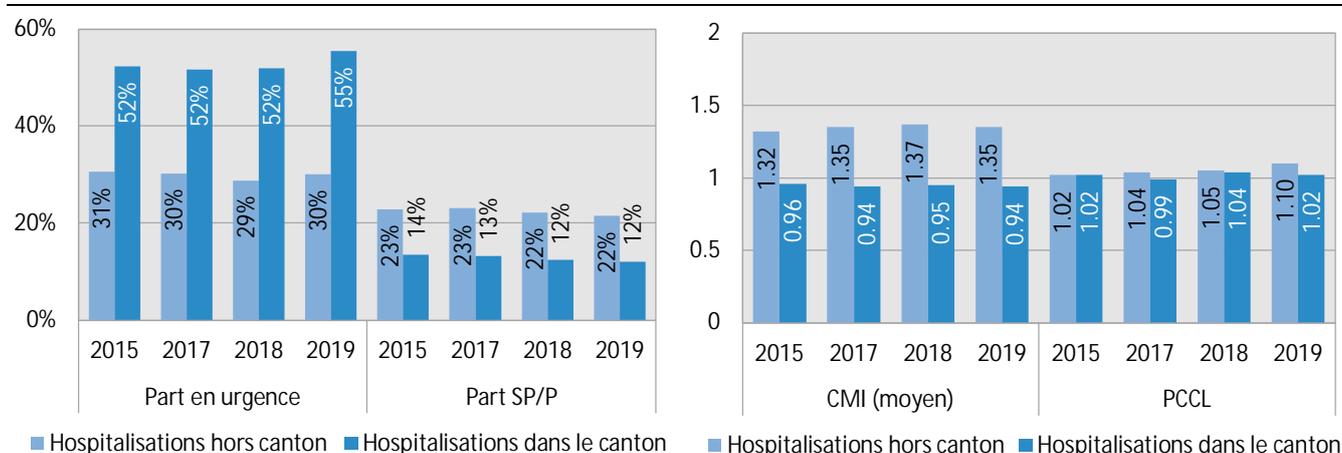
© Obsan 2023

Le graphique G 3.11 montre que le profil des patients fribourgeois sortant du canton pour se faire hospitaliser se distingue sur plusieurs aspects de celui des patients qui y restent. En effet, la part des patients admis en urgence hors du canton est plus faible qu'à l'intérieur (30% contre 55% en 2019). De plus, les patients fribourgeois sortants sont davantage traités en classe privée ou semi-privée que ceux qui restent dans le canton (22% contre 12%). Finalement, les hospitalisations sortantes nécessitent davantage de ressources et présentent un niveau de complexité clinique supérieur à celles restant dans le canton (CMI moyen de 1,35 contre 0,94 et PCCL moyen de 1,1 contre 1,02).

Ces différentes caractéristiques sont restées relativement stables depuis 2015. On relève toutefois la part singulièrement élevée d'admissions en urgence au sein du canton de Fribourg en 2019 (55%) et une tendance à

l'accroissement du niveau de complexité clinique pour les hospitalisations hors canton (PCCL moyen de 1,02 en 2015 à 1,1 en 2019).

G 3.11 Structure des patients domiciliés dans le canton de FR selon le canton d'hospitalisation, 2015-2019



Note: urgence = mode d'admission « urgence » ; SP/P = classe de traitement semi-privée ou privée ; CMI = Case Mix Index (brut) ; PCCL = Patient Complication and Comorbidity Level

Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

Le tableau T 3.16 illustre la destination des flux de patients résidant dans le canton de Fribourg qui se font hospitaliser dans un autre canton. Berne est de loin le canton le plus fréquenté par des patients fribourgeois (68% des sorties en 2019) suivi de Vaud (26%). Entre 2015 et 2019, le flux de patients vers le canton de Vaud a toutefois augmenté un peu plus rapidement (+6,9%) que celui dirigé vers le canton de Berne (+5,0%).

T 3.16 Flux sortant de patients domiciliés dans le canton de FR par canton d'hospitalisation, 2015-2019

Canton d'hospitalisation	2015	2016	2017	2018	2019	Trend	Δ (%)	Part en %, 2019
BE	6 512	6 646	6 724	6 751	6 835		+5,0%	68%
VD	2 426	2 491	2 620	2 729	2 594		+6,9%	26%
GE	204	187	162	130	175		-14,2%	2%
VS	78	89	91	101	103		+32,1%	1%
ZH	89	90	69	78	94		+5,6%	1%
NE	58	87	73	81	85		+46,6%	1%
BS	62	79	55	51	60		-3,2%	1%
BL	25	21	29	30	24		-4,0%	0%
LU	24	13	14	20	29		+20,8%	0%
Autres	105	107	83	89	118		+12,4%	1%
Total	9 583	9 810	9 920	10 060	10 117		+5,6%	100%

Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

S'il a été vu que dans l'ensemble, 26% des patients fribourgeois se font hospitaliser hors du canton, la situation diffère en fait passablement entre les deux régions de domicile. Le flux sortant est ainsi de 17% dans la région francophone alors qu'il atteint 55% dans la région germanophone (T 3.17).

Le canton de Berne capte la quasi-totalité du flux sortant provenant de la partie alémanique (flux sortant de 53%) et plus d'un tiers du flux provenant de la partie francophone (flux sortant de 6%). Pour celle-ci, le canton de Vaud constitue la principale destination pour les hospitalisations hors canton (flux sortant de 9%).

Bien qu'il ne s'agisse pas de flux sortant à proprement parler<sup>21</sup>, on peut finalement relever que 7% des hospitalisations des fribourgeois francophones ont lieu au sein de l'hôpital intercantonal de Payerne et que 25% des hospitalisations des fribourgeois alémaniques ont lieu dans la partie francophone du canton. A l'inverse, seuls 3% des patients francophones se font traiter dans la partie alémanique du canton. Dans l'ensemble, 8% des patients fribourgeois sont hospitalisés dans l'autre région linguistique du canton de Fribourg.

T 3.17 Flux sortant de patients domiciliés dans le canton de FR selon la région de domicile, par canton d'hospitalisation, 2019

Canton d'hospitalisation	Canton Fribourg		Région francophone		Région germanophone	
	2019	% Outflow 2019	2019	% Outflow 2019	2019	% Outflow 2019
BE	6 835	18%	1 818	6%	5 017	53%
VD	2 594	7%	2 560	9%	34	0%
GE	175	0%	169	1%	6	0%
VS	103	0%	87	0%	16	0%
ZH	94	0%	48	0%	46	0%
NE	85	0%	72	0%	13	0%
BS	60	0%	41	0%	19	0%
LU	29	0%	9	0%	20	0%
BL	24	0%	15	0%	9	0%
Autres	118	0%	66	0%	52	1%
Total	10 117	26%	4 885	17%	5 232	55%
Flux interne	2019	% Flow 2019	2019	% Flow 2019	2019	% Flow 2019
FR (autre région linguistique)	3 108	8%	745	3%	2 363	25%
VD, HIB-Payerne	2 094	5%	2 075	7%	19	0%

Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

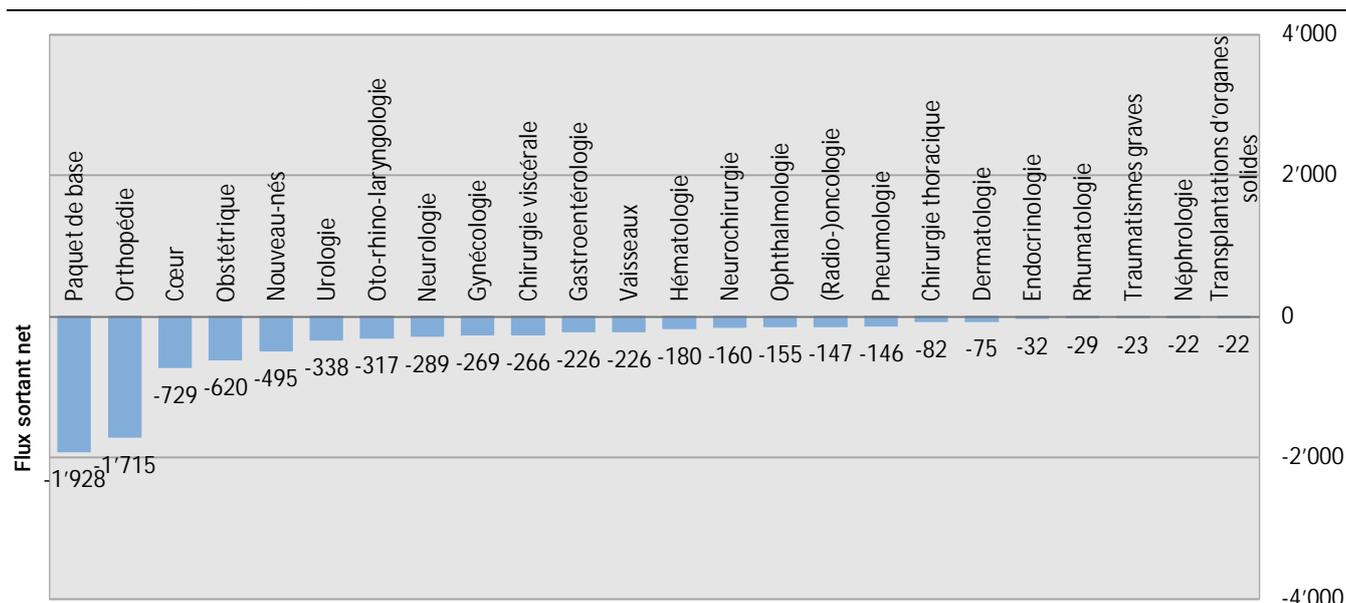
### Flux nets

Les flux nets expriment la différence entre la valeur absolue du flux entrant dans canton de Fribourg et celle du flux sortant du canton. En 2019, avec un flux sortant net de 8'498 cas, le canton voit davantage de résidents fribourgeois hospitalisés hors du canton qu'il n'hospitalise de patients d'autres cantons (voir G 3.8 ci-avant).

Le flux net s'avère négatif pour tous les domaines de prestations (G 3.12). Le paquet de base (-1'928), l'orthopédie (-1'715), le cœur (-729) et l'obstétrique (+620) sont les quatre domaines ayant les flux sortants nets les plus élevés. Ce classement n'est pas surprenant dans la mesure où de manière générale, ces domaines de prestations figurent parmi ceux présentant le plus grand nombre de cas d'hospitalisation.

<sup>21</sup> En raison du traitement particulier de l'hôpital intercantonal, les patients fribourgeois traités sur le site de Payerne de l'HIB ne sont pas considérés comme des flux sortants, même si le site se trouve sur territoire vaudois.

G 3.12 Flux net par DPPH pour le canton de FR, 2019



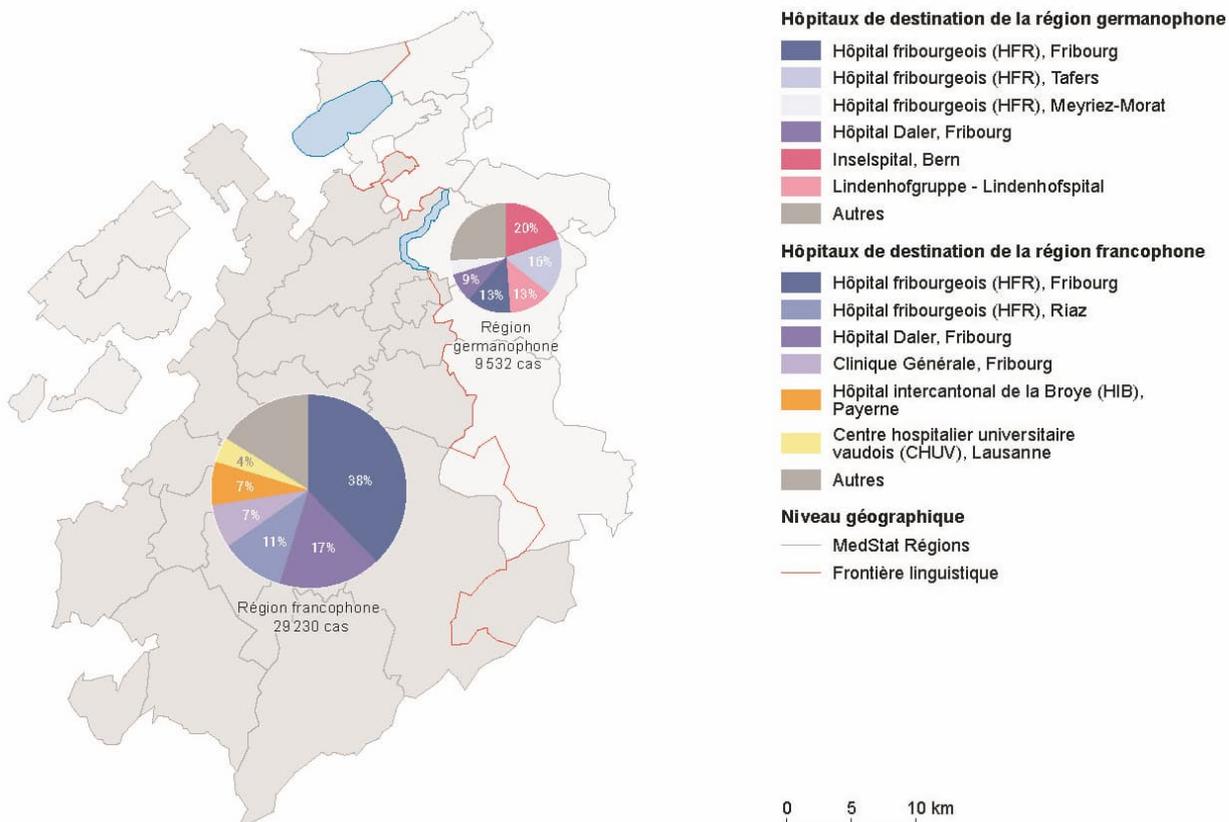
Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

### Analyses au niveau régional

Les flux de patients par région sont intéressants pour évaluer l'importance des différents fournisseurs de prestations sur sol fribourgeois et hors canton. La carte G 3.13 montre que selon leur région de domicile, les patients fribourgeois fréquentent principalement différents hôpitaux. Si les patients domiciliés dans la région francophone sont hospitalisés principalement sur le site de Fribourg de l'HFR (38%), ce n'est le cas que de 13% de patients domiciliés dans la région germanophone. Ces derniers se dirigent principalement vers l'hôpital de l'Île à Berne (20% des cas), tandis que cet hôpital ne traite que 3% des fribourgeois issus de la région francophone. Outre le site de Fribourg du HFR, les hôpitaux principaux pour les patients de la région francophone sont situés dans le canton de Fribourg (Hôpital Daler 17% des cas, site de Riaz du HFR 11% et Clinique Générale à Fribourg 7%). Pour les patients de la région germanophone, le site de Tavel enregistre le plus d'hospitalisations (16%) après l'hôpital de l'Île, suivi du Lindenhofspital à Berne (13%) qui enregistre autant de patients de la région germanophone que le site de Fribourg de l'HFR.

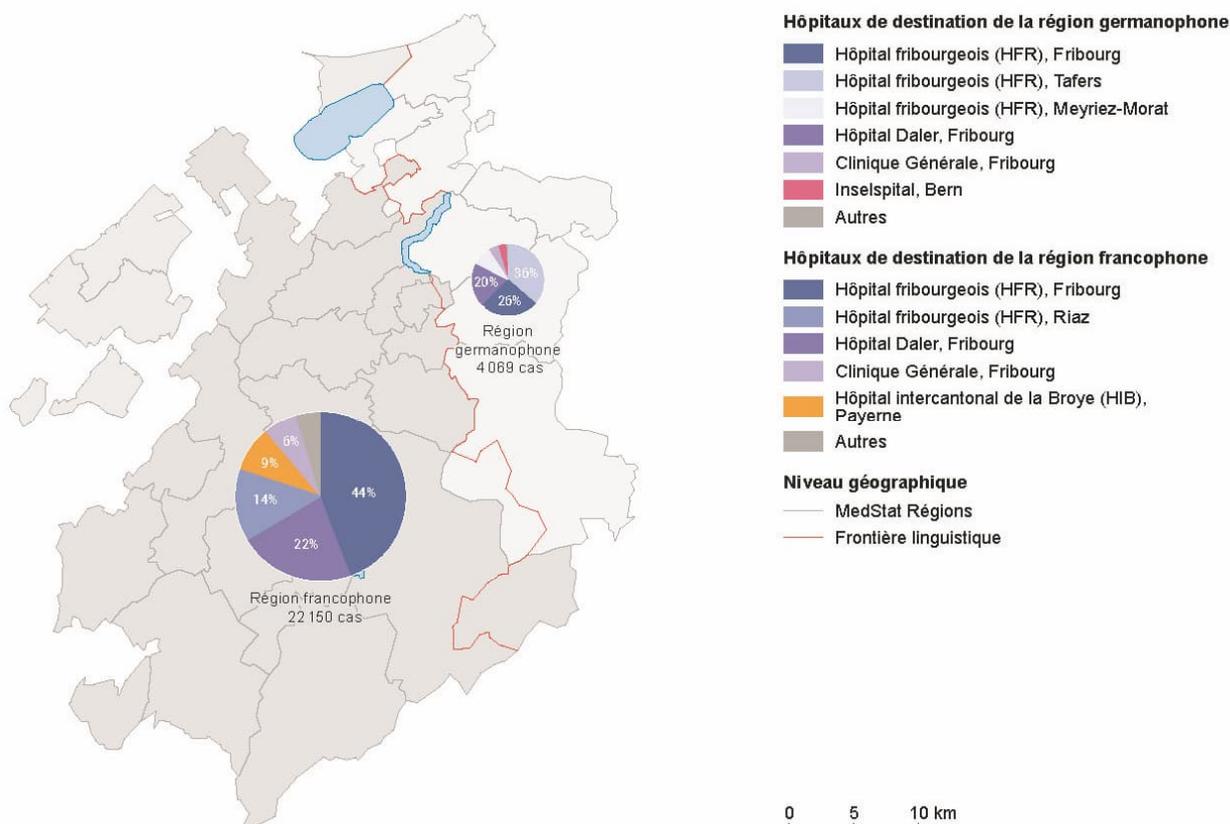
G 3.13 Hôpitaux de destination de la population du canton de Fribourg, part des cas par région de domicile et site hospitalier, 2019



Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

### G 3.14 Hôpitaux de destination de la population du canton de Fribourg pour les prestations couvertes par la liste hospitalière du canton, part des cas par région de domicile et site hospitalier, 2019



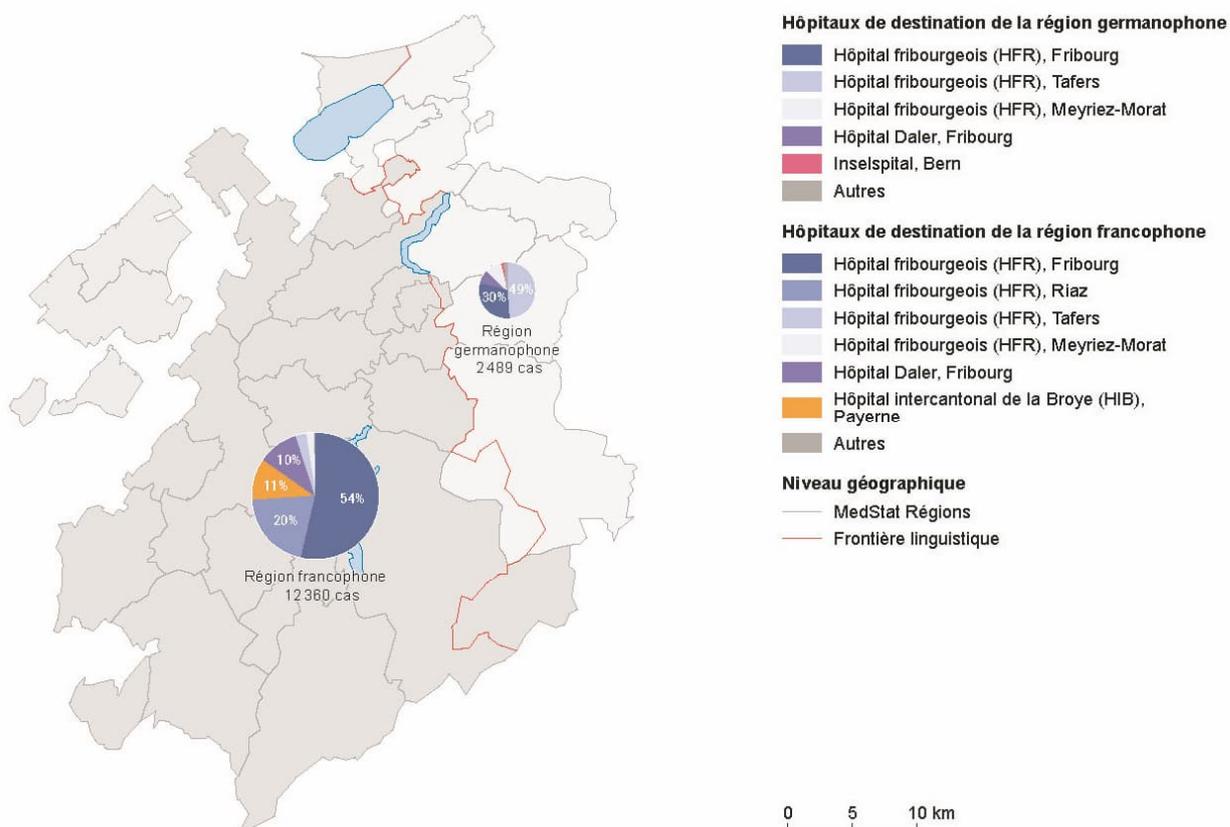
Sources: OFS – MS, KS; liste LAMal fribourgeoise (état: décembre 2021)

© Obsan 2023

En ne considérant que les cas couverts par la liste hospitalière fribourgeoise (G 3.14), le plus grand nombre d'hospitalisations des patients de la région francophone restent enregistrés principalement sur le site de Fribourg de l'HFR (44%), à l'hôpital Daler (22%) et sur le site de Riaz de l'HFR (14%). Par contre pour la région germanophone, l'hôpital de l'Île ne représente plus que 4% des cas couverts par la liste hospitalière, tandis que la plupart des cas couverts sont enregistrés sur les sites de l'HFR (Tavel 36%, Fribourg 26%, Meyriez-Morat 8%) et à l'hôpital Daler (20%).

En particulier pour les habitants de la région germanophone, on constate un écart important entre les nombres totaux de cas selon si les prestations sont couvertes par la liste hospitalière (4'069 cas, G 3.14) ou non (9'532 cas, G 3.13). Cet écart se traduit par un faible taux de couverture de la liste hospitalière pour cette région (43%). De nombreux cas effectués dans les établissements du canton de Berne, en particulier à l'hôpital de l'Île et au Lindenhofspital, concernent des prestations qui ne sont pas couvertes par la liste hospitalière fribourgeoise. En ce qui concerne la région francophone, l'écart est moins important entre l'ensemble des cas (29'230) et les cas couverts par la liste hospitalière (22'150). Il en résulte un taux de couverture de la liste hospitalière de 76% si on ne considère que cette région, alors qu'il s'élève à 68% pour l'ensemble du canton en 2019, comme il a été mentionné précédemment.

G 3.15 Hôpitaux de destination de la population du canton de Fribourg pour les prestations en urgence couvertes par la liste hospitalière du canton, part des cas par région de domicile et site hospitalier, 2019



Sources: OFS – MS, KS; liste LAMal fribourgeoise (état: décembre 2021)

© Obsan 2023

Le graphique G 3.15 montre la répartition régionale uniquement pour les cas admis en urgence et concernant des groupes de prestations pour lesquels les hôpitaux disposent d'un mandat. Pour la région francophone, le site de Fribourg du HFR traite plus de la moitié des cas couverts admis en urgence (54%), tandis qu'il traite 30% des cas couverts de la région germanophone. Pour cette dernière, c'est le site de Tavel de l'HFR qui traite la plus grande partie des cas couverts par la liste (49%). La partie francophone est prise en charge en urgence sur des sites géographiquement plus variés correspondant à sa plus grande superficie : site de Riaz du HFR (20%), HIB de Payerne (11%), Hôpital Daler (10%) et plus rarement sur les sites de Tavel et de Meyriez-Murten du HFR.

### 3.2 Projections des besoins en soins

En référence au mandat légal des cantons selon l'art. 58a al. 1 OAMal, les projections se réfèrent aux besoins de la population résidante du canton de Fribourg. Le but est d'obtenir une estimation fiable du nombre de cas attendus pour la population fribourgeoise dans le futur. Pour cela, le canton prend en compte notamment les facteurs d'influence pertinents, comme le prévoit l'art. 58b al. 1 OAMal. Les projections représentent la base de la nouvelle planification cantonale et sont issues du modèle de projection décrit à la section 2.7. Les données de la statistique médicale sur le recours aux soins de la population résidante du canton de Fribourg pour l'année de référence 2019 servent de point de départ. Les taux d'hospitalisation par classe d'âge ont été calculés pour tous les groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH). La période de projections s'étend jusqu'à l'année 2035 (horizon des projections).

Les facteurs d'influence sont pris en compte dans l'estimation des besoins sous la forme de trois scénarios de projections. Le scénario de base, qui est le scénario le plus plausible, est au centre de la projection des besoins.

Le scénario minimal et le scénario maximal représentent la fourchette des évolutions possibles. Le scénario minimal combine des hypothèses et des scénarios concernant les facteurs d'influence qui conduisent à une estimation relativement faible des besoins, tandis que le scénario maximal indique la limite supérieure de la fourchette des évolutions possibles. L'ensemble des facteurs d'influence sont décrits en détails au chapitre 2.7.3 et les hypothèses du canton de Fribourg sont résumées dans l'Encadré 11. La durée moyenne de séjour du canton de Fribourg est supérieure à la durée moyenne suisse (voir graphique G 3.4 et tableau T 3.2), il est décidé de maintenir la durée moyenne de séjour du canton de Fribourg.

Encadré 11 Facteurs d'influence et hypothèses pour la projection des besoins en soins aigus					
		Trois scénarios			
		Minimum	Base	Maximum	
Facteurs d'influence / hypothèses	Démographie	Scénario bas selon les scénarios démographiques cantonaux de l'OFS	Scénario moyen selon les scénarios démographiques cantonaux de l'OFS	Scénario haut selon les scénarios démographiques cantonaux de l'OFS	Cas
	Convergence vers les taux de recours suisses	Aucune convergence, excepté lorsque le nombre de cas par GPPH est < 5.			
	Épidémiologie	Selon les travaux de la GDZH sur les développements épidémiologiques, aucune évolution des prestations n'est à prévoir.			
	Médico-technique	Aucune augmentation des reprises de prothèse de hanche (BEW7.1.1) et de prothèse de genou (BEW7.2.1)	Selon les travaux de la GDZH sur les développements des technologies médicales, augmentation des reprises de prothèse de hanche (BEW7.1.1) et de prothèse de genou (BEW7.2.1).	Selon les travaux de la GDZH sur les développements des technologies médicales, augmentation supérieure de 50% par rapport au scénario de base des reprises de prothèse de hanche (BEW7.1.1) et de prothèse de genou (BEW7.2.1).	
		Transfert des cas du GPPH NEU3 vers le groupe spécialisé NEU3.1, de sorte que 30% des cas soient traités dans le GPPH NEU3.1 en 2032.			
	Transfert vers l'ambulatorio	70% du potentiel de transfert selon la liste de l'OFSP sera substitué par des traitements en ambulatorio d'ici 2025	40% du potentiel de transfert selon la liste de l'OFSP sera substitué par des traitements en ambulatorio d'ici 2025	10% du potentiel de transfert selon la liste de l'OFSP sera substitué par des traitements en ambulatorio d'ici 2025	
Durée moyenne de séjour	Durée moyenne du canton			Jours	

### 3.2.1 Projection des besoins en soins de la population domiciliée dans le canton

Cette section présente les besoins en prestations projetés à l'année 2035. Il s'agit des besoins tenant compte simultanément de tous les facteurs d'influence combinés. Les effets isolés des différents facteurs sont décrits quant à eux dans le chapitre 3.2.2.

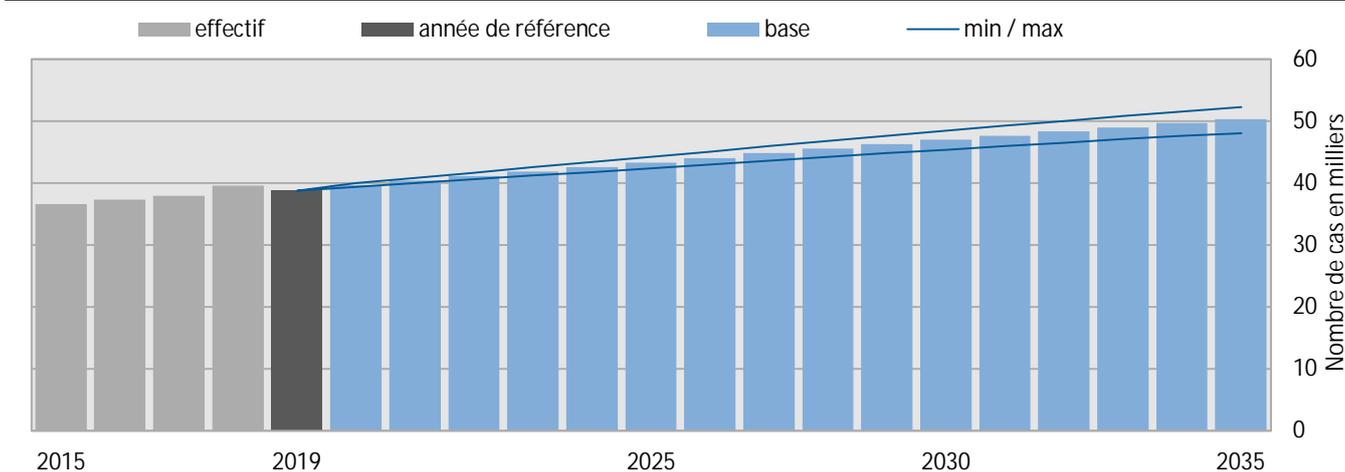
#### Projections des cas 2035

Selon le scénario de base, une croissance de 30% du nombre de cas hospitaliers est attendue sur la période 2019-2035, ce qui correspond à une croissance annuelle moyenne de 1,6% du nombre de cas (G 3.16). Le nombre de

cas hospitaliers passerait ainsi de 38'762 en 2019 à 50'275 en 2035 (+11'513 cas). Cette croissance importante reflète la structure démographique du canton de Fribourg qui est actuellement un canton jeune mais dont le vieillissement attendu à l'horizon 2035 (G 2.4) aura un fort impact.

Les scénarios minimaux et maximaux estiment que la croissance du nombre de cas à l'horizon 2035 se situera entre +24% (soit 48'107 cas en 2035) et +35% (52'310).

G 3.16 Évolution des hospitalisations, 2015-2035



Scénario	2019	2035	Δ (%)	Δ CAGR (%)
base	38 762	50 275	+30%	+1.6%
max	38 762	52 310	+35%	+1.9%
min	38 762	48 107	+24%	+1.4%

Sources: OFS – MS, KS, STATPOP, projections démographiques

© Obsan 2023

Si le scénario de base prévoit globalement une augmentation de 30% du nombre de cas hospitaliers à l'horizon 2035, des différences sont attendues quant à la hausse des différents DPPH (T 3.18). Pour plusieurs DPPH, une croissance de plus de 40% du nombre de cas est attendue (p.ex. neurologie, gastroentérologie ou cœur). En outre, le nombre de cas d'hospitalisations compris dans le paquet de base augmenterait de 39%. Le domaine des soins palliatifs devrait également connaître une forte évolution (+48%), étant donné l'évolution démographique attendue pour les personnes âgées de 65 ans et plus.

Dans le grand domaine de la gynécologie et de l'obstétrique, qui représente 22% de l'ensemble des cas en 2019, la croissance du nombre de cas devrait être modérée, en lien avec les classes d'âges concernées plus jeunes dont les évolutions démographiques attendues sont plus modestes. De plus, pour la gynécologie, l'hypothèse d'un transfert vers l'ambulatoire d'interventions au niveau du col utérin ou de l'utérus freine également la croissance.

On relève encore que selon les DPPH, les facteurs d'influence considérés entraînent des écarts plus ou moins importants entre les différents scénarios de projections. Le groupe de prestations orthopédie est intéressant à analyser car il présente justement une incertitude assez grande. Pour ce groupe, les projections comprennent une combinaison d'hypothèses liées à la démographie, au transfert vers l'ambulatoire et à l'effet médico-technique. Les résultats varient modérément en fonction des scénarios démographiques. Par contre, les hypothèses relatives au transfert de cas vers l'ambulatoire ont pour effet d'influencer à la baisse le nombre de cas projetés de tous les scénarios mais en particulier du scénario minimum. D'autre part, les hypothèses liées au développement médico-technique ont pour effet d'influencer à la hausse les cas projetés selon le scénario de base et plus fortement encore selon le scénario maximum. Il en résulte une hausse du nombre de cas projetés en 2035 de

21% selon le scénario minimum et de 38% selon le scénario maximum, soit une différence de 17 points de pourcentage. À titre de comparaison, la différence moyenne est de 11 points de pourcentage pour l'ensemble des DPPH.

T 3.18 Hospitalisations projetées selon le scénario et par DPPH, 2035

Grands domaines	DPPH	Référence	Min			Base			Max			
		2019	2035	Δ (%)		2035	Δ (%)		2035	Δ (%)		
Soins de base	Paquet de base	14 297	19 099	+34%		19 860	+39%		20 629	+44%		
Système nerveux et organes des sens	Dermatologie	121	159	+31%		164	+36%		168	+39%		
	Oto-rhino-laryngologie	754	872	+16%		900	+19%		928	+23%		
	Neurochirurgie	202	258	+28%		264	+31%		270	+34%		
	Neurologie	1 016	1 418	+40%		1 458	+44%		1 499	+48%		
	Ophthalmologie	174	242	+39%		248	+43%		255	+47%		
Organes internes	Endocrinologie	191	265	+39%		275	+44%		284	+49%		
	Gastroentérologie	824	1 144	+39%		1 173	+42%		1 201	+46%		
	Chirurgie viscérale	853	1 048	+23%		1 071	+26%		1 093	+28%		
	Hématologie	485	669	+38%		684	+41%		698	+44%		
	Vaisseaux	569	801	+41%		820	+44%		839	+47%		
	Cœur	2 035	2 874	+41%		2 932	+44%		2 989	+47%		
	Néphrologie	122	183	+50%		187	+53%		191	+57%		
	Urologie	1 710	2 225	+30%		2 275	+33%		2 325	+36%		
	Pneumologie	746	1 076	+44%		1 110	+49%		1 144	+53%		
	Chirurgie thoracique	135	172	+27%		174	+29%		176	+30%		
	Transplantations d'organes	22	25	+14%		26	+18%		26	+18%		
	Appareil locomoteur	Orthopédie	4 982	6 019	+21%		6 507	+31%		6 864	+38%	
		Rhumatologie	110	145	+32%		149	+35%		153	+39%	
	Gynécologie & obstétrique	Gynécologie	1 358	1 428	+5%		1 485	+9%		1 545	+14%	
Obstétrique		3 935	3 739	-5%		3 873	-2%		3 997	+2%		
Nouveau-nés		3 421	3 275	-4%		3 643	+6%		4 014	+17%		
Autres	(Radio-)oncologie	309	399	+29%		407	+32%		415	+34%		
	Traumatismes graves	100	153	+53%		159	+59%		165	+65%		
Soins palliatifs	Soins palliatifs (base drg)	291	420	+44%		431	+48%		441	+52%		
Total		38 762	48 107	+24%		50 275	+30%		52 310	+35%		

Sources: OFS – MS, KS, STATPOP, projections démographiques

© Obsan 2023

### Projections des jours de soins 2035

En postulant une constance des durées de séjour par GPPH au niveau cantonal, le nombre de jours de soins devrait augmenter un peu plus rapidement que le nombre de cas. Avec le scénario de base, le nombre total de jours de soins augmente ainsi de 35% à l'horizon 2035. Le scénario minimal et le scénario maximal établissent une fourchette allant de +30% à +41%.

Cette croissance plus rapide du nombre de jours de soins que du nombre de cas hospitaliers s'explique principalement par le fait que les GPPH pour lesquels le nombre de cas augmentera le plus rapidement, en lien avec une forte évolution du nombre de personnes âgées, sont également ceux qui présentent des durées moyennes de séjour plus longues. De plus, les hypothèses de transfert vers l'ambulatoire tendent à accroître la durée moyenne de séjour des cas stationnaires restant, les cas ayant été transférés se trouvant dans des GPPH où la durée moyenne est inférieure.

T 3.19 Jours de soins projetés selon le scénario et par DPPH, 2035

Grands domaines	DPPH	Référence 2019	Min		Base		Max		
			2035	Δ (%)	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)	
Soins de base	Paquet de base	77 546	104 248	+34%	108 112	+39%	111 994	+44%	
Système nerveux et organes des sens	Dermatologie	769	1 009	+31%	1 039	+35%	1 070	+39%	
	Oto-rhino-laryngologie	2 585	3 123	+21%	3 216	+24%	3 310	+28%	
	Neurochirurgie	1 806	2 327	+29%	2 383	+32%	2 439	+35%	
	Neurologie	7 400	11 747	+59%	12 071	+63%	12 398	+68%	
	Ophthalmologie	384	530	+38%	544	+42%	557	+45%	
Organes internes	Endocrinologie	1 859	2 579	+39%	2 672	+44%	2 766	+49%	
	Gastroentérologie	7 469	10 386	+39%	10 641	+42%	10 895	+46%	
	Chirurgie viscérale	8 007	10 215	+28%	10 412	+30%	10 612	+33%	
	Hématologie	4 739	6 325	+33%	6 457	+36%	6 587	+39%	
	Vaisseaux	5 599	7 809	+39%	8 030	+43%	8 250	+47%	
	Cœur	10 890	15 443	+42%	15 737	+45%	16 026	+47%	
	Néphrologie	1 248	1 868	+50%	1 911	+53%	1 951	+56%	
	Urologie	6 732	8 773	+30%	8 963	+33%	9 150	+36%	
	Pneumologie	7 189	10 517	+46%	10 863	+51%	11 209	+56%	
	Chirurgie thoracique	981	1 264	+29%	1 280	+30%	1 297	+32%	
	Transplantations d'organes	487	551	+13%	560	+15%	569	+17%	
	Appareil locomoteur	Orthopédie	30 333	38 061	+25%	42 193	+39%	44 783	+48%
		Rhumatologie	850	1 119	+32%	1 151	+35%	1 184	+39%
Gynécologie & obstétrique	Gynécologie	3 840	4 201	+9%	4 326	+13%	4 453	+16%	
	Obstétrique	14 974	14 238	-5%	14 746	-2%	15 212	+2%	
Autres	Nouveau-nés	12 037	11 557	-4%	12 856	+7%	14 166	+18%	
	(Radio-)oncologie	3 087	4 098	+33%	4 179	+35%	4 259	+38%	
	Traumatismes graves	1 372	2 179	+59%	2 262	+65%	2 344	+71%	
Soins palliatifs	Soins palliatifs (base drg)	6 630	9 577	+44%	9 809	+48%	10 040	+51%	
Total		218 813	283 743	+30%	296 413	+35%	307 522	+41%	

Sources: OFS – MS, KS, STATPOP, projections démographiques

© Obsan 2023

### 3.2.2 Effets isolés des différents facteurs d'influence

Dans cette section, il s'agit d'examiner séparément les effets des différents facteurs d'influence. Alors que l'évolution démographique permet en principe d'escompter une augmentation du nombre de cas futurs, le transfert vers le secteur ambulatoire exerce une influence à la baisse. Quant aux développements médico-techniques et épidémiologiques, ils peuvent influencer dans les deux sens. Ici, les effets considérés de l'évolution médico-technique entraînent une hausse des cas.

#### *Effet de l'évolution démographique*

Le tableau T 3.20 présente les hospitalisations projetées sur la seule base des scénarios démographiques. Les résultats globaux sont très proches de ceux reflétant l'effet de l'ensemble des facteurs d'influence. La hausse attendue du nombre de cas hospitaliers à l'horizon 2035 se maintient à +30% et la fourchette indiquée par les scénarios minimaux et maximaux se situe entre +25% et +34%.

Ce tableau permet d'attester que la plus grande partie des variations entre les différents DPPH quant à la croissance attendue relève d'effets démographiques. Selon le scénario de base, le nombre de cas devrait s'accroître d'au moins 40% à l'horizon 2035 pour 12 DPPH, représentant 54% des séjours hospitaliers en 2019. On constate également que la faible croissance attendue du nombre de cas en gynécologie et obstétrique relève en grande partie de la dynamique démographique.

T 3.20 Effet de l'évolution démographique sur les hospitalisations projetées selon le scénario, par DPPH, 2019-2035

Grands domaines	DPPH	Référence	Min			Base			Max		
		2019	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)			
Soins de base	Paquet de base	14'297	19'264	+35%	19'957	+40%	20'654	+44%			
Système nerveux et organes des sens	Dermatologie	121	159	+31%	163	+35%	168	+39%			
	Oto-rhino-laryngologie	754	866	+15%	891	+18%	916	+21%			
	Neurochirurgie	202	255	+26%	261	+29%	267	+32%			
	Neurologie	1'016	1'445	+42%	1'488	+46%	1'532	+51%			
	Ophthalmologie	174	242	+39%	249	+43%	255	+47%			
Organes internes	Endocrinologie	191	265	+39%	275	+44%	284	+49%			
	Gastroentérologie	824	1'146	+39%	1'174	+42%	1'202	+46%			
	Chirurgie viscérale	853	1'050	+23%	1'072	+26%	1'094	+28%			
	Hématologie	485	669	+38%	684	+41%	698	+44%			
	Vaisseaux	569	802	+41%	821	+44%	839	+47%			
	Cœur	2'035	2'864	+41%	2'922	+44%	2'979	+46%			
	Néphrologie	122	183	+50%	187	+53%	191	+57%			
	Urologie	1'710	2'237	+31%	2'283	+34%	2'327	+36%			
	Pneumologie	746	1'076	+44%	1'110	+49%	1'144	+53%			
	Chirurgie thoracique	135	172	+27%	174	+29%	176	+30%			
	Transplantations d'organes solides	22	26	+18%	26	+18%	27	+23%			
	Appareil locomoteur	Orthopédie	4'982	6'239	+25%	6'344	+27%	6'452	+30%		
		Rhumatologie	110	145	+32%	149	+35%	153	+39%		
	Gynécologie & obstétrique	Gynécologie	1'358	1'487	+9%	1'518	+12%	1'549	+14%		
Obstétrique		3'935	3'743	-5%	3'876	-1%	3'997	+2%			
Nouveau-nés		3'421	3'272	-4%	3'640	+6%	4'011	+17%			
Autres	(Radio-)oncologie	309	399	+29%	407	+32%	415	+34%			
	Traumatismes graves	100	152	+52%	158	+58%	163	+63%			
Soins palliatifs	Soins palliatifs (base drg)	291	420	+44%	431	+48%	441	+52%			
<b>Total</b>		<b>38'762</b>	<b>48'579</b>	<b>+25%</b>	<b>50'258</b>	<b>+30%</b>	<b>51'934</b>	<b>+34%</b>			

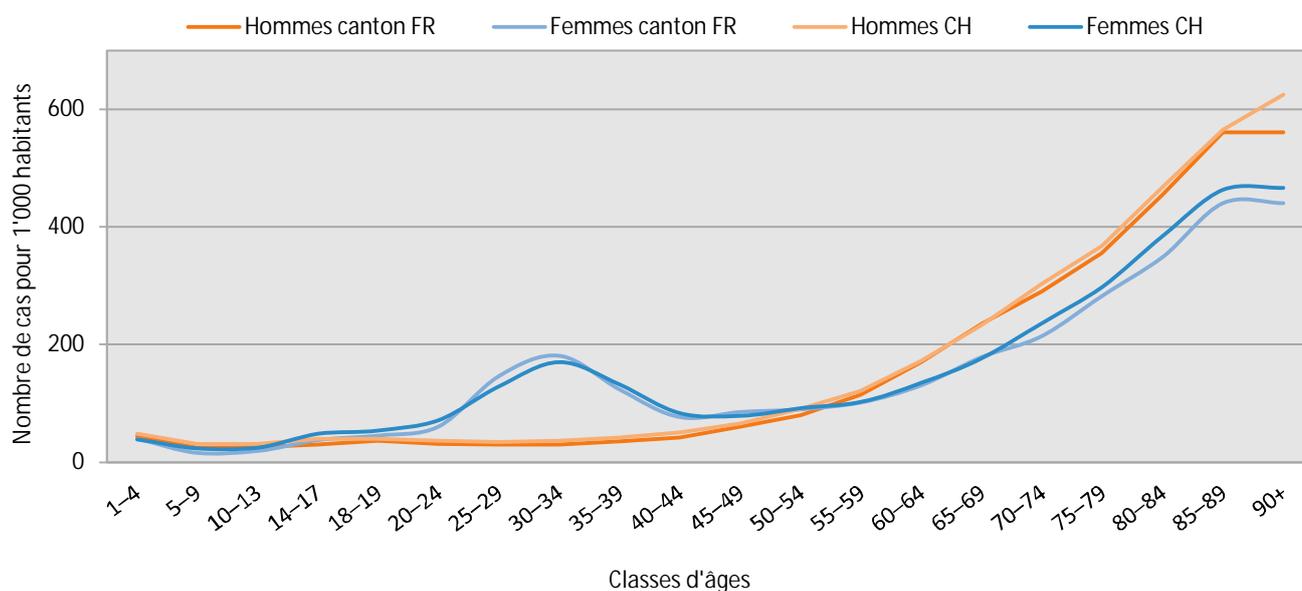
Sources: OFS – MS, KS, STATPOP, projections démographiques

© Obsan 2023

### Effet de la convergence vers les taux suisses

La figure G 3.17 montre la comparaison des taux d'hospitalisation pour la population résidente fribourgeoise et pour l'ensemble de la Suisse pour l'ensemble des soins aigus. Le canton de Fribourg enregistre des taux d'hospitalisation généralement inférieurs à ceux de la Suisse, probablement en raison de sa politique de promotion du maintien à domicile. Cependant, le taux d'hospitalisation est plus haut dans le canton de Fribourg par rapport au taux suisse pour les femmes de la classe d'âge des 25-34 ans. Ceci est expliqué par un indicateur conjoncturel de fécondité supérieur dans le canton de Fribourg. De ce fait, il renonce à intégrer au modèle de projection des hypothèses de convergence des taux de recours fribourgeois vers les taux suisses. Font toutefois exception, pour des raisons méthodologiques, les GPPH enregistrant moins de cinq cas domiciliés dans le canton de FR à l'année de référence (voir aussi 2.7.3, *Besoin et recours*).

G 3.17 Taux d'hospitalisation par sexe et classe d'âge, 2019



Note: comme le groupe d'âge des enfants < 1 an comprend également les nouveau-nés (en bonne santé) et que les nouveau-nés sont d'un intérêt essentiel pour la projection des besoins, le taux d'hospitalisation de ce groupe d'âge est calculé séparément. Ce taux n'est pas indiqué dans le graphique. En effet, il est très élevé à cause des nouveau-nés et rendrait le graphique difficile à lire.

Sources: OFS – MS, KS, STATPOP

© Obsan 2023

Le tableau T 3.21 montre les effets isolés de la convergence vers les taux suisses sur les quelques domaines de prestations concernés, soit lorsqu'il y a moins de 5 cas attribués à un GPPH. Il s'agit de l'oto-rhino-laryngologie, la neurochirurgie, le cœur, les transplantations d'organes solides, l'orthopédie, la gynécologie, les nouveau-nés et les traumatismes graves. La prise en compte de cet effet tire généralement les cas vers le haut, sauf pour les transplantations d'organes solides où le nombre de cas a été réduit d'une unité. Chaque fois, les effets sont très faibles et sur le total, cela représente une hausse de 0,1% c'est-à-dire une petite trentaine de cas.

T 3.21 Effet de la convergence sur les hospitalisations projetées selon le scénario, par DPPH, 2019-2035

Grands domaines	DPPH	Référence	Min			Base			Max		
		2019	2035	Δ (%)		2035	Δ (%)		2035	Δ (%)	
Système nerveux et organes des sens	Oto-rhino-laryngologie	754	764	+1%		764	+1%		764	+1%	
	Neurochirurgie	202	204	+1%		204	+1%		204	+1%	
Organes internes	Cœur	2 035	2 043	+0%		2 043	+0%		2 043	+0%	
	Transplantations d'organes solides	22	21	-5%		21	-5%		21	-5%	
Appareil locomoteur	Orthopédie	4 982	4 981	-0%		4 981	-0%		4 981	-0%	
Gynécologie & obstétrique	Gynécologie	1 358	1 363	+0%		1 363	+0%		1 363	+0%	
	Nouveau-nés	3 421	3 424	+0%		3 424	+0%		3 424	+0%	
Autres	Traumatismes graves	100	101	+1%		101	+1%		101	+1%	
Total		38 762	38 791	+0,1%		38 791	+0,1%		38 791	+0,1%	

Sources: OFS – MS, KS, STATPOP

© Obsan 2023

### Effet du transfert vers l'ambulatorie

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, six groupes d'interventions chirurgicales sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (AOS, liste de l'annexe 1a de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS) uniquement en ambulatoire, sauf dans certaines conditions particulières nécessitant une hospitalisation en soins somatiques aigus (voir aussi 2.7.3 *Transfert vers l'ambulatorie*). Cette liste a été élargie à 18 interventions à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2023.

Sur les 38'762 cas hospitaliers réalisés en 2019 dans le canton de Fribourg, 638, soit 1,6%, concernaient des interventions permettant un transfert vers l'ambulatorie (T 3.22). Parmi ces 638 cas, 42 remplissaient toutefois les critères pour une prise en charge stationnaire. Au final, le potentiel de transfert pour l'année 2019 est estimé à 596 cas, soit 1,5% de l'ensemble des hospitalisations.

T 3.22 Nombre de cas AVOS et potentiel de transfert, FR, 2019

Cas FR Total	38 762	100,0%
Cas sans intervention permettant le transfert	38 124	98,4%
Cas avec intervention permettant le transfert	638	1,6%
Critères remplis pour une prise en charge stationnaire	42	0,1%
Potentiel de transfert FR	596	1,5%

Note : le potentiel de transfert résulte des cas ayant au moins un traitement transférable et ne remplissant aucun des critères justifiant une prise en charge stationnaire. Selon la liste de l'OFSP des interventions à effectuer en ambulatoire.

Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

Dans le canton de Fribourg, entre 2018 et 2019, la proportion des prestations réalisées en ambulatoire pour ces six groupes d'intervention est passée de 66% à 83%. Les hospitalisations pour ces prestations ont, quant à elles, baissé de 48%<sup>22</sup>. Dans le cadre des projections réalisées pour cette analyse des besoins, chaque scénario se base sur une hypothèse différente. Dans le scénario minimum, les prises en charge en stationnaire de ces interventions baissent de 70%, ce qui correspond à une prise en charge ambulatoire dans 95% des cas. Un taux d'intervention en ambulatoire à 100% ne serait pas réaliste, étant donné que, dans certaines conditions (par exemple, pour les patients âgés, présentant des comorbidités ou encore résidant trop loin du lieu d'intervention pour qu'un retour à domicile soit possible), la prise en charge nécessite une hospitalisation. Dans le scénario de base, les interventions en stationnaire baissent de 40%, ce qui correspond à un taux d'interventions ambulatoires de 90%. Dans le scénario maximum, on estime que la proportion d'interventions réalisées en ambulatoire est de 85%, soit une proportion très proche de celle observée en 2019 (83%) et correspondant à une diminution de 10% des interventions en stationnaire. Le modèle de planification part de l'hypothèse que les taux des prises en charge en ambulatoire seront atteints d'ici 2025, en suivant une baisse linéaire.

Seules les interventions définies dans l'annexe 1a de l'OPAS du 1<sup>er</sup> juillet 2020 sont concernées par le transfert du stationnaire vers l'ambulatorie. Cependant, d'ici 2035, d'autres interventions s'ajouteront à cette liste<sup>23</sup>. À l'horizon 2035, les hypothèses formulées dans les scénarios minimum, de base et maximum correspondent au transfert de respectivement 417, 238 et 60 cas (T 3.23).

Près de la moitié des cas transférables relèvent de l'orthopédie (p. ex ménisectomie ou arthroscopie du genou) : selon le scénario de base, le transfert de 112 cas est attendu à l'horizon 2035, soit une baisse de 2,2%.

<sup>22</sup> Calculs du Service de la santé publique de l'Etat de Fribourg sur la base des résultats de l'Obsan dans le cadre d'un mandat du Groupement Romand des Services de santé publique (GRSP) (2022)

<sup>23</sup> L'élargissement de la liste des interventions que l'OFSP a publié au terme de la rédaction de ce rapport entrainera un nombre supérieur de cas potentiellement transférables (voir 2.7.3). La Suisse romande étant relativement avancée dans le transfert vers l'ambulatorie, l'impact ne devrait toutefois pas être majeur. Au niveau de l'ensemble des cas projetés pour les soins aigus, l'impact devrait être négligeable.

Le reste des cas transférables relève essentiellement du paquet de base (transfert de 76 cas, soit une baisse de 0,5%) et de la gynécologie (transfert de 36 cas, soit une baisse de 2,7%).

T 3.23 Effet du transfert vers l'ambulatoire sur les hospitalisations projetées selon le scénario, par DPPH, 2019-2035

Grands domaines	DPPH	Référence		Min		Base		Max	
		2019	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)	
Soins de base	Paquet de base	14'297	14'164	-0.9%	14'221	-0.5%	14'278	-0.1%	
Système nerveux et organes des sens	Dermatologie	121	121	0.0%	121	0.0%	121	0.0%	
	Oto-rhino-laryngologie	754	748	-0.8%	750	-0.5%	753	-0.1%	
	Neurochirurgie	202	202	0.0%	202	0.0%	202	0.0%	
	Neurologie	1'016	1'016	0.0%	1'016	0.0%	1'016	0.0%	
	Ophthalmologie	174	174	0.0%	174	0.0%	174	0.0%	
Organes internes	Endocrinologie	191	191	0.0%	191	0.0%	191	0.0%	
	Gastroentérologie	824	823	-0.1%	823	-0.1%	824	0.0%	
	Chirurgie viscérale	853	851	-0.2%	852	-0.1%	853	0.0%	
	Hématologie	485	485	0.0%	485	0.0%	485	0.0%	
	Vaisseaux	569	568	-0.2%	569	0.0%	569	0.0%	
	Cœur	2'035	2'035	0.0%	2'035	0.0%	2'035	0.0%	
	Néphrologie	122	122	0.0%	122	0.0%	122	0.0%	
	Urologie	1'710	1'700	-0.6%	1'704	-0.4%	1'709	-0.1%	
	Pneumologie	746	746	0.0%	746	0.0%	746	0.0%	
	Chirurgie thoracique	135	135	0.0%	135	0.0%	135	0.0%	
	Transplantations d'organes solides	22	22	0.0%	22	0.0%	22	0.0%	
	Appareil locomoteur	Orthopédie	4'982	4'787	-3.9%	4'870	-2.2%	4'954	-0.6%
Rhumatologie		110	110	0.0%	110	0.0%	110	0.0%	
Gynécologie & obstétrique	Gynécologie	1'358	1'294	-4.7%	1'322	-2.7%	1'349	-0.7%	
	Obstétrique	3'935	3'931	-0.1%	3'933	-0.1%	3'934	-0.0%	
	Nouveau-nés	3'421	3'421	0.0%	3'421	0.0%	3'421	0.0%	
Autres	(Radio-)oncologie	309	309	0.0%	309	0.0%	309	0.0%	
	Traumatismes graves	100	100		100		100		
Soins palliatifs	Soins palliatifs (base drg)	291	291	0.0%	291	0.0%	291	0.0%	
<b>Total</b>		<b>38'762</b>	<b>38'345</b>	<b>-1.1%</b>	<b>38'524</b>	<b>-0.6%</b>	<b>38'702</b>	<b>-0.2%</b>	

Sources: OFS – MS, KS, STATPOP

© Obsan 2023

### Effet du facteur médico-technique

De façon indirecte, les hypothèses de transfert vers l'ambulatoire, rendu possible par l'introduction de nouvelles technologies, tiennent déjà en partie compte du progrès médico-technique. Par ailleurs, les scénarios de projection intègrent directement les effets de la technique médicale et ce sur deux points (T 3.24). Premièrement, dans le domaine de la neurologie, les nouvelles possibilités de traitement des AVC pourraient entraîner un transfert de certains cas d'un GPPH à un autre (voir 2.7.3). Toutefois, l'effet sur le nombre de cas est ici nul.

Deuxièmement, dans le domaine de l'orthopédie, le scénario de base et le scénario maximum prévoient une hausse du nombre de cas, en lien avec les reprises de prothèses de genou et de hanche. À l'horizon 2035, ce sont respectivement 209 (+4,2%) et 314 (+6,3%) cas supplémentaires qui sont envisagés. Globalement, ces hypothèses impliquent une hausse de 0,5% du nombre total de cas selon le scénario de base et une hausse de 0,8% selon le scénario maximum. À noter encore que pour les scénarios de base et maximum, l'effet à la hausse pour l'orthopédie l'emporte sur l'effet à la baisse lié au transfert vers l'ambulatoire (T 3.23 et T 3.24).

## T 3.24 Effet du facteur médico-technique sur les hospitalisations projetées selon le scénario et par DPPH, 2019-2035

DPPH	Référence	Min		Base		Max	
	2019	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)
Neurologie	1 016	1 016	0,0%	1 016	0,0%	1 016	0,0%
Orthopédie	4 982	4 982	0,0%	5 191	+4,2%	5 296	+6,3%
Total	38 762	38 762	0,0%	38 971	+0,5%	39 076	+0,8%

Sources: OFS – MS, KS, STATPOP

© Obsan 2023

# 4 Psychiatrie

## 4.1 Analyse des besoins en soins

A l'instar du domaine des soins aigus, l'art. 58b, al. 1 OAMal enjoint les cantons à déterminer leurs besoins en soins psychiatriques stationnaires selon une démarche vérifiable, en se basant à la fois sur des données statistiquement justifiées et sur des comparaisons. Il convient également de déterminer l'offre utilisée dans des établissements qui ne figurent pas sur leur liste hospitalière (art. 58b, al. 2 OAMal). L'art. 58c let. b OAMal spécifie que pour la psychiatrie stationnaire, la planification est liée aux prestations ou aux capacités. En psychiatrie, selon les patients, il existe pour un séjour stationnaire des possibilités de substitution beaucoup plus nombreuses qu'en médecine somatique. Il est donc important d'intégrer les structures et processus ambulatoires et semi-hospitaliers dans la planification hospitalière (CDS, 2008). Excepté pour la pédopsychiatrie, le présent rapport expose essentiellement le cadre de la planification en milieu stationnaire pour la psychiatrie. En effet, la section 4.1 propose, sur la période 2015 à 2019, une analyse du recours aux soins (4.1.1), y compris des soins hospitaliers ambulatoires pour la pédopsychiatrie, de l'offre de soins (4.1.2), et des flux intercantonaux de patients (4.1.3).

Les analyses suivantes se basent sur les données 2015-2019 de la statistique médicale des hôpitaux (MS) et de la statistique des hôpitaux (KS) de l'Office fédéral de la statistique (OFS) et s'appuient sur la liste hospitalière en vigueur en 2019 dans le canton de Fribourg. Les données de SASIS AG (Datenpool) sont utilisées pour le recours ambulatoire dans le domaine de la pédopsychiatrie. La délimitation de la psychiatrie se trouve à l'Encadré 4, à la page 21. Les catégories d'analyse utilisées correspondent aux trois mandats de prestations en vigueur dans le canton de Fribourg : pédopsychiatrie (<18 ans), psychiatrie adulte (18-64 ans) et psychogériatrie (65+ ans) selon l'Encadré 6. En complément, des analyses par groupe de cas psychiatriques (PCG) sont présentées pour l'année 2019 selon Tarpsy 2.0.

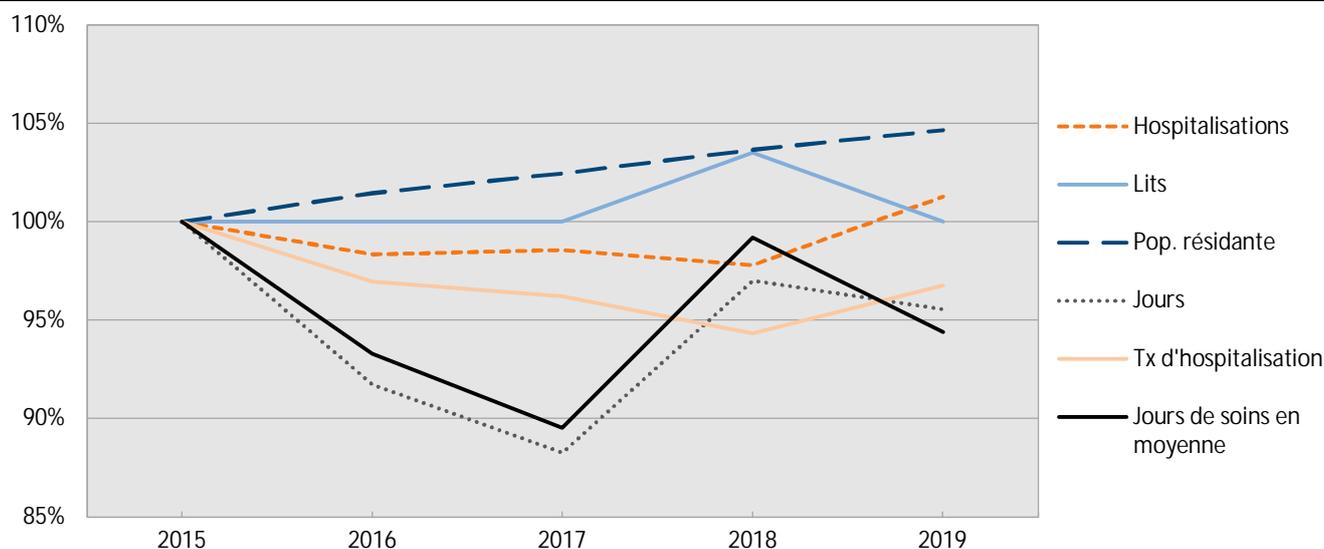
### 4.1.1 Recours aux soins

Les indicateurs présentés sur G 4.1 offrent une vue globale de l'évolution du recours aux soins stationnaires dans le domaine de la psychiatrie. Malgré l'accroissement de la population entre 2015 et 2019 (+4,7%), le nombre d'hospitalisations s'est maintenu autour de 2'600 au cours de cette période (+0,3%), le taux d'hospitalisation ayant pour sa part connu une légère baisse (-3,2%), passant de 8,4 hospitalisations pour 1'000 habitants en 2015 à 8,2 en 2019. Il faut ici relever qu'avec l'introduction de TARPSY en 2018, les cas réadmis dans les 18 jours sont, sous certaines conditions, regroupés sous le même numéro de cas. Un cas peut dès lors également consister en plusieurs hospitalisations, ce qui est susceptible d'influencer à la baisse le taux d'hospitalisation.

Parallèlement, le nombre moyen de jours de soins par hospitalisation a également baissé, passant de 28,1 jours à 26,5 (-5,6%). En principe, la nouvelle définition des cas à partir de 2018 devrait entraîner un allongement des durées moyennes de séjour. Aussi est-il possible que les observations liées à la durée moyenne de séjour traduisent effectivement une tendance à la baisse sur la période 2015-2019.

Les tendances à la baisse du taux d'hospitalisation et du nombre moyen de jours de soins découlent sur une baisse plus franche du nombre total de jours d'hospitalisations, passé de 72'776 jours en 2015 à 69'551 en 2019 (-4,4%). Le nombre de lits s'est toutefois maintenu à 170 et concernent le Réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM).

#### G 4.1 Indicateurs généraux concernant la situation en matière de soins psychiatriques dans le canton de FR, 2015-2019



	2015	2016	2017	2018	2019	Δ (n)	Δ (%)	TCAM
Population résidente permanente	307 461	311 914	315 074	318 714	321 783	+14 322	+4,7%	+1,1%
Hospitalisations	2 593	2 550	2 556	2 536	2 626	+33	+1,3%	+0,3%
Hospitalisations pour 1'000 habitants	8,4	8,2	8,1	8,0	8,2	-0,3	-3,2%	-0,8%
Jours de soins en moyenne*	28,1	26,2	25,1	27,8	26,5	-1,6	-5,6%	-1,4%
Jours d'hospitalisation*	72 776	66 750	64 240	70 608	69 551	-3 225	-4,4%	-1,1%
Lits	170	170	170	176	170	0	0,0%	0,0%

Note: Le nombre de lits correspond au nombre de journées-lits d'exploitation (=jours durant lequel un lit est à disposition) dans le secteur psychiatrie selon la KS, divisé par 365. La population résidente permanente de STATPOP se réfère au 31 décembre de l'année respective.  
\* = Sont considérés les jours de soins (maximum 365) des cas A et C.

Sources: OFS – STATPOP, MS, KS

© Obsan 2023

A l'instar des analyses réalisées pour le domaine des soins aigus, celles portant sur la psychiatrie se limitent aux cas portés à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). En 2019, ceux-ci représentent 99,2% des hospitalisations psychiatriques des résidents fribourgeois. Cela signifie que cette année-là, seuls 22 séjours hospitaliers ont été financés par un autre agent payeur.

#### Nombre de cas

En 2019, 2'626 séjours hospitaliers en psychiatrie ont été effectués par les résidents fribourgeois (T 4.1): 8,3% relevaient de la pédopsychiatrie (217 cas), 76,0% de la psychiatrie adulte (1'997 cas) et 15,7% de la psychogériatrie (412 cas).

Avec quelques fluctuations, le nombre total de cas est resté relativement stable sur la période 2015-2019 (+1,3%). En termes relatifs, les variations ont été les plus importantes au sein des moins de 18 ans (minimum de 167 cas en 2016 et maximum de 231 en 2018). Rappelons ici que l'introduction de TARPSY en 2018 a entraîné une redéfinition du cas, provoquant une rupture dans la série de données. Pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, l'application de TARPSY n'a été rendue obligatoire qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019, ce qui pourrait expliquer une fluctuation différente dans cette classe d'âge. De façon générale, dans cette phase de transition, les évolutions des nombres de cas entre 2017 et 2019 doivent être interprétées avec prudence.

## T 4.1 Nombre de cas de patients domiciliés dans le canton de FR, par groupe de prestations, 2015-2019

Groupes de prestation	Fribourg					Trend	Δ (%)	Part en %, 2019
	2015	2016	2017	2018	2019			
Pédopsychiatrie	186	167	195	231	217		+16,7%	8,3%
Psychiatrie adulte	1 997	1 973	1 958	1 913	1 997		+0,0%	76,0%
Psychogériatrie	410	410	403	392	412		+0,5%	15,7%
Total	2 593	2 550	2 556	2 536	2 626		+1,3%	100%

Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

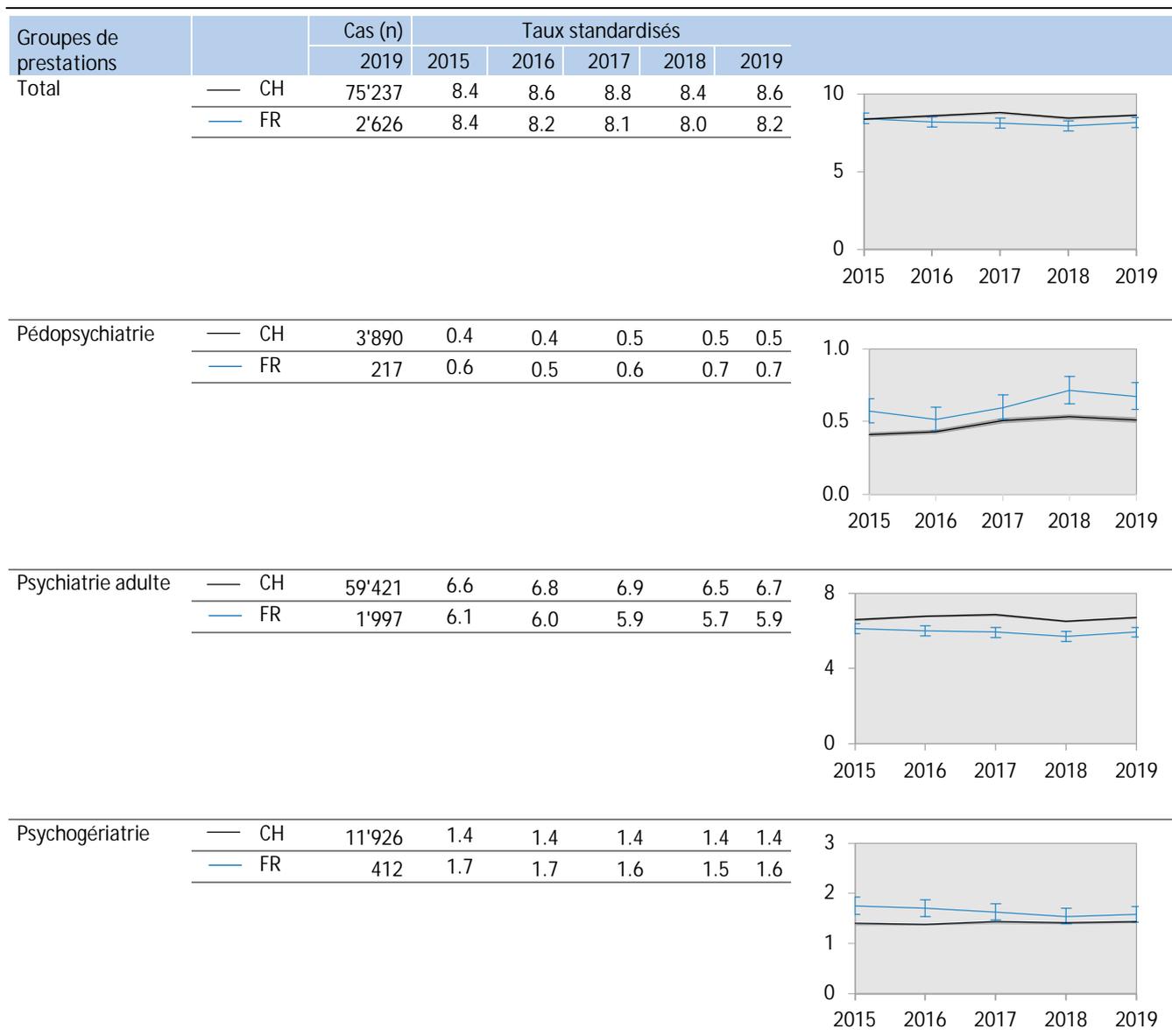
*Taux d'hospitalisation*

En 2015, le canton de Fribourg présentait un taux d'hospitalisation standardisé de 8,4 cas pour 1'000 habitants, correspondant à celui observé en moyenne suisse (G 4.2). En 2019, le taux d'hospitalisation est un peu plus bas pour le canton de Fribourg (8,2) alors qu'il est un peu plus élevé pour l'ensemble de la Suisse (8,6). Cette divergence est surtout influencée par les taux de la psychiatrie adulte, groupe de prestations le plus important en termes de nombre de cas. Par contre, le canton de Fribourg affiche des taux d'hospitalisation standardisés supérieurs à la moyenne suisse pour les groupes de prestations de pédopsychiatrie ainsi que de psychogériatrie.

En 2019, sur 1'000 habitants, 5,9 hospitalisations (taux standardisés) concernent des cas de psychiatrie adulte, 1,6 des cas de psychogériatrie et 0,7 des cas de pédopsychiatrie<sup>24</sup>.

<sup>24</sup> Les groupes de prestations tels que retenus pour la psychiatrie du canton de Fribourg correspondent en réalité à des classes d'âge. Toutefois, comme pour tout groupe de prestations, les taux sont calculés par rapport à l'ensemble de la population, mais en les standardisant, le but étant de comparer, à structure de population égale, les taux fribourgeois et les taux suisses. Les niveaux sont donc bien différents de ce qu'on obtiendrait avec des taux bruts par classe d'âge. En effet, on arriverait à 3,4 cas pour 1'000 résidents fribourgeois de moins de 18 ans, 9,7 cas pour 1'000 résidents âgés de 18 à 64 ans et 8,0 cas pour 1'000 résidents de plus de 65 ans.

#### G 4.2 Taux d'hospitalisation standardisés pour 1'000 habitants par groupe de prestations, Suisse et canton de FR, 2015-2019



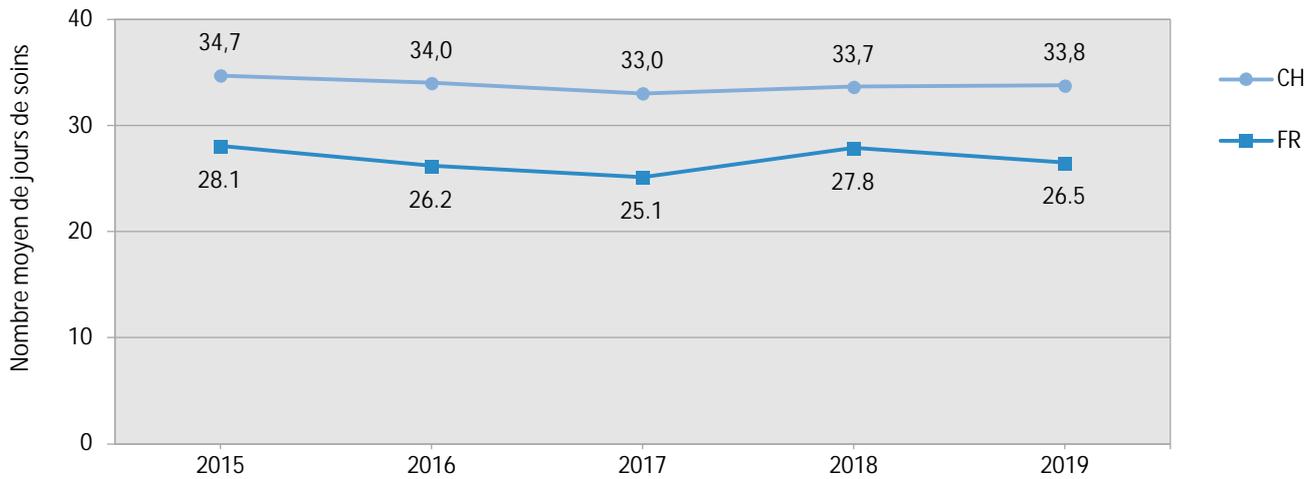
Sources: OFS – MS, KS, STATPOP

© Obsan 2023

#### Jours de soins

Le graphique G 4.3 montre le nombre moyen de jours de soins pour le canton de Fribourg et la Suisse entre 2015 et 2019. Sachant que le nombre moyen de jours de soins se voit certainement augmenté en 2018 en raison de la redéfinition des cas liée à l'introduction TARPSY, les résultats pour la Suisse suggèrent globalement une tendance à la baisse s'établissant à 33,8 jours en moyenne en 2019. Pour les résidents fribourgeois, le nombre moyen de jours de soins reste toujours inférieur à la moyenne suisse (2019 : 26,5 jours). Une tendance à la baisse semble également se dessiner.

G 4.3 Nombre moyen de jours de soins, patients domiciliés dans le canton de FR et en CH, 2015-2019



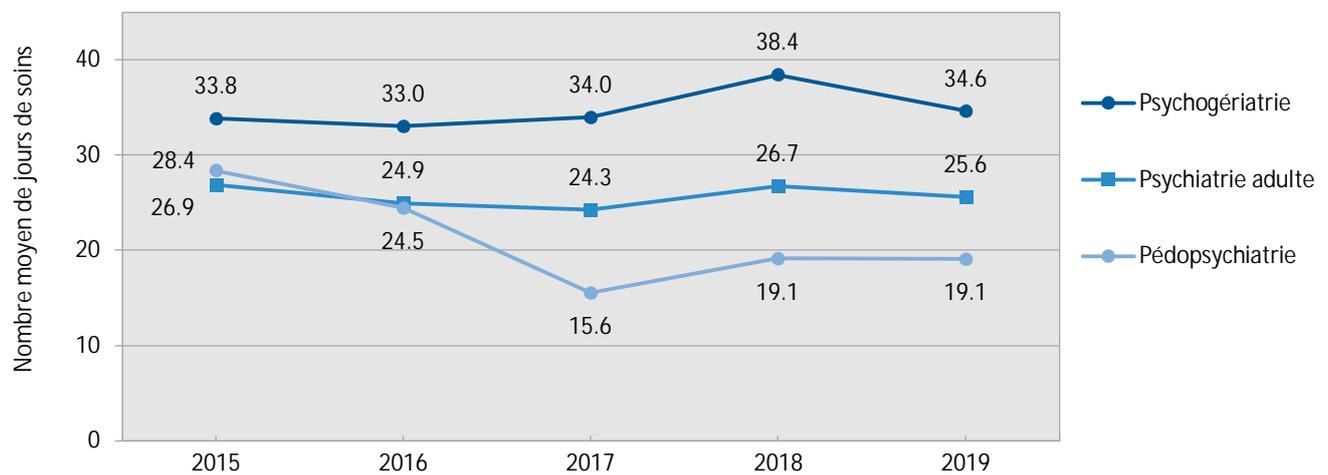
Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

Le nombre moyen de jours de soins varie selon le groupe de prestations (G 4.4). Avec une moyenne de 19,1 jours de soins en 2019, c’est en pédopsychiatrie que les séjours hospitaliers sont de plus courte durée. En psychiatrie adulte, le nombre moyen de jours de soins s’élève à 25,6 et à 34,6 en psychogériatrie.

Étant donné le relativement faible nombre de cas en pédopsychiatrie et l’effet de l’introduction de TARPSY en 2018, obligatoire seulement en 2019 pour cette catégorie de patients, il est plus difficile d’interpréter les fluctuations du nombre moyen de jours de soins de ce groupe.

G 4.4 Nombre moyen de jours de soins par groupe de prestations, patients domiciliés dans le canton de FR, 2015-2019



Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

Le tableau T 4.2 montre que le nombre moyen de jours de soins varie selon le groupe de prestations. La durée moyenne la plus courte est enregistrée en pédopsychiatrie (19,1 jours), tandis qu’elle est de 25,6 jours dans le groupe de la psychiatrie adulte et de 34,6 jours en moyenne dans celui de la psychogériatrie. La psychiatrie adulte représente près des trois quarts des jours de soins de la population fribourgeoise dans le domaine de la psychiatrie.

T 4.2 Jours de soins dans le canton de FR, par groupe de prestations et par région de domicile, 2019

	Jours de soins	Part en %	Jours Ø
Pédopsychiatrie	4 142	6%	19,1
Psychiatrie adulte	51 152	74%	25,6
Psychogériatrie	14 257	20%	34,6
Total	69 551	100%	26,5

Note: sont considérés les jours de soins (maximum 365) des cas A et C.

Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

### Analyses par groupe de coûts psychiatriques (PCG)

Avant l'introduction de la structure tarifaire TARPSY (Encadré 12), les séjours étaient facturés au moyen de forfaits journaliers. La structure tarifaire TARPSY uniformise la rémunération de toutes les prestations de psychiatrie stationnaire à l'échelon national à l'aide de forfaits liés aux prestations, exigence inscrite dans la LAMal. Elle permet une plus grande transparence et une meilleure comparabilité entre les fournisseurs de prestations aux caractéristiques similaires en termes de mandat de prestations et de conditions-cadres. Ce sous-chapitre fournit des analyses complémentaires basées sur les groupes de coûts psychiatriques concernant le recours à la psychiatrie stationnaire des patients domiciliés dans le canton de Fribourg.

#### Encadré 12 TARPSY et les groupes de coûts psychiatriques (PCG)

La structure tarifaire TARPSY pour le financement des séjours stationnaires en psychiatrie est entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2018. Pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, l'application tarifaire est devenue obligatoire à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019.

La structure TARPSY est constituée de dix catégories principales, les groupes de coûts psychiatriques de base, déterminés par le diagnostic principal. Ces catégories principales sont différenciées en une ou plusieurs sous-catégories, intitulées les groupes de coûts psychiatriques (PCG, pour Psychiatric Cost Groups). Chaque PCG correspond à un groupe homogène de cas. Les PCG se distinguent au sein d'une catégorie principale par des critères tels que les diagnostics secondaires, la gravité des symptômes psychiatriques à l'admission et l'âge du patient. Les PCG sont représentés par un code à cinq caractères, dont les quatre premiers identifient le groupe de coûts psychiatriques de base. Le dernier caractère du PCG, prenant les valeurs A, B, C ou Z permet le cas échéant de discriminer les cas en fonction de la consommation de ressources de manière décroissante (A correspondant aux cas les plus gourmands en ressources, Z étant réservé aux cas sans différenciation du PCG de base). Dans chaque groupe de base, les PCG qui concernent les patients de moins de 18 ans prennent la lettre A, reflétant des besoins en soins plus conséquents pour traiter ces patients.

Source : OFS, 2020b

Le tableau T 4.3 indique la répartition des séjours et des jours de soins qui en découlent pour les résidents fribourgeois, par groupe de coûts psychiatriques (PCG, cf. Encadré 12). Il permet de mettre en évidence les catégories principales de pathologies qui affectent le plus fréquemment les personnes hospitalisées et qui entraînent le plus grand nombre de jours de soins. Dans le trio de tête apparaissent les « Troubles dépressifs ou dépressifs bipolaires » (29,7% des séjours ; 29,8% des jours), les « Troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation d'alcool, d'autres drogues ou d'autres substances » (18,4% des séjours ; 16,1% des jours) ainsi que les cas de « Schizophrénie, troubles schizotypiques ou hallucinatoires » (15,8% des séjours ; 19,8% des jours).

Avec une moyenne de 46,8 jours de soins en 2019, la durée moyenne des séjours hospitaliers s'avère particulièrement élevée pour les « Troubles en cas de démence ou autres troubles organiques du SNC, âge > 17 ans ». A l'inverse, le nombre moyen de jours de soins associé à des « troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress ou troubles somatoformes ainsi qu'à des troubles de la personnalité et du comportement » est nettement plus bas (entre 11 et 20 jours en moyenne, selon le groupe). À noter encore que les groupes nécessitant

davantage de soins (A) ne sont pas systématiquement les groupes qui enregistrent les durées moyennes de séjours les plus longues.

#### T 4.3 Nombre de cas et jours de soins, patients domiciliés dans le canton de FR, par PCG, 2019

Libellé	PCG	Cas		Jours de soins*	Jours de soins**		
		N	Part en %	Ø	Vol.	Part en %	
Troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation d'alcool, d'autres drogues ou d'autres substances	Âge < 18 ans, ou diagnostic secondaire de complication	TP21A	335	12,8%	24,0	8 032	11,5%
	Âge > 17 ans	TP21B	148	5,6%	21,2	3 139	4,5%
Troubles en cas de démence ou autres troubles organiques du SNC	Âge < 18 ans, ou délire ou âge > 75 ans avec diagnostic de	TP24A	129	4,9%	33,1	4 264	6,1%
	Âge > 17 ans	TP24B	81	3,1%	46,8	3 791	5,5%
Schizophrénie, troubles schizotypiques ou hallucinatoires	Âge < 18 ans, ou diagnostic secondaire de complication	TP25A	26	1,0%	37,0	962	1,4%
	Âge > 17 ans	TP25B	388	14,8%	33,0	12 790	18,4%
Troubles maniaques	Âge < 18 ans, ou diagnostic secondaire de complication	TP26A	20	0,8%	38,3	766	1,1%
	Âge > 17 ans	TP26B	60	2,3%	29,6	1 777	2,6%
Troubles dépressifs ou dépressifs bipolaires	Âge < 18 ans	TP27A	38	1,4%	15,7	595	0,9%
	Âge > 17 ans, avec diagnostic secondaire de complication	TP27B	290	11,0%	25,6	7 409	10,7%
	Âge > 17 ans	TP27C	452	17,2%	28,1	12 719	18,3%
Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress ou troubles somatoformes	Âge < 18 ans	TP28A	47	1,8%	10,9	510	0,7%
	Âge > 17 ans	TP28B	206	7,8%	18,8	3 870	5,6%
Troubles de la personnalité et du comportement	Âge < 18 ans	TP29A	25	1,0%	20,5	512	0,7%
	Âge > 17 ans	TP29B	210	8,0%	17,3	3 640	5,2%
Symptômes comportementaux avec troubles corporels, retards mentaux ou troubles du développement	Âge < 18 ans, ou retard mental ou trouble du comportement	TP30A	94	3,6%	24,8	2 334	3,4%
	Âge > 17 ans avec retard mental ou trouble du comportement	TP30B	19	0,7%	17,5	332	0,5%
	Âge > 17 ans	TP30C	57	2,2%	35,9	2 046	2,9%
Traitement psychiatrique ou psychosomatique sans diagnostic principal psychiatrique ou psychosomatique		TP70Z	1	0,0%	63,0	63	0,1%
Total			2 626	100%	26,5	69 551	100%

Note : \* = seuls les cas A avec un nombre maximal de jours d'hospitalisation de 365 ont été pris en compte; \*\* = sont considérés les jours de soins (maximum 365) des cas A et C.

Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

Les motifs d'hospitalisation en psychiatrie sont assez spécifiques aux groupes de prestations définis en termes de classes d'âge (T 4.4). Pour la pédopsychiatrie, le principal PCG de base a trait aux « symptômes comportementaux avec troubles corporels, retards mentaux ou troubles du développement » (39,2% des cas). Pour la psychiatrie adulte, les PCG de base les plus fréquents couvrent les « troubles dépressifs ou dépressifs bipolaires » (31,7%), les « troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation d'alcool, d'autres drogues ou d'autres substances » (21,5%) et les cas de « schizophrénie, troubles schizotypiques ou hallucinatoires » (18,8%). Enfin, en psychogériatrie, près de la moitié des PCG de base concernent des « troubles en cas de démence ou d'autres troubles organiques du système nerveux central » (45,6%).

## T 4.4 Nombre de cas de patients domiciliés dans le canton de FR, par groupe de prestations et PCG de base, 2019

PCG de base	Libellé	Groupes de prestations						Total général	
		Pédopsychiatrie		Psychiatrie adulte		Psychogériatrie		N	Part en %
		N	Part en %	N	Part en %	N	Part en %		
TP21	Troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation d'alcool, d'autres drogues ou d'autres substances	12	5,5%	430	21,5%	41	10,0%	483	18,4%
TP24	Troubles en cas de démence ou autres troubles organiques du SNC	1	0,5%	21	1,1%	188	45,6%	210	8,0%
TP25	Schizophrénie, troubles schizotypiques ou hallucinatoires	9	4,1%	376	18,8%	29	7,0%	414	15,8%
TP26	Troubles maniaques	0	0,0%	67	3,4%	13	3,2%	80	3,0%
TP27	Troubles dépressifs ou dépressifs bipolaires	38	17,5%	633	31,7%	109	26,5%	780	29,7%
TP28	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress ou troubles somatoformes	47	21,7%	177	8,9%	29	7,0%	253	9,6%
TP29	Troubles de la personnalité et du comportement	25	11,5%	210	10,5%	0	0,0%	235	8,9%
TP30	Symptômes comportementaux avec troubles corporels, retards mentaux ou troubles du développement	85	39,2%	82	4,1%	3	0,7%	170	6,5%
TP70	Traitement psychiatrique ou psychosomatique sans diagnostic principal psychiatrique ou psychosomatique	0	0,0%	1	0,1%	0	0,0%	1	0,0%
	Total général	217	100%	1997	100%	412	100%	2626	100%

Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

*La pédopsychiatrie*

En Suisse, le domaine de la pédopsychiatrie soulève des enjeux spécifiques. Alors que la nécessité d'améliorer la continuité de la prise en charge lors de la transition de l'adolescence à l'âge adulte a été mise en évidence dans un récent rapport de l'OFSP (von Wyl et al, 2020), une hausse du recours aux soins psychiatriques, tant ambulatoires que stationnaires, a été observée en particulier chez les enfants et les adolescents sur la période 2012-2018 (Schuler et al. 2020). Pour le canton de Fribourg, les résultats ayant trait aux trois modes de prise en charge des cas de pédopsychiatrie que sont les cabinets psychiatriques-psychothérapeutiques, la psychiatrie hospitalière ambulatoire et le domaine stationnaire présentent des résultats contrastés.

Dans les cabinets psychiatriques-psychothérapeutiques, les données ne sont disponibles qu'à partir de 2016<sup>25</sup> (G 4.5). Le recours aux consultations est assez stable pour les filles, alors qu'il semble diminuer pour les garçons à partir de 2017 pour converger vers le taux des filles. L'année 2020 est particulière, car marquée par le début de la pandémie de Covid-19. Le confinement du printemps a entraîné une chute du nombre de consultations, raison pour laquelle le taux de recours est globalement inférieur.

En milieu hospitalier ambulatoire, la série temporelle permet d'identifier une tendance à la hausse du recours aux consultations psychiatriques entre 2012 et 2016 (G 4.6). Celui-ci semble ensuite se stabiliser autour d'environ 110 consultations pour 1'000 personnes assurées de moins de 18 ans.

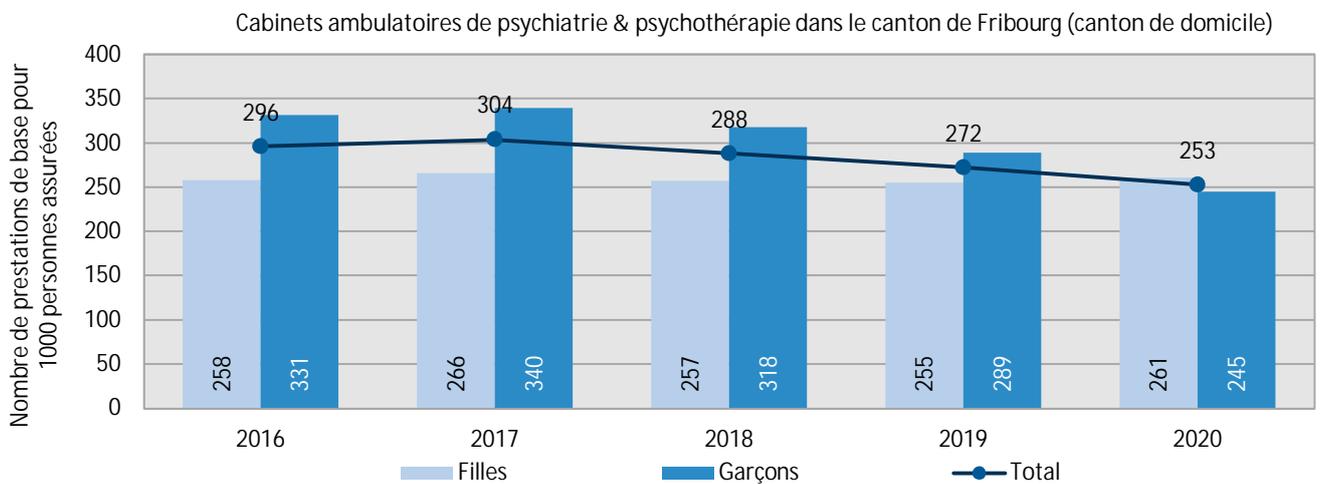
Finalement, le taux d'hospitalisation des enfants et adolescents est plus fluctuant (entre 2,7 et 3,8 séjours pour 1'000 personnes de moins de 18 ans entre 2015 et 2019, G 4.7). L'hospitalisation intervenant en tout dernier recours pour cette population, le nombre de séjours est très modeste (217 en 2019 contre environ 25'500 consultations ambulatoires). Cela rend plus difficile l'identification d'une tendance, en plus de l'introduction de TARPSY qui exerce une influence sur le nombre de cas stationnaires via sa nouvelle définition.

<sup>25</sup> Les consultations n'étaient pas correctement saisies jusqu'en 2015.

En considérant ensemble les pratiques en milieu hospitalier et en cabinet, les garçons présentaient en 2016 un taux de recours aux consultations ambulatoires nettement supérieur à celui des filles (463 pour 1000 assurés contre 361 consultations pour 1000 assurées). Ces deux taux tendent ensuite à se rapprocher jusqu'en 2019 (403 consultations pour 1000 assurés pour contre 369 pour 1000 assurées). Le taux d'hospitalisation des filles est par contre chaque année nettement plus élevé que celui des garçons (4,9 séjours hospitaliers pour les filles contre 2,0 pour les garçons en 2019).

Dans l'ensemble des hospitalisations, le groupe de diagnostics le plus fréquent concerne les « Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence » (F90-F98, 28% des groupes de diagnostics en 2019), suivi des « Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes » (F40-F48, 22%). Autrement dit, la moitié des cas hospitaliers en 2019 concerne l'une ou l'autre de ces catégories de troubles (T 4.5).

G 4.5 Recours aux cabinets ambulatoires de psychiatrie et de psychothérapie dans le canton de FR par sexe, patients de moins de 18 ans, 2016-2020

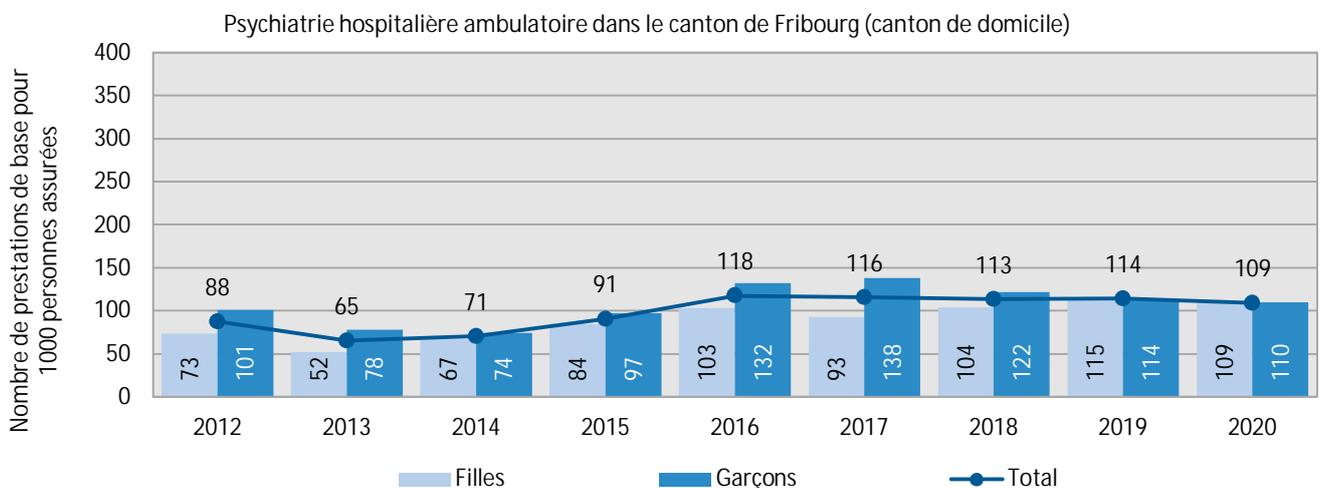


Note: les prestations de base représentent les consultations et les visites à domicile.

Source: SASIS AG - Datenpool / Analyse Obsan

© Obsan 2023

G 4.6 Recours à la psychiatrie hospitalière ambulatoire dans le canton de FR par sexe, patients de moins de 18 ans, 2012-2020



Note: les prestations de base représentent les consultations en psychiatrie ambulatoire hospitalière.

Source: SASIS AG - Datenpool / Analyse Obsan

© Obsan 2023

#### G 4.7 Recours à la psychiatrie hospitalière stationnaire dans le canton de FR par sexe, patients de moins de 18 ans, 2015-2019



Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

#### T 4.5 Hospitalisations de patients de moins de 18 ans domiciliés dans le canton de FR par diagnostic principal, 2019

Groupes de diagnostic	Cas	Part en %
	2019	
F90-F98 Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	61	28%
F40-F48 Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	47	22%
F30-F39 Troubles de l'humeur [affectifs]	38	18%
F60-F69 Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	25	12%
F50-F59 Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	17	8%
F10-F19 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	12	6%
F20-F29 Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	9	4%
F80-F89 Troubles du développement psychologique	6	3%
Autres	2	1%
Total	217	100%

Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

#### 4.1.2 Offre de soins

##### *Nombre de cas et structure des patients*

La liste hospitalière du canton de Fribourg pour le domaine de la psychiatrie en vigueur en 2019 pour les données analysées compte quatre établissements hospitaliers (Art.5, al.1 de l'Ordonnance fixant la liste des hôpitaux et des maisons de naissance du 31.03.2015). Au sein du canton de Fribourg, le Réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM) prend en charge les cas de pédopsychiatrie, de psychiatrie adulte et de psychogériatrie et l'Hôpital fribourgeois (HFR) dispose d'un mandat de prestations pour la pédopsychiatrie (annexe 3 de ladite Ordonnance). Hors du canton, la Clinique privée Meiringen dispose d'un mandat de prestations pour la psychiatrie adulte et l'Hôpital Saint-Loup des Établissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv) dispose d'un mandat de prestations pour la prise en charge de l'anorexie-boulimie pour les trois groupes, donc pour les patients de tout âge. Notons encore qu'en septembre 2022, l'Etat de Fribourg a établi une collaboration avec l'UPD Berne<sup>26</sup> en lui attribuant un mandat de prestations pour la pédopsychiatrie (voir Art. 5 al. 1 let. e) et l'annexe 3 de ladite Ordonnance).

Le plus souvent, les patients fribourgeois sont hospitalisés au sein du RFSM, lequel prend en charge essentiellement des résidents fribourgeois (97%, T 4.6). L'offre est principalement complétée par l'HFR pour la pédopsychiatrie, par la clinique privée Meiringen et par le site de Saint-Loup de l'eHnv. Les patients fribourgeois représentent une faible part des cas pris en charge par les hôpitaux répertoriés situés hors canton : 16% pour l'Hôpital de Saint-Loup et 3% pour la clinique de Meiringen.

Au sein de l'offre existante en 2019, la clinique privée Meiringen se distingue en accueillant 12% de patients en classe privée ou semi-privée. La part d'admissions en urgence y est aussi beaucoup plus basse que dans les autres établissements de la liste hospitalière (21% contre au moins 65%). On relève finalement que les cas pris en charge par le site de Fribourg de l'HFR, mandaté pour la pédopsychiatrie, présentent en moyenne un Day-Mix-Index (DMI) supérieur à ceux pris en charge par le RFSM mandaté dans tous les groupes (1,55 contre 1,15), en lien avec le fait que les cas pédiatriques se retrouvent dans des PCG nécessitant davantage de ressources.

T 4.6 Nombre de cas et chiffres-clés des hôpitaux répertoriés selon la liste hospitalière du canton de FR, 2019

Ct	Hôpital	Cas	%FR	%FR fran- cophone	%FR germa- nophone	%SP/P	% Urgence	Ø DMI	CM Somme	Ø Âge (années)
Hôpitaux répertoriés situés dans le canton										
FR	Hôpital fribourgeois (HFR) - Fribourg	52	98,1%	82,7%	15,4%	0%	96%	1,55	292	13,4
	Hôpital fribourgeois (HFR) - Riaz	1	100,0%	100,0%	0,0%	0%	100%	1,38	1	17,0
	Réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM)	2 274	97,0%	85,1%	11,8%	0%	65%	1,15	61 791	44,9
Hôpitaux répertoriés situés hors canton										
BE	Privatklinik Meiringen	1 483	3,1%	0,6%	2,5%	12%	21%	1,02	50 105	47,3
VD	Établissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv) - Saint-Loup	138	15,9%	15,2%	0,7%	0%	0%	1,24	6 119	24,8

Note: Cas = nombre de cas traités dans l'hôpital quel que soit le domicile du patient; SP/P = Part des cas en classe de traitement semi-privé ou privé de tous les cas de l'hôpital; %urgence = part d'admissions en urgence selon la variable mode d'admission de la MS de tous les cas de l'hôpital; Day-Mix Index (DMI) = indicateur de sévérité moyenne des cas traités dans un hôpital, en termes de ressources nécessaires pour traiter les cas; Case-mix (CM) = renseigne sur la sévérité totale des cas traités par l'hôpital, toujours en termes de ressources. Le cas enregistré en psychiatrie sur le site de Riaz de l'HFR relève probablement d'une erreur de codage.

Sources: OFS – MS, KS : liste LAMal fribourgeoise selon ordonnance du 31.03.2015, entrée en vigueur le 01.01.2017 (état: décembre 2021)  
© Obsan 2023

<sup>26</sup> Universitäre Psychiatrische Dienste Bern. Les cas de cet établissement ne sont pas présentés de façon détaillée puisque ce dernier n'était pas sur la liste en vigueur pour les données analysées.

Dans l'ensemble, le nombre de séjours hospitaliers effectués au sein des hôpitaux du canton de Fribourg répertoriés selon la liste hospitalière fribourgeoise en vigueur en 2019 est resté stable, avec de légères fluctuations d'une année à l'autre (T 4.7). Sur la période 2015-2019, le RFSM, mandaté pour tous les groupes de prestations, reste le pilier principal de la prise en charge psychiatrique stationnaire.

T 4.7 Nombre de cas des hôpitaux répertoriés situés dans le canton de FR selon la liste hospitalière du canton de FR, 2015-2019

CT	Hôpital	2015	2016	2017	2018	2019	Trend	Δ (n)	Δ (%)
FR	Hôpital fribourgeois (HFR) - Fribourg	40	31	47	64	52		+12	+30%
	Hôpital fribourgeois (HFR) - Meyriez-Murten	.	.	3	.	.		---	---
	Hôpital fribourgeois (HFR) - Riaz	2	.	.	.	1		---	---
	Hôpital fribourgeois (HFR) - Tafers	1	.	.	.	.		---	---
	Réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM)	2 289	2 258	2 286	2 192	2 274		-15	-1%
<b>Total</b>		<b>2 332</b>	<b>2 289</b>	<b>2 336</b>	<b>2 256</b>	<b>2 327</b>		<b>-5</b>	<b>-0%</b>

Note: Cas = nombre de cas traités dans l'hôpital quel que soit le domicile du patient. Les cas enregistrés en psychiatrie par les autres sites du HFR que celui de Fribourg relèvent probablement d'erreurs de codage. Aussi, le trend et les écarts entre les années ne sont pas pertinents, donc pas représentés dans le tableau.

Sources: OFS – MS, KS ; liste LAMal fribourgeoise selon ordonnance du 31.03.2015, entrée en vigueur le 01.01.2017 (état: décembre 2021)  
© Obsan 2023

### Parts de marché des hôpitaux

Le tableau T 4.8 montre, pour chaque groupe de prestations, la répartition des parts de marché entre hôpitaux pour les séjours psychiatriques des patients résidant dans le canton de Fribourg. Dans un premier temps, les hôpitaux sont regroupés en fonction de leur statut (A, B ou D), défini d'une part, par le fait d'être répertorié ou non sur la liste hospitalière du canton de Fribourg et d'autre part, par le fait d'être situé ou non dans le canton de Fribourg. Les sites hospitaliers répertoriés par le canton de Fribourg et situés dans le canton reçoivent le statut A, tandis que ceux qui sont répertoriés mais situés hors canton obtiennent le statut B. Le statut C concerne les prestataires non répertoriés mais situés dans le canton, mais il n'y en a pas pour le canton de Fribourg. Enfin, les sites hospitaliers qui ne sont pas répertoriés par le canton de Fribourg et situés hors du canton reçoivent le statut D. Quel que soit le groupe de prestations, les hôpitaux de statut A détiennent un peu moins de 90% de part de marché (86% pour le total des patients en 2019) tandis que les hôpitaux de statut B représentent une part de marché de 3%. Parallèlement, environ 11% de la part de marché revient à des hôpitaux de statut D. Les 301 cas hospitaliers correspondant se répartissent entre une quarantaine d'établissements hospitaliers (données non représentées). Entre 2017 et 2019, la part de marché pour les hôpitaux de statut A a diminué de 2,7 points de pourcentage.

L'analyse par groupe de prestations (T 4.9) rend encore une fois compte du rôle du RFSM comme pilier de la prise en charge psychiatrique dans le canton de Fribourg. Il détient les principales parts de marché dans tous les groupes de prestations. On relève aussi que le site de Fribourg de l'HFR détient 24% de part de marché pour la pédopsychiatrie.

T 4.8 Parts de marché pour les patients résidant dans le canton de FR, par groupe de prestations et statut de l'hôpital, 2017 et 2019

Groupes de prestation	Parts de marché (%)						Changements		
	2017			2019			en points de pourcentage		
	Statut A	Statut B	Statut D	Statut A	Statut B	Statut D	Statut A	Statut B	Statut D
Pédopsychiatrie	96%	2%	2%	86%	4%	10%	-9,7		+7,6
Psychiatrie adulte	88%	2%	10%	85%	3%	12%	-3,0		+2,6
Psychogériatrie	88%	3%	9%	90%	2%	8%			
Total	89%	2%	9%	86%	3%	11%	-2,7	+0,4	+2,3

Note: Statut selon la liste hospitalière: A = hôpitaux répertoriés situés dans le canton de FR; B = hôpitaux répertoriés situés hors du canton de FR; D = hôpitaux non répertoriés non pertinents pour la couverture des besoins situés hors du canton de FR; part de marché = part des cas par rapport au total des hospitalisations des patients domiciliés dans le canton de FR pour le groupe de prestations considéré. Les colonnes à droite indiquent la variation de la part de couverture en points de pourcentage. Seuls les changements pertinents sont indiqués, à savoir les changements de taux de couverture qui concernent au moins 10 cas.

Sources: OFS – MS, KS ; liste LAMal fribourgeoise selon ordonnance du 31.03.2015, entrée en vigueur le 01.01.2017 (état: décembre 2021)  
© Obsan 2023

T 4.9 Parts de marché par groupe de prestations et hôpital, 2019

Groupes de prestation	Hôpitaux répertoriés situés dans la région d'analyse		Hôpitaux répertoriés situés hors de la région d'analyse		Autres	Cas FR
	Hôpital fribourgeois (HFR), Fribourg	Réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM)	Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv) - Saint-Loup	Privatklinik Meiringen	Autres hôpitaux	Total
Pédopsychiatrie	24%	62%	4%		10%	217
Psychiatrie adulte		85%	1%	2%	12%	1 997
Psychogériatrie		90%		2%	8%	412
Total	2%	84%	1%	2%	11%	2 626

Note: La part de marché représente la part des cas traités par un hôpital et se rapporte à l'ensemble des hospitalisations des patients domiciliés dans le canton de FR pour le groupe de prestations considéré.

Sources: OFS – MS, KS ; liste LAMal fribourgeoise selon ordonnance du 31.03.2015, entrée en vigueur le 01.01.2017 (état: décembre 2021)  
© Obsan 2023

### Taux de couverture de la liste hospitalière

Le taux de couverture de la liste hospitalière examine la part de cas hospitaliers de résidents du canton de FR pris en charge par les hôpitaux répertoriés par le canton de Fribourg pour le groupe de prestations concerné. Le taux de couverture observé est de 88% en 2019, tous les groupes de prestations étant largement couverts (T 4.10).

On peut ici rappeler la recommandation de la CDS d'atteindre un taux de couverture des besoins de sa population de 80%. La situation dans le domaine de la psychiatrie s'avère donc favorable.

## T 4.10 Taux de couverture de la liste hospitalière par groupe de prestations, 2019

Groupes de prestation	Cas FR	Cas couverts	Taux de couverture
Pédopsychiatrie	217	196	90%
Psychiatrie adulte	1 997	1 750	88%
Psychogériatrie	412	370	90%
Total	2 626	2 316	88%

Note: Le taux de couverture représente la part des hospitalisations de patients domiciliés dans le canton de FR traités dans un hôpital disposant d'un mandat de prestations du canton pour le groupe de prestations concerné.

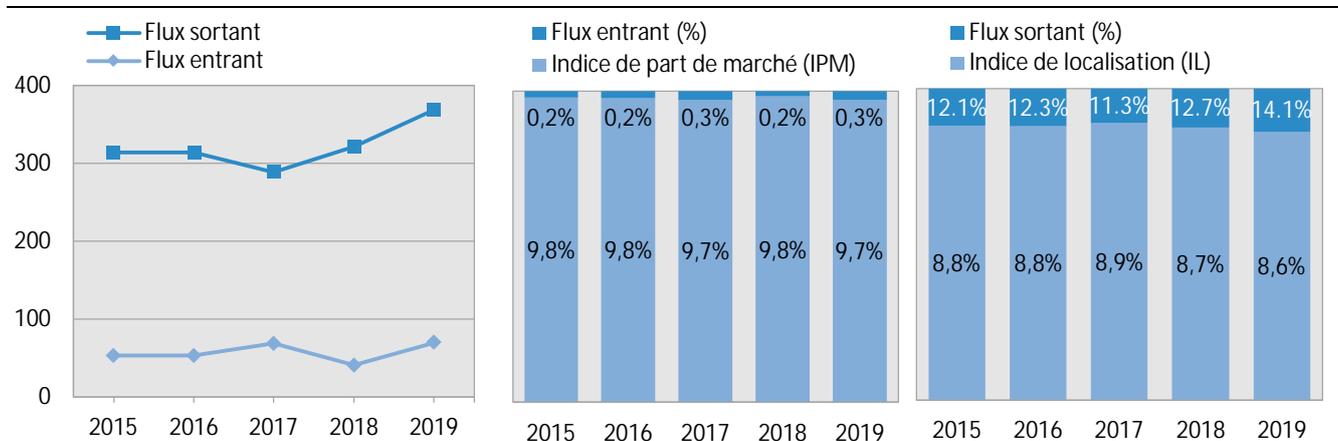
Sources: OFS – MS, KS : liste LAMal fribourgeoise selon ordonnance du 31.03.2015, entrée en vigueur le 01.01.2017 (état: décembre 2021)

© Obsan 2023

## 4.1.3 Flux de patients

Afin de saisir les besoins de coordination entre les cantons, il importe également de connaître les flux de patients dans le domaine de la psychiatrie (voir T 3.11 pour la définition des indicateurs). De manière générale, les établissements fribourgeois traitent quasi exclusivement des patients du canton (indice de part de marché de 97,0% en 2019). Une part également très élevée de patients fribourgeois se font hospitaliser dans un établissement du canton (indice de localisation de 86,0%, G 4.8) mais la part de flux sortant s'avère tout de même plus élevée que celle de flux entrant (14,1% contre 3,0% en 2019). Avec 70 entrées contre 369 sorties, le flux net était donc de -299 en 2019. Le rapport entre les sorties et les entrées (IE) qui en résulte (5,27 en 2019) s'avère légèrement plus bas que celui observé dans le domaine des soins aigus (6,25 en 2019, voir G 3.8).

## G 4.8 Indicateurs de flux de patients, canton de FR, 2015-2019



	Indicateur	2015	2016	2017	2018	2019
Import	Flux entrant (n)	53	53	69	41	70
	Flux entrant (%)	2,3%	2,3%	3,0%	1,8%	3,0%
Export	Flux sortant (n)	314	314	289	321	369
	Flux sortant (%)	12,1%	12,3%	11,3%	12,7%	14,1%
Rapport import/export	Indice de localisation (IL)	87,9%	87,7%	88,7%	87,3%	86,0%
	Indice de part de marché (IPM)	97,7%	97,7%	97,1%	98,2%	97,0%
	Flux net	-261	-261	-220	-280	-299
	Indice d'exportation (IE)	5,92	5,92	4,19	7,83	5,27

Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

### Flux entrants

En 2019, 70 séjours hospitaliers réalisés dans le canton de Fribourg étaient le fait de patients extracantonaux (T 4.11). Ce flux entrant, qui correspondait à 3,0% de l'ensemble des séjours effectués au sein du canton, positionne le canton de Fribourg en cinquième place des cantons avec la part de flux entrant la plus basse (données non représentées). Le flux entrant, provenant essentiellement du canton de Vaud (voir T 4.12 ci-après), a quasi exclusivement été pris en charge par le Réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM, 69 cas). La plus grande partie des cas de patients extracantonaux concernait la psychiatrie adulte (55 cas de 18 à 64 ans). En termes relatifs, la part de flux entrant pour la pédopsychiatrie est moindre (1,6%) en comparaison avec la psychiatrie adulte et la psychogériatrie (3,1%).

Entre 2015 et 2019, le nombre de cas extracantonaux a fluctué entre un minimum de 41 cas (2018) et un maximum de 70 cas (2019). En raison du petit nombre de séjours en question et des fluctuations d'une année à l'autre, il est renoncé de procéder à des comparaisons temporelles pour la suite de l'analyse.

T 4.11 Flux entrant par groupe de prestations, 2015-2019

Groupe de prestation	2015	2016	2017	2018	2019	Trend	Δ (n)	% Inflow 2019
Pédopsychiatrie	13	3	8	3	3		-10	1,6%
Psychiatrie adulte	38	44	44	34	55		+17	3,1%
Psychogériatrie	2	6	17	4	12		+10	3,1%
Total	53	53	69	41	70		+17	3,0%

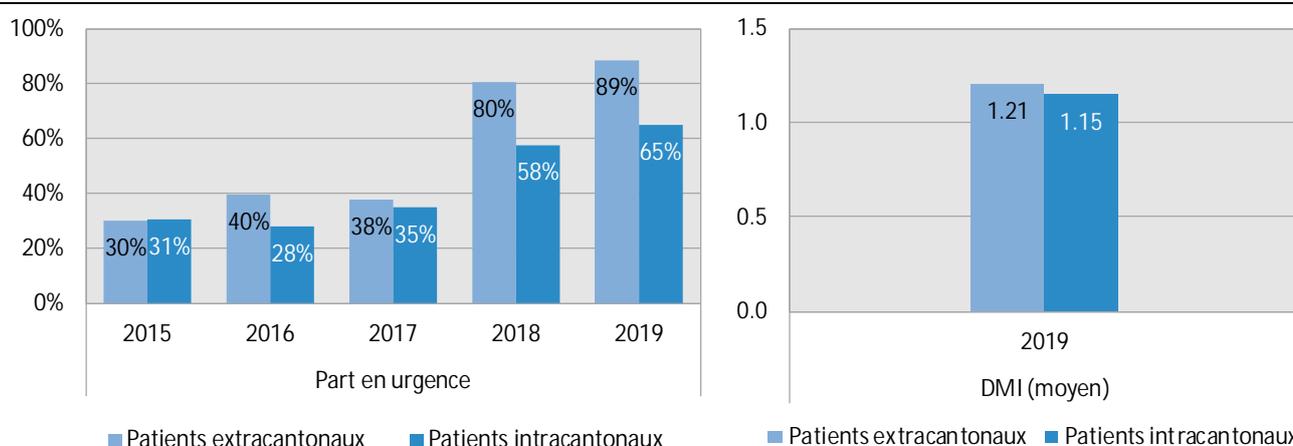
Note: Le flux entrant décrit le nombre, respectivement la part d'hospitalisations de patients extracantonaux dans les sites hospitaliers du canton de Fribourg.

Source: OFS – MS

© Obsan 2023

Depuis 2015, la part de cas admis en urgence a augmenté tant en ce qui concerne les patients extracantonaux (89% en 2019) que les patients intracantonaux (65%, G 4.9). Cette hausse des admissions en urgence est particulièrement manifeste entre 2017 et 2018. Pour les patients extracantonaux, elle concerne toutefois un petit nombre de cas. De plus, les patients extracantonaux présentent un degré de sévérité moyen légèrement supérieur à celui des patients intracantonaux (DMI de 1.21 vs 1.15). Par ailleurs, pour les deux catégories de patients, la totalité des séjours étaient effectués en division commune (données non représentées).

G 4.9 Structure des patients hospitalisés dans le canton de FR selon la provenance du patient, 2015-2019



Note: urgence = mode d'admission « urgence » ; DMI = Day-Mix Index

Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

Le canton de provenance le plus fréquent en 2019 était le canton de Vaud (41% des patients extracantonaux, T 4.12). En seconde position figuraient les résidents étrangers (16%) et en troisième position les résidents bernois (10%). Le tiers restant du flux entrant se répartit entre plusieurs cantons.

T 4.12 Flux entrant dans le canton de FR par canton de domicile du patient, 2019

Canton de domicile	2015	2016	2017	2018	2019	Trend	Δ (%)	Part en %, en 2019
VD	21	19	32	17	29		+38%	41%
Etranger	7	7	10	5	11		+57%	16%
BE	5	5	4	5	7		+40%	10%
VS	4	8	7	2	3		-25%	4%
NE	2	9	4	1	2		+0%	3%
ZH	2	.	6	3	3		+50%	4%
GE	4	3	2	1	4		+0%	6%
JU	5	.	.	1	4		-20%	6%
TI	.	1	2	2	4		---	6%
Autres	3	1	2	4	3		+0%	4%
Total	53	53	69	41	70		+32%	100%

Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

### Flux sortants

Si le flux entrant de patients extracantonaux est de 3,0% dans le canton de Fribourg, le flux sortant de patients fribourgeois hospitalisés hors du canton s'élève à 14,1% (T 4.13). Le canton de Fribourg apparaît néanmoins comme un canton exportant relativement peu de patients pour le domaine de la psychiatrie. Ce flux sortant concerne un peu plus souvent la pédopsychiatrie (13,8%) et la psychiatrie adulte (14,9%) que la psychogériatrie (10,2%). Depuis 2015, le flux sortant a d'abord diminué (minimum de 289 sorties en 2017) avant d'atteindre en 2019 la valeur maximum de 369 sorties.

T 4.13 Flux sortant du canton de FR par groupe de prestations, 2015-2019

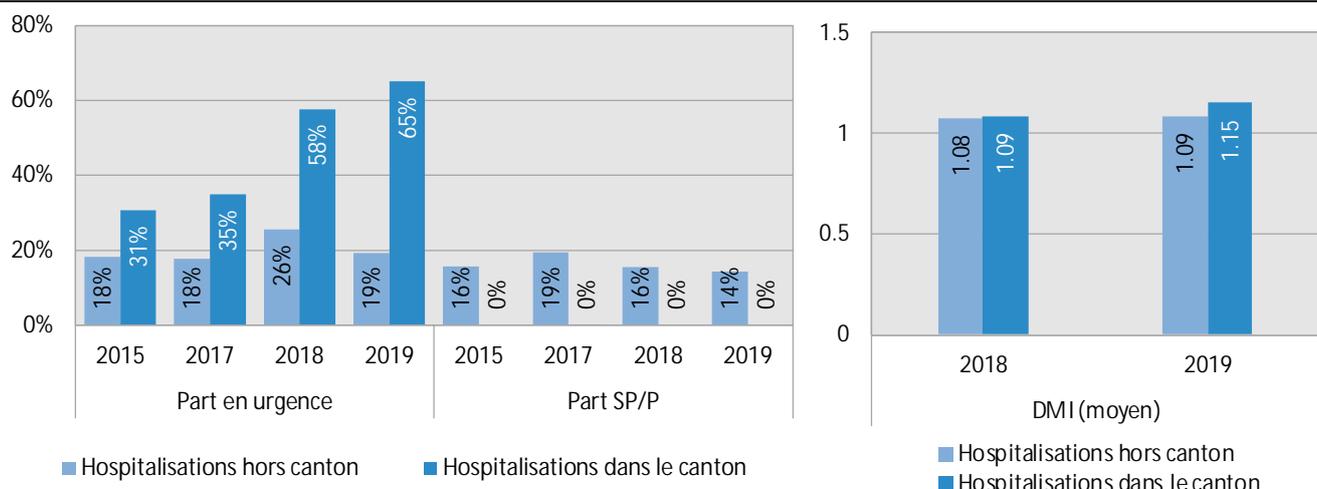
Groupe de prestation	2015	2016	2017	2018	2019	Trend	Δ (n)	Δ (%)	% Outflow 2019
Pédopsychiatrie	25	17	8	26	30		+5	20%	13.8%
Psychiatrie adulte	252	252	232	240	297		+45	18%	14.9%
Psychogériatrie	37	45	49	55	42		+5	14%	10.2%
Total	<b>314</b>	314	289	321	369		+55	17.5%	14.1%

Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

Le graphique G 4.10 permet de caractériser les patients hospitalisés hors du canton en comparaison avec les hospitalisations effectuées au sein du canton. Ceux-ci sont ainsi nettement moins souvent hospitalisés en urgence (19% contre 65% en 2019) et sont plus fréquemment assurés en division privée et semi-privée (14% contre 0%). La hausse des patients admis en urgence semble être une particularité des hôpitaux fribourgeois (voir aussi G 4.9). De plus, les hospitalisations hors canton présentaient en 2019 un degré de sévérité moyenne inférieur à celui des hospitalisations effectuées dans le canton (1,09 contre 1,15) mais la différence était quasi inexistante en 2018.

G 4.10 Structure des patients domiciliés dans le canton de FR selon le canton d'hospitalisation, 2015-2019



Note: urgence = mode d'admission « urgence » ; SP/P = classe de traitement semi-privée ou privée ; DMI = Day-Mix Index  
 Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

En analysant les résultats par région de domicile, il apparaît que plus de la moitié du flux sortant est composée de patients fribourgeois germanophones (191 cas) en 2019, contre 178 cas de patients francophones (T 4.14). Lorsqu'ils effectuent un séjour hospitalier au sein du canton de Fribourg, 59% des cas de patients germanophones se rendent dans un hôpital du canton. Ainsi, 40,8% des patients fribourgeois germanophones sont hospitalisés hors du canton, alors que cette part est de seulement 8,2% pour les patients fribourgeois francophones. Il est donc logique que le canton de Berne, de par sa proximité immédiate avec la région fribourgeoise germanophone, apparaisse comme premier canton d'hospitalisation en cas de séjour hors canton (9% de l'ensemble des séjours, 38% pour les résidents de la partie alémanique). Les patients provenant de la partie francophone s'orientent quant à eux plutôt vers le canton de Vaud (3% de l'ensemble des séjours, 4% pour les résidents de la partie francophone).

T 4.14 Flux sortant de patients domiciliés dans le canton de FR selon la région de domicile, par canton d'hospitalisation, 2019

Canton d'hospitalisation	Canton Fribourg			Région germanophone			Région francophone		
	2019	% Outflow		2019	% Outflow		2019	% Outflow	
BE	225	9%		176	38%		49	2%	
VD	87	3%		1	0%		86	4%	
GE	23	1%		2	0%		21	1%	
Autres	34	1%		12	3%		22	1%	
<b>Total</b>	<b>369</b>	<b>14.1%</b>		<b>191</b>	<b>40.8%</b>		<b>178</b>	<b>8.2%</b>	
<b>Flux interne</b>				<b>2019</b>	<b>% Flow</b>		<b>2019</b>	<b>% Flow</b>	
FR (autre région linguistique)				277	59%		0	0%	

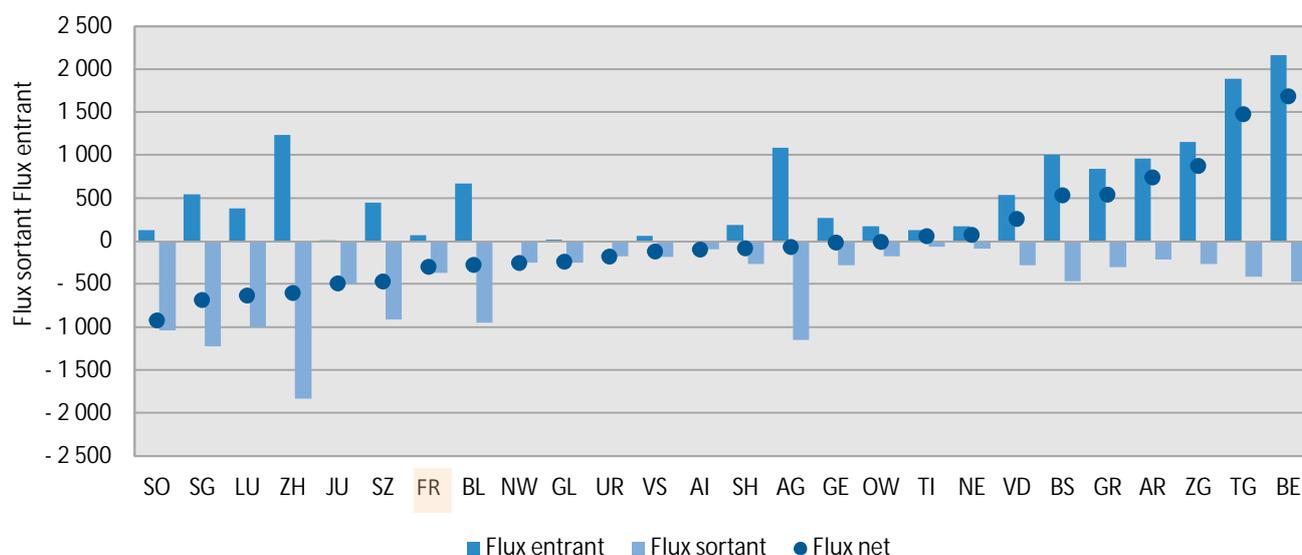
Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

### Flux nets

Le canton de Fribourg se caractérise par un flux entrant relativement modeste (70 entrées) et un flux sortant plus important (369 sorties, G 4.11). Le flux net qui en résulte (-299) positionne Fribourg en septième position des cantons avec le plus grand flux net négatif.

## G 4.11 Flux de patients par canton, 2019



Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

## 4.2 Projections des besoins en soins

Les projections se réfèrent aux besoins en soins de la population du canton de Fribourg de l'année 2019 et sont projetés à l'horizon 2035. Le chapitre 2.7 du présent rapport décrit en détails le modèle de projection, de même que les facteurs d'influence déterminants pour l'estimation des besoins futurs et les sources de données utilisées. Les facteurs d'influence sont pris en compte dans l'estimation des besoins sous la forme de trois scénarios de projections et résumés dans l'Encadré 13. L'hypothèse de convergence des taux fribourgeois vers les taux suisses n'est pas retenue pour la psychiatrie non plus, pour les mêmes raisons qu'elle ne l'était pas pour les soins aigus (voir l'explication dans la section 3.2.2, *Effet de la convergence vers les taux suisses*). Le canton de Fribourg renonce à formuler des hypothèses épidémiologiques dans la mesure où il y a une grande variation d'évolution selon le type de pathologie durant les dernières années. De plus, même si la fréquence de certaines pathologies change, il apparaît difficile de mettre en évidence un scénario épidémiologique global. Certaines pathologies, tels les troubles des addictions semblent diminuer, tandis que d'autres, tels les troubles dépressifs, sont en augmentation. Pour ces derniers, il est hasardeux de prédire si cela conduira à une hausse de la prise en charge en stationnaire ou à une prise en charge alternative. En effet, le domaine ambulatoire est également en évolution. D'une part l'offre devrait s'améliorer avec la possibilité pour les psychothérapeutes de pratiquer de manière indépendante dans le secteur ambulatoire à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2022 (jusqu'à-là uniquement sous « psychothérapie déléguée »). D'autre part, on peut relever des développements ou changements de paradigme dans la prise en charge, notamment la détection précoce de certains troubles (par ex. du spectre autistique) permettant une prise en charge moins lourde dans certains cas. D'autres cantons (SH, AR, ZH) n'ont pas émis d'hypothèses à ce sujet non plus (Gesundheitsamt Kanton Schaffhausen, 2021 ; GDZH, 2021 ; Jörg et al., 2019). Le canton de ZH a toutefois considéré comme facteur d'influence supplémentaire l'évolution récente du recours : une augmentation du recours pourrait être attendue sur la base de l'évolution des résultats 2012-2018. Le canton de Fribourg a également envisagé une hypothèse de ce type, en lien avec la baisse de la stigmatisation de la psychiatrie et d'autres facteurs sociétaux (demande induite par l'offre, contexte actuel : covid-19, guerre en Ukraine et afflux d'immigrés). Toutefois, les efforts de prévention pourraient également contrer une hausse des hospitalisations psychiatriques et le canton en arrive à la conclusion que l'impact devrait être minime. Il renonce donc à élaborer un scénario à ce sujet. Par contre, le canton de Fribourg considère comme possible un transfert vers l'ambulatoire. En effet, les cliniques de jour représentent une solution de substitution, du moins partielle, à la prise en

charge en stationnaire et cela pour toutes les classes d'âge. On y trouve actuellement 65 places à Fribourg et ces structures ont tendance à se développer. Le canton de Fribourg décide de considérer une baisse de 10% des taux de recours dans le scénario minimum, de façon analogue au canton de Schaffhouse (Gesundheitsamt Kanton Schaffhausen, 2021). Enfin, les durées de séjour sont en moyenne inférieures dans le canton de Fribourg par rapport à la moyenne suisse et il est décidé de les maintenir constantes.

Le scénario de base, qui est le scénario le plus plausible, est au centre de la projection des besoins. Le scénario minimal et le scénario maximal représentent la fourchette des évolutions possibles. Le scénario minimal combine des hypothèses et des scénarios concernant les facteurs d'influence qui conduisent à une estimation relativement faible des besoins, tandis que le scénario maximal indique la limite supérieure de la fourchette des évolutions possibles.

Encadré 13 Facteurs d'influence et hypothèses pour la projection des besoins en psychiatrie de la population fribourgeoise

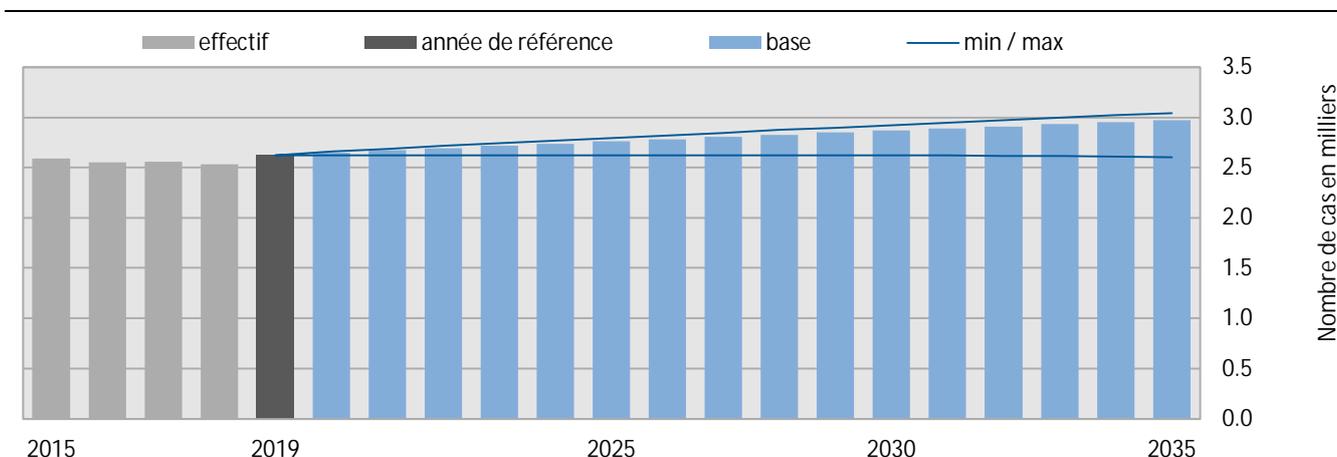
		Trois scénarios			
		Minimum	Base	Maximum	
Facteurs d'influence / hypothèses	Démographie	Scénario bas selon les scénarios démographiques cantonaux de l'OFS	Scénario moyen selon les scénarios démographiques cantonaux de l'OFS	Scénario haut selon les scénarios démographiques cantonaux de l'OFS	Cas
	Convergence vers les taux de recours suisses	Hypothèse de convergence non retenue			
	Épidémiologie	Aucune hypothèse			
	Médico-technique	Aucune hypothèse			
	Transfert vers l'ambulatoire	Baisse des taux de recours de 10% à l'horizon 2035, dans tous les domaines de prestations	Aucune hypothèse		
	Hausse du recours	Aucune hypothèse			
	Durée moyenne de séjour	Durée moyenne du canton			Jour

#### 4.2.1 Projection des besoins en soins de la population domiciliée dans le canton

Cette section présente les besoins en prestations projetés à l'année 2035. Il s'agit des besoins tenant compte simultanément de l'ensemble des facteurs à savoir, pour la psychiatrie, des facteurs démographiques et du transfert vers l'ambulatoire. Les effets isolés de ces deux facteurs d'influence sont décrits plus loin dans le chapitre 4.2.2 ci-dessous.

## Projections des cas 2035

G 4.12 Évolution des hospitalisations, 2015-2035



Scénario	2019	2035	Δ (%)	Δ CAGR (%)
base	2 626	2 971	+13%	+0.8%
max	2 626	3 048	+16%	+0.9%
min	2 626	2 604	-1%	-0.1%

Sources: OFS – MS, KS, STATPOP, projections démographiques

© Obsan 2023

Selon le scénario de base, une croissance de 13% du nombre de cas hospitaliers est attendue sur la période 2019-2035, ce qui correspond à une croissance annuelle moyenne de 0,8% du nombre de cas (G 4.12). Ce scénario prévoit donc que le nombre de cas passera de 2'626 en 2019 à 2'971 en 2035, soit 345 cas supplémentaires.

Avec une hausse prévue de 16% du nombre de cas (+422 hospitalisations) à l'horizon 2035, le scénario maximal est assez proche du scénario de base. Par contre, le scénario minimum, qui prévoit également un transfert des hospitalisations vers l'ambulatoire, résulte sur une baisse annoncée de 1% des hospitalisations, qui seraient alors au nombre de 2'604 en 2035. Autrement dit, l'effet du transfert vers l'ambulatoire contrecarierait celui de l'évolution démographique.

Avec une augmentation, selon le scénario de base, de 67% du nombre de cas à l'horizon 2035, c'est dans le domaine de la psychogériatrie que la progression devrait être la plus rapide (T 4.15 et G 4.13). Partant de 16% en 2019, la part de cas de psychogériatrie devrait ainsi passer à 23% en 2035.

Dans le domaine de la pédopsychiatrie, la hausse prévue des cas à l'horizon 2035 devrait être plus modérée (+10% selon le scénario de base). Quant à la psychiatrie adulte, le nombre de cas ne devrait que faiblement augmenter (+2%). Alors que ce domaine représente 76% des cas en 2019, cette part devrait ainsi passer à 69% en 2035. Notons encore que l'effet du transfert vers l'ambulatoire pris en considération dans le scénario minimum limiterait fortement la croissance des hospitalisations en psychogériatrie (+46%), tandis qu'il entraînerait même une diminution des cas dans en pédopsychiatrie (-6%) et en psychiatrie adulte (-10%).

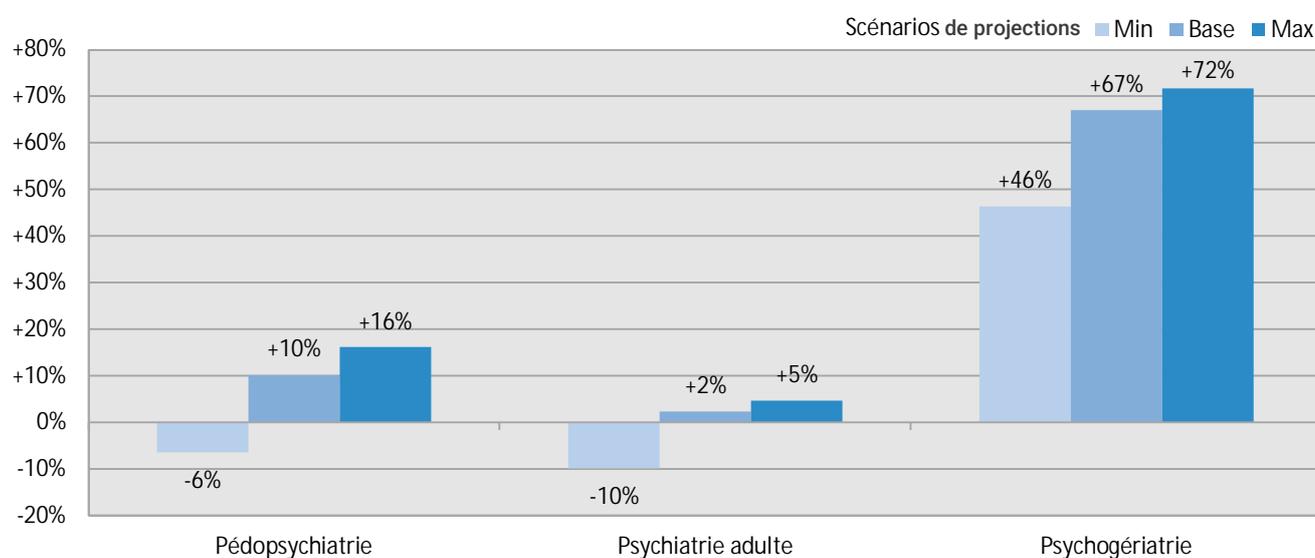
T 4.15 Hospitalisations projetées selon le scénario et par groupe de prestations, 2035

Groupes de prestations	Référence	Min			Base			Max		
	2019	2035	Δ (%)		2035	Δ (%)		2035	Δ (%)	
Pédopsychiatrie	217	203	-6%		239	+10%		252	+16%	
Psychiatrie adulte	1'997	1'799	-10%		2'044	+2%		2'090	+5%	
Psychogériatrie	412	603	+46%		688	+67%		707	+72%	
Total	2'626	2'604	-1%		2'971	+13%		3'048	+16%	

Sources: OFS – MS, KS, STATPOP, projections démographiques

© Obsan 2023

G 4.13 Évolution projetée des hospitalisations par groupe de prestations et scénario des projections, 2019-2035



Sources: OFS – MS, KS, STATPOP, projections démographiques

© Obsan 2023

### Projections des jours de soins 2035

En postulant une constance des durées de séjour par groupe de prestations, le nombre de jours de soins devrait augmenter un peu plus rapidement que le nombre de cas. Avec le scénario de base, le nombre total de jours de soins augmente ainsi de 16% à l’horizon 2035. Le scénario minimal et le scénario maximal établissent une fourchette allant de +2% à +19% (T 5.16).

Cette croissance plus rapide du nombre de jours de soins que du nombre de cas s’explique principalement par le fait que le domaine de la psychogériatrie, pour lequel la progression du nombre de cas la plus rapide est attendue, est également celui présentant la durée moyenne de séjour la plus longue (voir T 4.2). À noter que si 20% des jours de soins relèvent de ce domaine en 2019, cette part devrait passer à 30% en 2035.

T 4.16 Jours de soins projetés selon le scénario et par groupe de prestations, 2035

Groupes de prestations	Référence	Min			Base			Max		
	2019	2035	Δ (%)		2035	Δ (%)		2035	Δ (%)	
Pédopsychiatrie	4'142	3'868	-7%		4'553	+10%		4'808	+16%	
Psychiatrie adulte	51'152	46'070	-10%		52'349	+2%		53'534	+5%	
Psychogériatrie	14'257	20'858	+46%		23'819	+67%		24'451	+72%	
Total	69'551	70'796	+2%		80'721	+16%		82'792	+19%	

Sources: OFS – MS, KS, STATPOP, projections démographiques

© Obsan 2023

#### 4.2.2 Effets isolés des différents facteurs d'influence

Dans cette section, il s'agit d'examiner séparément les effets des différents facteurs d'influence. Alors que l'évolution démographique laisse en principe escompter une augmentation du nombre de cas futurs dans tous les scénarios, le transfert vers le secteur ambulatoire est considéré dans le scénario minimum et y exerce une influence à la baisse sur le nombre de cas.

##### *Effet de l'évolution démographique*

L'évolution démographique constitue le principal facteur, considéré dans l'établissement des projections pour les trois scénarios. Aussi le tableau T 4.17 représentant l'effet isolé de l'évolution démographique sur les hospitalisations projetées est-il très semblable au tableau T 4.15. Seul le scénario minimum est différent, puisque pour les scénarios de base et maximum, l'évolution démographique est le seul facteur d'influence considéré.

On observe que sur la seule base de l'évolution démographique, le scénario minimum se rapproche du scénario de base, réduisant la fourchette des évolutions attendues. Dans l'ensemble, la hausse du nombre de cas en lien avec l'évolution démographique devrait se situer entre +10% (+267 cas) et +16% (+422 cas). Au niveau des différents groupes de prestations et selon le scénario minimum, il n'y aurait aucune évolution pour la psychiatrie adulte, tandis que la pédopsychiatrie augmenterait de 4% et la psychogériatrie de 63% (G 4.14), contre respectivement -10%, -6% et +46% pour les projections tenant compte de tous les facteurs d'influence (G 4.13).

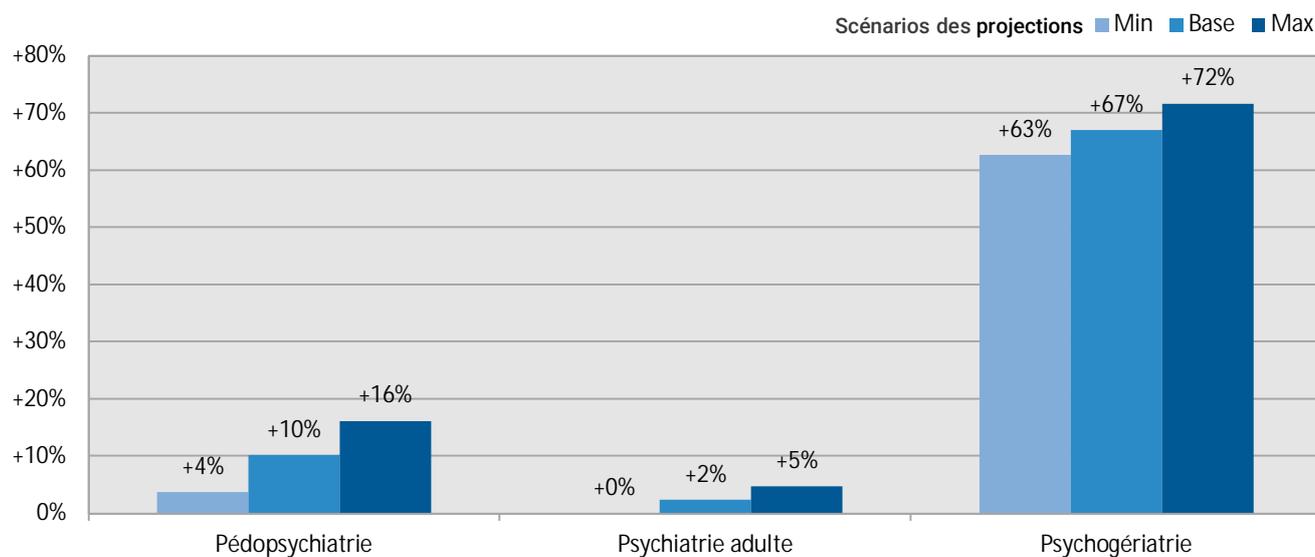
T 4.17 Effet de l'évolution démographique sur les hospitalisations projetées selon le scénario, par groupes de prestations, 2019-2035

Groupes de prestations	Référence	Min			Base			Max		
	2019	2035	Δ (%)		2035	Δ (%)		2035	Δ (%)	
Pédopsychiatrie	217	225	+4%		239	+10%		252	+16%	
Psychiatrie adulte	1 997	1 998	+0%		2 044	+2%		2 090	+5%	
Psychogériatrie	412	670	+63%		688	+67%		707	+72%	
Total	2 626	2 893	+10%		2 971	+13%		3 048	+16%	

Sources: OFS – MS, KS, STATPOP, projections démographiques

© Obsan 2023

G 4.14 Évolution projetée des hospitalisations par groupe de prestations et scénario, effet démographique, 2019-2035



Sources: OFS – MS, KS, STATPOP, projections démographiques

© Obsan 2023

### Effet du transfert vers l'ambulatoire

En complément aux scénarios démographiques, l'hypothèse d'un transfert vers l'ambulatoire de 10% des cas a été intégrée au scénario minimum. Cette hypothèse induit une baisse de 263 cas à l'horizon 2035. Au niveau du total, le taux de transfert appliqué s'avère être de la même ampleur que la croissance démographique attendue selon le scénario minimum. Ainsi, le nombre de cas projetés à l'horizon 2035 en considérant les deux facteurs d'influence devrait, selon le scénario minimum, rester relativement stable. La prise en charge déplacée du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire, dont le développement de la prise en charge est attendu, exerce donc un effet important sur l'évolution des cas à l'horizon 2035.

T 4.18 Effet du transfert vers l'ambulatoire sur les hospitalisations projetées selon le scénario et par groupe de prestation, 2019-2035

Groupes de prestations	Référence	Min			Base		Max	
	2019	2035	Δ (%)		2035	Δ (%)	2035	Δ (%)
Pédopsychiatrie	217	195	-10%		217	0%	217	0%
Psychiatrie adulte	1 997	1 797	-10%		1 997	0%	1 997	0%
Psychogériatrie	412	371	-10%		412	0%	412	0%
Total	2 626	2 363	-10%		2 626	0%	2 626	0%

Sources: OFS – MS, KS, STATPOP

© Obsan 2023

# 5 Réadaptation

## 5.1 Analyse des besoins en soins

Le présent chapitre traite de la réadaptation stationnaire. Il n'existe pas, à ce jour, une définition de la notion de réadaptation dans le droit fédéral qui serait déterminante pour la planification hospitalière et l'attribution des mandats de prestations. Selon l'OMS, la réadaptation se définit comme « un ensemble d'interventions conçues pour optimiser le fonctionnement et réduire le handicap des personnes souffrant de problèmes de santé lorsqu'elles interagissent avec leur environnement »<sup>27</sup>. La réadaptation peut prendre de nombreuses formes. La présente planification des besoins se limite toutefois à la réadaptation médicale, pour laquelle les conditions individuelles du besoin, de la capacité et du potentiel de réadaptation doivent être remplies. La réadaptation n'est pas centrée sur le traitement curatif de maladies et de blessures aiguës, mais sur le traitement des conséquences de ces dernières. Celles-ci se manifestent sous la forme d'atteintes à la santé ainsi que d'entraves aux activités et à la participation à la société. La réadaptation est ici définie essentiellement sur le centre de prise en charge des coûts et la typologie de l'hôpital et elle inclut les patients en gériatrie, excepté les patients en gériatrie aigue<sup>28</sup> (voir aussi 2.3 et 2.5.3).

Comme pour les soins aigus et la psychiatrie, l'art. 58b, al. 1 OAMal veut que les cantons déterminent leurs besoins en soins selon une démarche vérifiable, en se basant à la fois sur des données statistiquement justifiées et sur des comparaisons. Dans cette planification des besoins, il convient également de déterminer l'offre utilisée dans des établissements qui ne figurent pas sur leur liste hospitalière (art. 58b, al. 2 OAMal). Afin d'effectuer la planification des besoins en soins selon les directives, la section 5 propose, sur la période 2015 à 2019, une analyse du recours aux soins (5.1.1), de l'offre de soins (5.1.2) ainsi que des flux intercantonaux de patients (5.1.3).

Les analyses suivantes se basent essentiellement sur les données 2015-2019 de la statistique médicale des hôpitaux (MS) et de la statistique des hôpitaux (KS) de l'Office fédéral de la statistique (OFS) et s'appuient sur la liste d'hôpitaux en vigueur en 2019 dans le canton de Fribourg. La délimitation du domaine de la réadaptation se trouve à l'Encadré 4, à la page 21. L'analyse des évolutions temporelles est toutefois limitée par le fait qu'en 2017 et en 2018, certains cas de réadaptation gériatrique ont été codés comme relevant des soins aigus. De ce fait, le tableau dressé pour ces deux années offre une vision partielle de la situation.

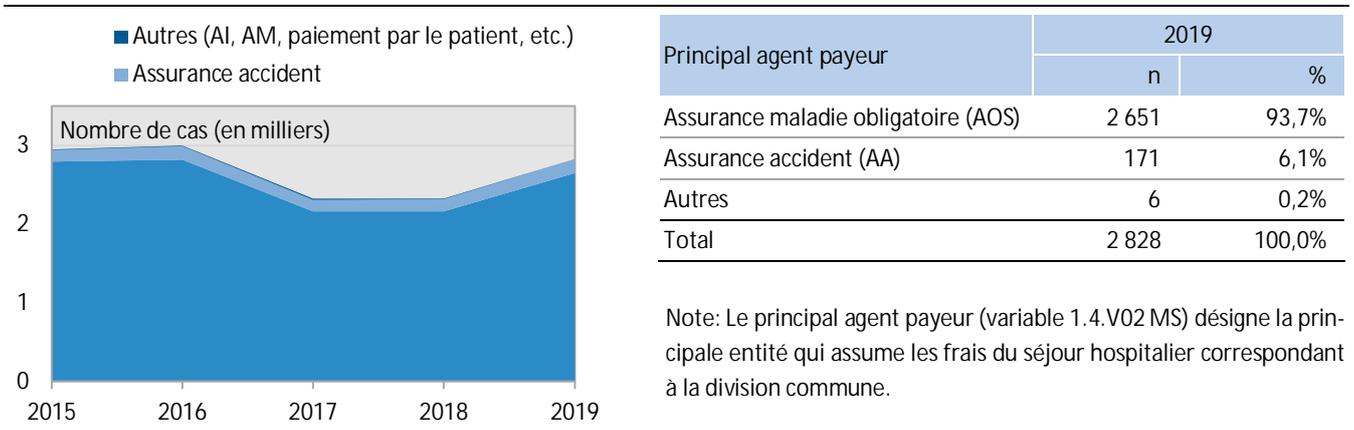
Les analyses de besoins en réadaptation sont basées sur huit groupes de prestations définis par leur diagnostic principal et/ou par un code de traitement (voir 2.5.3 et Encadré 7, à la page 26). Dès 2019, le code CHOP BA.8 permet d'identifier directement les cas de réadaptation gériatrique alors que pour les années précédentes, ceux-ci étaient considérés comme des cas résiduels non identifiables par un diagnostic comme les cas de réadaptation interne et oncologique, et distingués de ces derniers sur la base de l'âge. Ce changement méthodologique affecte également l'analyse des évolutions temporelles par groupe de prestations. La nouvelle définition de la réadaptation gériatrique impliquant l'utilisation du code CHOP BA8 a été retenue pour toute la Suisse. Il est toutefois possible que certains établissements d'autres cantons n'utilisent pas ce code de traitement pour la réadaptation gériatrique et que l'écart entre le taux fribourgeois et le taux suisse soit légèrement surestimé.

<sup>27</sup> <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

<sup>28</sup> Les patients dont la facture est établie selon le système Swissdrg sont considérés comme des patients en gériatrie aigue et relèvent des soins aigus.

A l’instar des autres domaines de soins, l’analyse pour la réadaptation se concentre sur les cas à charge de l’assurance obligatoire des soins (AOS, voir chapitre 2.2). En 2019, ceux-ci représentent 93,7% de l’ensemble des cas de patients domiciliés dans le canton de Fribourg (G 5.1). Les patients relevant de l’assurance accident représentent pour leur part 6,1% de l’ensemble des cas (autres agents payeurs: 0.2%).

G 5.1 Nombre de cas de patients domiciliés dans le canton de FR, par agent payeur, 2015-2019



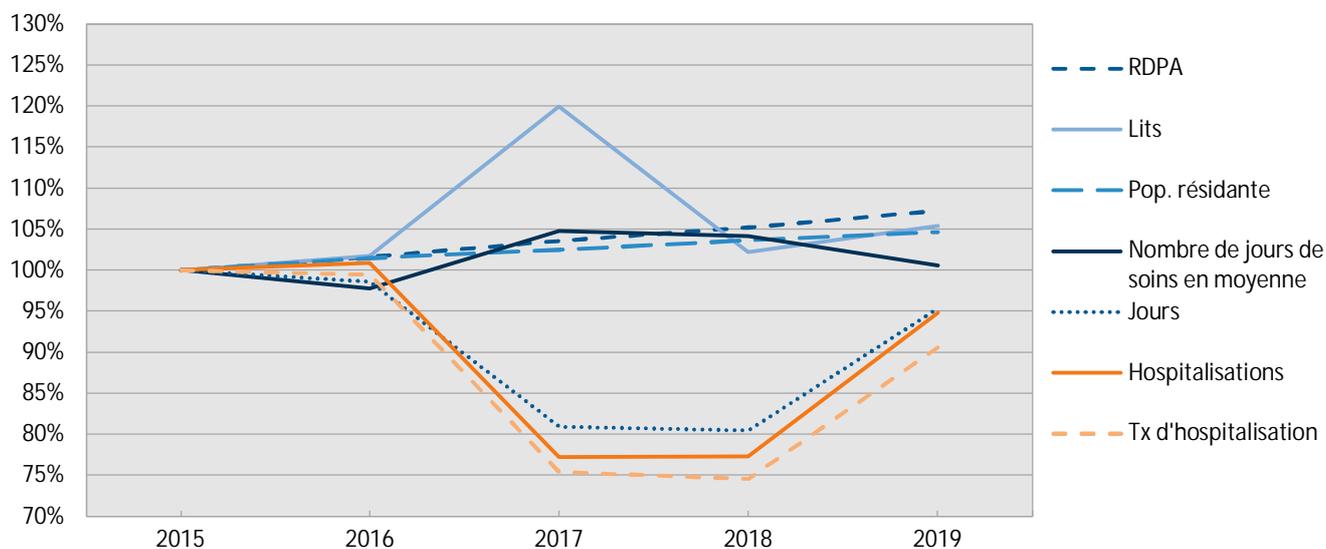
Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

### 5.1.1 Recours aux soins

Les indicateurs présentés sur G 5.2 offrent une vue globale de l’évolution du recours aux soins de réadaptation dans le canton de Fribourg. L’analyse de l’évolution temporelle est toutefois limitée en raison d’un certain nombre de cas classés en soins aigus pour les années 2017 et 2018. En effet, la diminution des cas en 2017 et 2018 reflète très probablement une pratique de codage différente, certains cas de réadaptation gériatrique (M900) ayant été facturés par drg et donc attribués aux soins aigus (selon Encadré 4, à la page 21), notamment sur le site de Riaz de l’HFR. Entre 2015 et 2019, le taux d’hospitalisation pour des soins de réadaptation a diminué (-9,4%), passant de 9,1 à 8,2 hospitalisations pour 1’000 habitants. De ce fait, le nombre d’hospitalisations a également diminué (-5,2%) et ce, malgré l’accroissement démographique (+4,7%) et celui du rapport de dépendance des personnes âgées (+1,8%). Dans la mesure où la durée moyenne de séjour est restée relativement stable, le nombre de jours d’hospitalisation a suivi une tendance similaire à celle du nombre d’hospitalisations (soit -4.6%). Le nombre de lits en réadaptation suit pour sa part une tendance à la hausse (+5,4%). Un pic est enregistré en 2017.

G 5.2 Indicateurs généraux concernant la situation en matière de réadaptation dans le canton de FR, 2015-2019



	2015	2016	2017	2018	2019	Δ (n)	Δ (%)	TCAM
Population résidente permanente	307 461	311 914	315 074	318 714	321 783	+14 322	+4,7%	+1,1%
Hospitalisations	2 796	2 821	2 160	2 161	2 651	-145	-5,2%	-1,3%
Hospitalisations pour 1'000 habitants	9,1	9,0	6,9	6,8	8,2	-0,9	-9,4%	-2,4%
Nombre de jours de soins en moyenne	21,0	20,5	22,0	21,8	21,1	+0,1	+0,6%	+0,1%
Jours d'hospitalisation	58 643	57 840	47 483	47 190	55 917	-2 726	-4,6%	-1,2%
Lits	186	189	223	190	196	+10	+5,4%	+1,3%
Rapport de dépendance des personnes âgées (RDPA)	24,1%	24,5%	25,0%	25,4%	25,9%	+1,8%	+7,2%	+1,8%

Note: Le nombre de lits est donné par le nombre de journées-lits d'exploitation dans le domaine de la réadaptation selon la KS divisé par 365. La population résidente permanente est recensée dans la STATPOP au 31 décembre de l'année concernée.

Sources: OFS – STATPOP, MS, KS

© Obsan 2023

*Nombre de cas*

Le tableau T 5.1 présente le recours aux soins par groupe de prestations en réadaptation pour la population résidant dans le canton de Fribourg. En 2019, la réadaptation musculo-squelettique représente le groupe le plus important (31,1%), suivi de la réadaptation gériatrique (21,0%). Les groupes de réadaptation cardiovasculaire, neurologique et interne et oncologique concernent chacune un peu plus de 10% des cas.

Sur la période 2015-2019, la comparaison temporelle est limitée à la fois par les cas de gériatrie attribués aux soins aigus en 2017 et en 2018 et par les changements de définition de la réadaptation gériatrique en 2019. En effet, en 2019, davantage de cas peuvent être identifiés dans le groupe de réadaptation gériatrique, cela se faisant au détriment des autres groupes de prestations. Il est toutefois vraisemblable que les groupes de réadaptation musculo-squelettique (ici -159 cas entre 2015 et 2019, soit -16,1%) et de réadaptation cardiovasculaire (-147 cas, -29,1%) soient effectivement en recul, avec des prises en charge ambulatoires plus fréquentes. Parallèlement, la tendance à la hausse des cas de réadaptation gériatrique semble également probable (ici +208 cas, +59,6%), en lien cette fois, outre le changement de définition, avec le vieillissement de la population et la volonté de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées. En effet, le recours à la réadaptation gériatrique permet d'améliorer les chances de récupération des compétences fonctionnelles requises pour un retour à domicile.

T 5.1 Nombre de cas de patients domiciliés dans le canton de FR, par groupe de prestations, 2015-2019

Groupes de prestations	2015	2016	2017	2018	2019	Trend	Δ (n)	Δ (%)	Part en %, 2019
Réadaptation musculo-squelettique	984	1 025	892	860	825		-159	-16,2%	31,1%
Réadaptation cardiovasculaire	505	515	401	402	358		-147	-29,1%	13,5%
Réadaptation pulmonaire	205	198	155	181	171		-34	-16,6%	6,5%
Réadaptation psychosomatique	56	64	59	64	64		+8	+14,3%	2,4%
Réadaptation neurologique	326	323	269	285	319		-7	-2,1%	12,0%
Réadaptation paraplégique	39	46	29	31	50		+11	+28,2%	1,9%
Réadaptation interne et oncologique	332	327	202	190	307		-25	-7,5%	11,6%
Réadaptation gériatrique	349	323	153	148	557		+208	+59,6%	21,0%
Total	2796	2821	2160	2161	2651		-145	-5,2%	100%

Note: L'analyse des évolutions temporelle est limitée par le fait qu'en 2017 et en 2018, des cas de réadaptation gériatrique ont été codés comme relevant des soins aigus et sont donc manquants dans ce tableau. De plus, une rupture de série intervient entre 2018 et 2019, la définition des groupes ayant changé en 2019.

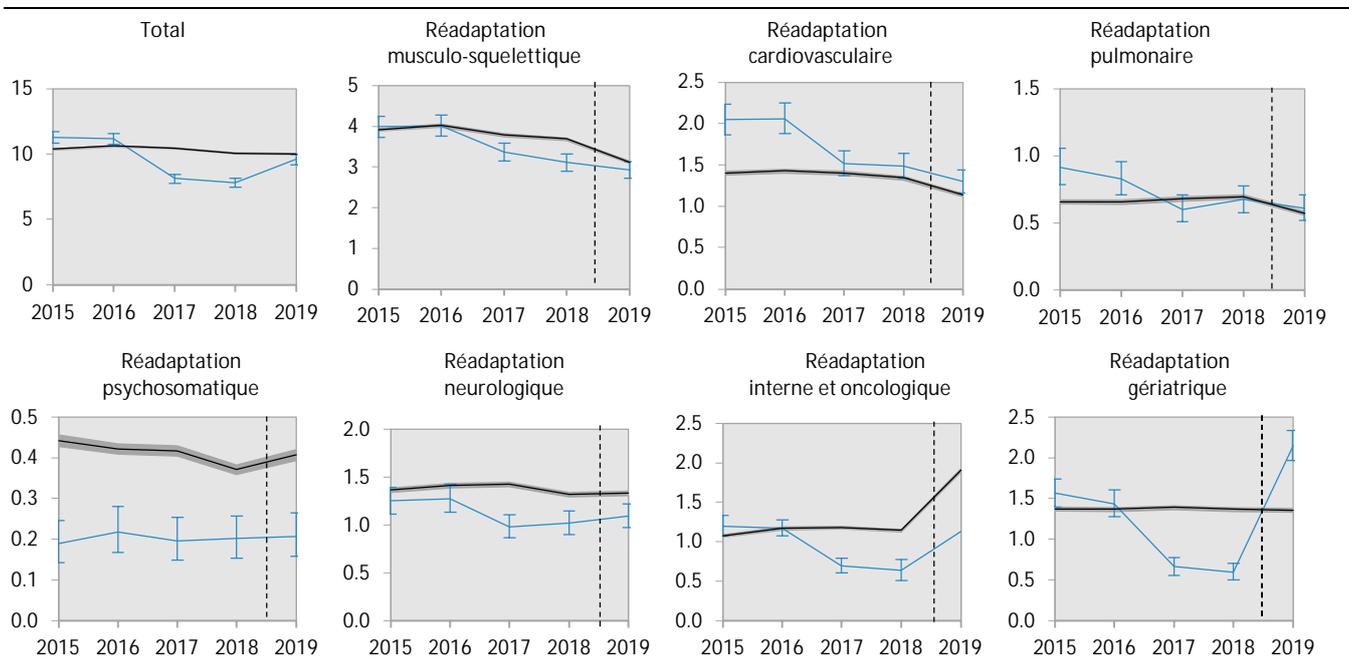
Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

Taux d'hospitalisation

Le canton de Fribourg part en 2015 d'un taux d'hospitalisation standardisé pour des soins de réadaptation légèrement supérieur à la moyenne suisse (11,3 cas pour 1'000 habitants contre 10,4) pour arriver en 2019 à un taux légèrement inférieur (9,6 contre 10,0).

G 5.3 Taux d'hospitalisation standardisés pour 1'000 habitants par domicile du patient et par groupe de prestations, 2015-2019



Note: Les graphiques représentent les taux d'hospitalisation pour 1000 habitants standardisés par âge et par sexe. En raison du faible nombre de cas et de l'incertitude qui en découle, le groupe de prestations réadaptation paraplégique n'est pas représenté. L'analyse des évolutions temporelle est limitée par le fait qu'en 2017 et en 2018, des cas de réadaptation gériatrique ont été codés comme relevant des soins aigus et sont donc manquants dans ce tableau. De plus, la définition des groupes a changé en 2019.

Sources: OFS – MS, KS, STATPOP

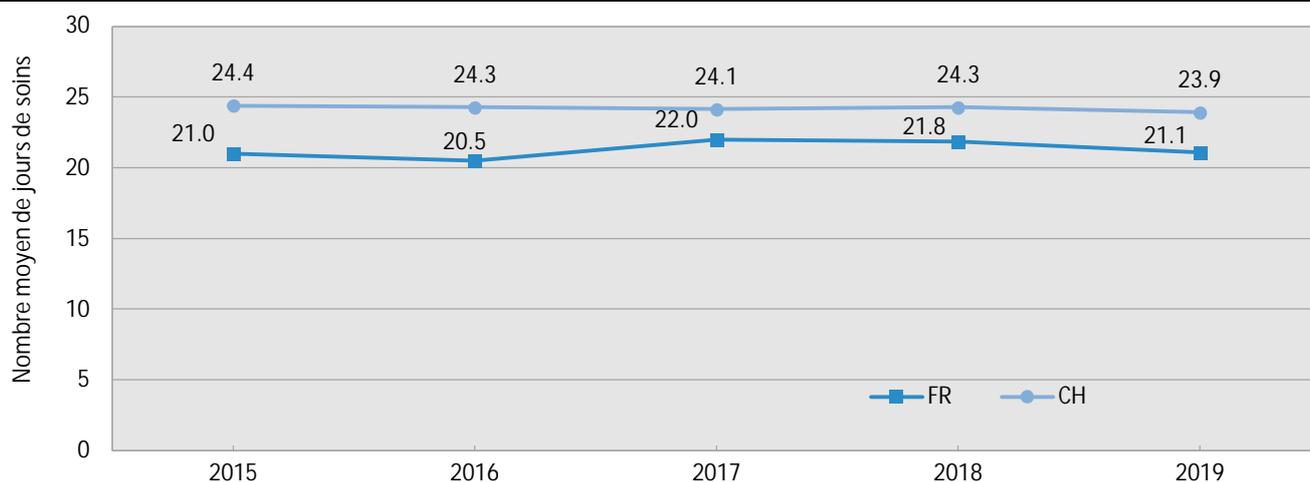
© Obsan 2023

Le canton de Fribourg se distingue avec des taux de recours inférieurs à la moyenne suisse en particulier dans les groupes de réadaptation psychosomatique (0,21 contre 0,41 en 2019) ainsi que de réadaptation neurologique (1,09 contre 1,33). Des écarts s’observent également pour la réadaptation gériatrique, reflétant des différences de pratiques dans les cantons suisses, mais probablement aussi des différences de codage de la réadaptation gériatrique en 2019 (voir 5.1, à la page 109).

### Jours de soins

Le graphique G 5.4 montre le nombre de jours en moyenne des cas hospitaliers en réadaptation pour les habitants du canton de Fribourg et de la Suisse entre 2015 et 2019. Avec en 2019 une moyenne de 21,1 jours par cas de réadaptation, le canton de Fribourg présente une durée inférieure à celle observée en moyenne suisse (23,9 jours). En moyenne suisse, une tendance à la diminution de la durée peut être repérée depuis 2015 alors que dans le canton de Fribourg, celle-ci se maintient à un niveau plus bas, autour de 21 jours. On rappelle ici que les durées moyennes des années 2017 et 2018 pour le canton de Fribourg peuvent être influencées par l’attribution d’une partie des cas de réadaptation gériatrique aux soins aigus.

G 5.4 Nombre moyen de jours de soins, patients domiciliés dans le canton de FR et en CH, 2015-2019



Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

Pour la plupart des groupes de prestations, le nombre de jours en moyenne pour le canton de Fribourg en 2019 se situe entre 18,2 et 24,7 jours (T 5.2). C’est dans le groupe de réadaptation gériatrique que ce nombre est le plus bas (16,5 jours) et dans les groupes de réadaptation neurologique (31,6 jours) et de réadaptation paraplégique (44,8 jours) qu’il est le plus haut.

En raison de ces durées moyennes de séjour différentes selon les groupes, on relève notamment que si la part de cas de réadaptation neurologique est de 12,0% en 2019, la part de jours de soins concernant ce groupe de prestations s’élève à 18,0%. A l’inverse, seuls 16,4% des jours de soins concernent la réadaptation gériatrique, contre 21,0% des cas.

T 5.2 Jours de soins dans le canton de FR, par groupe de prestations, 2019

Groupes de prestations	Jours de soins	Part en %	Jours Ø
Réadaptation musculo-squelettique	16'182	28.9%	19.6
Réadaptation cardiovasculaire	6'525	11.7%	18.2
Réadaptation pulmonaire	3'308	5.9%	19.3
Réadaptation psychosomatique	1'578	2.8%	24.7
Réadaptation neurologique	10'093	18.0%	31.6
Réadaptation paraplégique	2'240	4.0%	44.8
Réadaptation interne et oncologique	6'824	12.2%	22.2
Réadaptation gériatrique	9'167	16.4%	16.5
Total	55'917	100%	21.1

Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

5.1.2 Offre de soins

*Nombre de cas et structure des patients*

La liste hospitalière du canton de Fribourg pour le domaine de la réadaptation compte un total de 12 fournisseurs de prestations (sites hospitaliers) (T 5.3). La moitié des sites répertoriés se situent dans le canton. Les six fournisseurs répertoriés hors canton se trouvent dans les cantons du Valais (deux sites), de Vaud (un site), de Bâle-Ville (un site), de Lucerne (un site) et de Berne (un site).

Avec des parts de patients fribourgeois supérieures à 95%, les établissements fribourgeois prennent essentiellement en charge des patients du canton, ce dont témoigne d'ailleurs l'indice de part de marché s'établissant à 97,7% en 2019 (voir T 5.3 ci-après). Le site d'Estavayer-le-Lac de l'HIB fait ici logiquement exception avec 42,5% de patients fribourgeois. A l'inverse, les patients fribourgeois ne représentent qu'une moindre part de la patientèle des hôpitaux répertoriés situés hors canton, tout au plus un peu plus de 7% au sein de la Clinique Bernoise Montana (7,7%) et de la Klinik Bethesda à Tschugg (7,3%).

C'est au sein du site de Tavers (HFR) et de la Klinik Bethesda à Tschugg que les parts de patients enregistrés en classe de traitement privé ou semi-privé sont les plus élevées (environ un quart des patients). Dans les autres hôpitaux répertoriés, cette part se situe entre 0% et 18%.

Par nature, les séjours hospitaliers dans un service de réadaptation sont en principe planifiés. Le Centre suisse des paraplégiques et le site d'Estavayer-le-Lac de l'HIB recensent toutefois des admissions en urgence (respectivement 15% et 7% des séjours).

On relève encore qu'en comparaison avec les hôpitaux répertoriés situés hors du canton, le nombre de jours de soins enregistrés par hôpital au sein du canton est globalement plus faible. Ces derniers ont traité au maximum environ 15'000 jours de soins en 2019 alors que les établissements répertoriés situés hors canton ont pris en charge un nombre de jours de soins jusqu'à plus de deux fois supérieur.

Finalement, on observe que la moyenne d'âge des cas traités au sein des hôpitaux répertoriés situés dans le canton se situe entre 69,8 ans et 83,1 ans. En comparaison la moyenne d'âge des cas traités au sein des hôpitaux répertoriés situés hors du canton est plus basse, allant de 52,2 ans à 68,9 ans.

T 5.3 Nombre de cas et chiffres-clés des hôpitaux répertoriés selon la liste hospitalière du canton de FR, 2019

CT	Hôpital	Cas	%FR	%FR fran- cophone	%FR germa- no- phone	%SP/P	% Urgence	Jours de soins (vo- lume)	Ø Âge (an- nées)
Hôpitaux répertoriés situés dans le canton									
FR	Hôpital fribourgeois (HFR) - Billens	800	96,4%	92,3%	4,1%	14%	0,0%	14 801	69,8
	Hôpital fribourgeois (HFR) - Fribourg	4	100,0%	100,0%	0,0%	0%	0,0%	28	74,0
	Hôpital fribourgeois (HFR) - Meyriez-Murten	321	96,9%	74,1%	22,7%	17%	0,0%	8 912	70,9
	Hôpital fribourgeois (HFR) - Riaz	370	98,9%	98,9%	0,0%	11%	0,0%	5 717	83,1
	Hôpital fribourgeois (HFR) - Tafers	97	100,0%	38,1%	61,9%	27%	0,0%	1 726	79,8
	Hôpital intercantonal de la Broye (HIB) - Estavayer-le-Lac	769	42,5%	42,4%	0,1%	2%	7,2%	15 434	78,8
Hôpitaux répertoriés situés hors canton									
BE	Klinik Bethesda, Tschugg	764	7,3%	3,3%	4,1%	24%	0,1%	28 679	68,9
BS	REHAB Basel	396	1,0%	0,8%	0,3%	16%	0,0%	25 070	56,1
LU	Centre suisse des paraplégiques	749	3,5%	2,5%	0,9%	18%	14,8%	32 347	55,3
VD	Institution de Lavigny	323	0,0%	0,0%	0,0%	0%	0,0%	12 729	65,0
VS	Clinique Bernoise Montana	1 293	7,7%	5,8%	1,9%	18%	0,0%	33 356	63,7
	Clinique romande de réadaptation (CRR)	380	4,5%	4,5%	0,0%	8%	0,0%	16 383	52,2

Note: Cas = nombre de cas traités dans l'hôpital quel que soit le domicile du patient; SP/P = Part des cas en classe de traitement semi-privé ou privé de tous les cas de l'hôpital; %urgence = part d'admissions en urgence selon la variable mode d'admission de la MS de tous les cas de l'hôpital; Jours de soins (maximum 365) des cas A et C (aucun cas C de patients fribourgeois ni dans les hôpitaux fribourgeois). Sources: OFS – MS, KS, Liste LAMal fribourgeoise selon ordonnance du 31.03.2015, entrée en vigueur le 01.01.2017 (état: décembre 2021) © Obsan 2023

Dans l'ensemble, le nombre de séjours hospitaliers effectués au sein des hôpitaux du canton de Fribourg répertoriés selon la liste hospitalière fribourgeoise en vigueur en 2019 a diminué de 8% entre 2015 et 2019 (-194 séjours, T 5.4). La composition de l'offre au sein du canton de Fribourg s'est un peu modifiée au cours de cette période avec le regroupement autour des sites du HFR de Billens, Meyrier-Murten, Riaz et Tafers de la réadaptation stationnaire. En corollaire, le site de Fribourg de l'HFR a cessé son activité de réadaptation stationnaire, mais propose par contre une offre de réadaptation ambulatoire.

T 5.4 Nombre de cas des hôpitaux répertoriés situés dans le canton de FR selon la liste hospitalière du canton de FR, 2015-2019

CT	Hôpital	2015	2016	2017	2018	2019	Trend	Δ (n)	Δ (%)
FR	Hôpital fribourgeois (HFR) - Billens	858	863	804	796	800		-58	-7%
	Hôpital fribourgeois (HFR) - Fribourg	253	221	7		4		-249	-98%
	Hôpital fribourgeois (HFR) - Meyriez-Murten		330	298	314	321		---	---
	Hôpital fribourgeois (HFR) - Riaz	375	366			370		-5	-1%
	Hôpital fribourgeois (HFR) - Tafers	351	82	16	74	97		-254	-72%
	Hôpital intercantonal de la Broye (HIB) - Estavayer-le-Lac	718	676	678	660	769		+51	+7%
Total		2 555	2 538	1 803	1 844	2 361		-194	-8%

Note: Cas = nombre de cas traités dans l'hôpital quel que soit le domicile du patient. Sources: OFS – MS, KS ; liste LAMal fribourgeoise selon ordonnance du 31.03.2015, entrée en vigueur le 01.01.2017 (état: décembre 2021) © Obsan 2023

### Parts de marché des hôpitaux

Les tableaux T 5.5 et T 5.6 montrent, pour chaque groupe de prestations, la répartition des parts de marché entre prestataires pour tous les patients en réadaptation résidant dans le canton de Fribourg. Dans un premier temps, les hôpitaux sont regroupés en fonction de leur statut (A, B ou D), défini d'une part, par le fait d'être répertorié ou non sur la liste hospitalière du canton de Fribourg et d'autre part, par le fait d'être situé ou non dans le canton de Fribourg. Les sites hospitaliers répertoriés par le canton de Fribourg et situés dans le canton reçoivent le statut A, tandis que ceux qui sont répertoriés mais situés hors canton obtiennent le statut B. Le statut C concerne les prestataires non répertoriés mais situés dans le canton, mais il n'y en a pas pour le canton de Fribourg. Enfin, les sites hospitaliers qui ne sont pas répertoriés par le canton de Fribourg et situés hors du canton reçoivent le statut D.

En 2019, la part de marché détenue par les hôpitaux de statut A est de 71% en moyenne. Elle atteint 94% pour la réadaptation gériatrique et elle est d'au moins 60% pour cinq autres groupes de prestations. Pour la réadaptation paraplégique, les hôpitaux de statut B détiennent 62% de la part de marché et pour la réadaptation psychosomatique, les hôpitaux de statut D en détiennent 56%. À noter que dans la planification hospitalière 2015, la réadaptation psychosomatique ne faisait pas l'objet d'un groupe de prestations distinct, donc les cas étaient attribués à d'autres groupes.

T 5.5 Parts de marché pour les patients résidant dans le canton de FR par groupe de prestations et statut de l'hôpital, 2019

Groupes de prestations	Parts de marché (%)		
	Statut A	Statut B	Statut D
Réadaptation musculo-squelettique	60%	4%	36%
Réadaptation cardiovasculaire	79%	0%	21%
Réadaptation pulmonaire	81%		19%
Réadaptation psychosomatique	9%	34%	56%
Réadaptation neurologique	61%	27%	12%
Réadaptation paraplégique	30%	62%	8%
Réadaptation interne et oncologique	71%	10%	19%
Réadaptation gériatrique	94%		6%
Total	71%	8%	22%

Note: Statut selon la liste hospitalière: A = hôpitaux répertoriés situés dans la région d'analyse; B = hôpitaux répertoriés situés hors de la région d'analyse; D = hôpitaux non répertoriés situés hors de la région d'analyse. Part de marché: part des cas par rapport au total des hospitalisations des patients provenant du canton analysé. Il est renoncé à la comparaison des parts de marché dans le temps étant donné le changement de définition des groupes de prestations.

Sources: OFS – MS, KS; liste LAMal fribourgeoise selon ordonnance du 31.03.2015, entrée en vigueur le 01.01.2017 (état: décembre 2021)  
© Obsan 2023

L'analyse du détail des parts de marché par site met en évidence les différents pôles de compétence. Par exemple, le site de Riaz de l'HFR détient 65% de part de marché pour la réadaptation gériatrique.

Bien que les parts de marché soient plus dispersées, en lien avec le large éventail de prestations proposées sur les différents sites, on constate également le rôle clé des sites de Meyriez-Murten de l'HFR (40% de part de marché pour la réadaptation neurologique) et d'Estavayer-le-Lac (36% de part de marché pour la réadaptation interne et oncologique). Notons encore que l'HFR a stoppé les prestations stationnaires sur le site de Billens et a décidé de quitter ce site à fin 2022.

On observe encore que le site de Tafers de l'HFR, avec 11% de part de marché, est déterminant pour couvrir les besoins de la population fribourgeoise en réadaptation gériatrique tandis que le site de Fribourg de l'HFR ne joue plus de rôle essentiel en réadaptation stationnaire. Enfin, les établissements répertoriés hors canton sont

déterminants essentiellement dans les groupes de prestations de réadaptation psychosomatique (Berner Klinik Montana, 34% de part de marché), neurologique (Klinik Bethesda Tschugg, 16% et Berner Klinik Montana, 9%) et paraplégique (Schweizer Paraplegiker-Zentrum, 28%).

T 5.6 Parts de marché par groupe de prestations et hôpital, 2019

Groupes de prestations	Hôpitaux répertoriés situés dans la région d'analyse						Hôpitaux répertoriés situés hors de la région d'analyse					Autres	Cas FR
	Hôpital fribourgeois (HFR) – Billens	Hôpital fribourgeois (HFR) – Fribourg	Hôpital fribourgeois (HFR) - Meyriez-Murtten	Hôpital fribourgeois (HFR) - Riaz	Hôpital fribourgeois (HFR) - Tafers	Hôpital intercantonal de la Broye (HIB) - Estavayer-le-Lac	Berner Klinik Montana	Clinique romande de réadaptation (CRR)	Klinik Bethesda Tschugg	REHAB Basel	Schweizer Paraplegiker-Zentrum	Autres hôpitaux	Total
Réadaptation musculo-squelettique	35%		8%		4%	13%	3%	1%	0%		0%	36%	825
Réadaptation cardiovasculaire	69%	1%	1%		1%	8%	0%					21%	358
Réadaptation pulmonaire	64%	1%				16%						19%	171
Réadaptation psychosomatique			3%			6%	34%					56%	64
Réadaptation neurologique	13%		40%		1%	7%	9%	0%	16%	0%	1%	12%	319
Réadaptation paraplégique	14%		12%			4%	14%	14%		6%	28%	8%	50
Réadaptation interne et oncologique	25%		8%	1%	1%	36%	6%	1%	1%		3%	19%	307
Réadaptation gériatrique		0%	14%	65%	11%	4%						6%	557
Total	29%	0%	12%	14%	4%	12%	4%	1%	2%	0%	1%	22%	2 651

Note: La part de marché représente la part des cas traités par un hôpital et se rapporte à l'ensemble des hospitalisations des patients domiciliés dans le canton de FR pour le groupe considéré.

Sources: OFS – MS, KS; liste LAMal fribourgeoise selon ordonnance du 31.03.2015, entrée en vigueur le 01.01.2017 (état: décembre 2021)  
© Obsan 2023

Taux de couverture de la liste hospitalière

Alors que l'analyse des parts de marché permet de déterminer la part relative des patientes et des patients du canton de Fribourg dans chaque établissement, le taux de couverture indique la proportion de patientes et patients domiciliés dans le canton qui sont traités dans un hôpital qui bénéficie d'un mandat de prestations délivré par le canton.

Selon les recommandations de la CDS pour le domaine des soins aigus mais en principe transposable aux autres types de soins, une planification hospitalière n'est conforme aux besoins que si au moins un mandat de prestations est attribué à chaque groupe de prestations. En outre, une couverture à 100% des besoins n'étant pas réaliste, les mandats de prestations de la liste hospitalière devraient atteindre 80% des traitements stationnaires de la population du canton dans chaque groupe de prestations. Le taux de couverture de la liste hospitalière du canton de Fribourg pour le domaine de la réadaptation peut être examiné sous l'angle de ces recommandations à titre indicatif. Par ailleurs, la réadaptation psychosomatique n'étant pas considérée comme un groupe distinct dans la planification hospitalière 2015, des mandats n'ont pas été attribués et donc le taux de couverture est nul. En réalité, une partie de ces cas faisaient partie d'autres groupes et étaient donc possiblement couverts par la liste hospitalière du canton.

Dans l'ensemble, le taux de couverture de la liste hospitalière s'élève à 74% en 2019, en excluant les groupes de réadaptation psychosomatique et de réadaptation paraplégique (T 5.7). En effet, la réadaptation n'était pas un

groupe des prestations spécifique lors de l'établissement de la dernière liste hospitalière. Quant à la réadaptation paraplégique, le nombre de cas est faible et il résulte de la définition imparfaite du groupe qu'un petit nombre de cas relèvent plutôt de la réadaptation neurologique ou musculo-squelettique, rendant le calcul du taux de couverture peu pertinent. Toutefois, des mandats avaient été attribués à la plupart des quelques hôpitaux suisses offrant ce type de réadaptation, suggérant que le taux de couverture devrait être très élevé. Sur l'ensemble des groupes de prestations restants, le taux de couverture n'est d'au moins 80% que pour la réadaptation neurologique (80%) et la réadaptation gériatrique (94%). Pour les cinq autres groupes de prestations, le taux de couverture se situe entre 61% et 74%. Les résultats peuvent être considérés avec les mêmes nuances que ceux des soins aigus, à savoir que la définition des groupes pour la prochaine planification ne correspond pas exactement à la liste hospitalière en vigueur en 2019, que le canton de Fribourg a la particularité d'être bilingue et que sa démographie le place de justesse dans la catégorie supérieure des taux de couverture recommandés par la CDS.

T 5.7 Taux de couverture de la liste hospitalière du canton de FR, par groupe de prestations, 2019

Groupes de prestations	Cas FR	Taux de couverture
Réadaptation musculo-squelettique	825	61%
Réadaptation cardiovasculaire	358	72%
Réadaptation pulmonaire	171	65%
Réadaptation neurologique	319	80%
Réadaptation interne et oncologique	307	71%
Réadaptation gériatrique	557	94%
Sous-total	2 537	74%

Note: Le taux de couverture représente la part des hospitalisations de patients domiciliés dans le canton de FR traités dans un hôpital disposant d'un mandat de prestations du canton pour le groupe concerné. Les groupes de prestations dont le taux de couverture est inférieur à 80% sont mis en évidence. Le taux de couverture ne peut être calculé pour le groupe « réadaptation psychosomatique » qui n'était pas distinct dans la planification hospitalière 2015 mais a été introduit pour la planification hospitalière 2024. Pour la réadaptation paraplégique, nous renonçons également à calculer un taux de couverture car le groupe tel qu'il est défini semble comporter un petit nombre de cas qui relèvent plutôt de la réadaptation neurologique ou musculo-squelettique. Le sous-total exclut les cas de ces deux groupes.

Source: OFS – MS, KS ; liste LAMal fribourgeoise selon ordonnance du 31.03.2015, entrée en vigueur le 01.01.2017 (état: décembre 2021)  
© Obsan 2023

### Nombre de lits

Finalement, l'analyse de l'offre de soins est complétée par l'évolution du nombre de lits de réadaptation au sein des hôpitaux du canton de Fribourg. Entre 2015 et 2019, on observe au total une augmentation du nombre de lits de 5%, soit 10 lits. Cette augmentation concerne uniquement l'HFR (+7%), le nombre de lits de l'hôpital Inter-cantonal de la Broye étant resté constant à 47 lits sur toute la période.

T 5.8 Nombre de lits par hôpital dans le canton de FR, 2015-2019

Hôpital	2015	2016	2017	2018	2019	Trend	Δ (n)	Δ (%)
HFR - Hôpital fribourgeois	139	142	176	143	149		+10	+7%
Hôpital Inter-cantonal de la Broye (HIB)	19	19	19	19	19		0	0%
Total	158	161	195	162	168		+10	+6%

Note: l'établissement se réfère au n° REE saisi selon la KS. Le nombre de lits correspond au nombre de journées-lits d'exploitation (=jours durant lesquels un lit est à disposition) dans le secteur de la réadaptation selon la KS, divisé par 365. Concernant le HIB, c'est le site d'Estavayer-le-Lac qui accueille un centre de traitement et de réadaptation (CTR) à 47 lits, mais selon la clé de répartition, seuls 40% des lits sont considérés ici.

Source: OFS – KS

© Obsan 2023

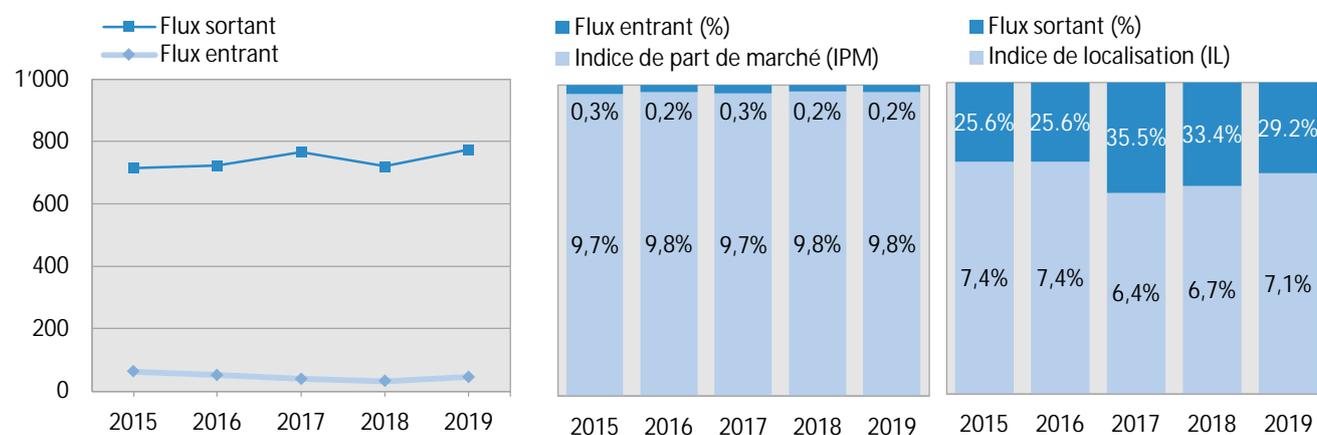
### 5.1.3 Flux de patients

Afin de saisir les besoins de coordination entre les cantons, il importe également de connaître les flux de patients dans le domaine de la réadaptation (se référer à T 3.11 pour la définition des indicateurs). De manière générale, les établissements fribourgeois traitent quasi exclusivement des patients du canton (indice de part de marché de 97,7% en 2019, G 5.5). Par contre, la part de patients fribourgeois se faisant hospitaliser dans un établissement du canton (indice de localisation) s'élève à 70,8%. Celui-ci semble être en baisse depuis 2015 (74,4%), sachant que l'indice de localisation des années 2017 et 2018 est certainement influencé à la baisse par l'attribution d'un certain nombre de cas de réadaptation gériatrique au domaine des soins aigus. En effet, les séjours de réadaptation gériatrique sont rarement effectués hors canton (voir plus loin T 5.12).

La part de flux sortant s'avère nettement plus élevée que celle de flux entrant (29,2% contre 2,3% en 2019). Avec 45 entrées contre 775 sorties, le flux net était donc de -730 en 2019, pour un rapport entre les sorties et les entrées (IE) de 17,2.

G 5.5 Indicateurs de flux de patients, canton de FR, 2015-2019

	Indicateur	2015	2016	2017	2018	2019
Import	Flux entrant (n)	63	51	39	32	45
	Flux entrant (%)	2,9%	2,4%	2,7%	2,2%	2,3%
Export	Flux sortant (n)	716	723	767	721	775
	Flux sortant (%)	25,6%	25,6%	35,5%	33,4%	29,2%
Rapport import/export	Indice de localisation (IL)	74,4%	74,4%	64,5%	66,6%	70,8%
	Indice de part de marché (IPM)	97,1%	97,6%	97,3%	97,8%	97,7%
	Flux net	-653	-672	-728	-689	-730
	Indice d'exportation (IE)	11,37	14,18	19,67	22,53	17,22



Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

#### Flux entrants

Seuls quelques dizaines de cas composent le flux entrant (45 en 2019, T 5.9). En 2015, la majorité des patients extracantonaux relevaient de la réadaptation cardiovasculaire (40 cas) mais le flux entrant pour ce groupe de prestations a depuis nettement diminué : en 2019, 14 cas de patients extracantonaux sont recensés, ce qui correspond à 4,7% des séjours en réadaptation cardiovasculaire réalisés dans le canton de Fribourg. Pour tous les autres groupes de réadaptation, la part de flux entrant est inférieure, s'établissant à maximum 4,0% (réadaptation neurologique).

T 5.9 Flux entrant dans le canton de FR par groupe de prestations, 2015-2019

Groupes de prestations	2015	2016	2017	2018	2019	Trend	Δ (%)	% Inflow 2019
Réadaptation musculo-squelettique	9	4	10	4	6		-33%	1.2%
Réadaptation cardiovasculaire	40	32	22	17	14		-65%	4.7%
Réadaptation pulmonaire	3	2	2	2	3		0%	2.1%
Réadaptation psychosomatique	.	.	.	.	.		---	*
Réadaptation neurologique	2	4	3	7	8		300%	4.0%
Réadaptation paraplégique	.	.	.	.	.		---	0.0%
Réadaptation interne et oncologique	4	5	.	1	6		50%	2.7%
Réadaptation gériatrique	5	4	2	1	8		60%	1.5%
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>51</b>	<b>39</b>	<b>32</b>	<b>45</b>		<b>-29%</b>	<b>2.3%</b>

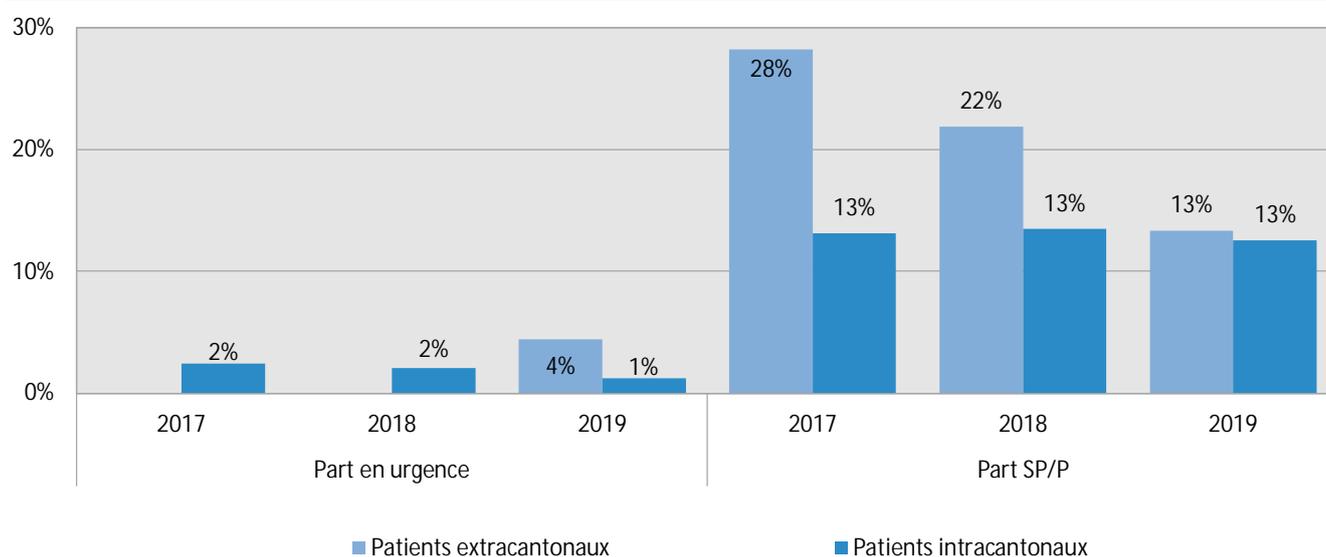
Note: Le flux entrant décrit le nombre, respectivement la part d'hospitalisations de patients extracantonaux dans les sites hospitaliers du canton de Fribourg. Pour les groupes de prestations avec moins de 10 hospitalisations dans les hôpitaux du canton de Fribourg, le flux entrant en pourcent n'est pas indiqué (\*).

Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

En 2019, les patients extracantonaux et intracantonaux ne se distinguent ni par la part d'hospitalisations en urgence, ni par la part de cas enregistrés en traitement privé ou semi-privé (G 5.6). La part d'admissions en urgence est de toute façon très basse dans le domaine de la réadaptation (respectivement 4% et 1%). Quant à la part de patients enregistrés en traitement privé ou semi-privé, celle-ci est de 13%, quelle que soit la provenance des patients. Étant donné le petit nombre de patients extracantonaux, la fluctuation de ces résultats dans le temps est difficilement interprétable.

G 5.6 Structure des patients hospitalisés dans le canton de FR selon la provenance du patient, 2017-2019



Note : urgence = mode d'admission « urgence » ; SP/P = classe de traitement semi-privée ou privée

Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

Les résidents du canton de Vaud composent l'essentiel du flux entrant (71% en 2019, T 5.10)<sup>29</sup>. C'est donc également pour eux qu'une tendance à la diminution du flux entrant se dessine sur la période 2015-2019. En 2019, les patients résidant à l'étranger constituent la seconde provenance mais sur l'ensemble de la période sous-étude, ce sont les résidents du canton de Berne qui arrivent en seconde position. A l'exception du canton de Vaud, on ne compte toutefois pas plus de deux cas par canton de provenance en 2019.

T 5.10 Flux entrant dans le canton de FR par canton de domicile du patient, 2015-2019

Canton de domicile	2015	2016	2017	2018	2019	Trend	Δ (%)	Part en %, en 2019
VD	51	39	23	25	32		-37%	71%
Etranger	3	1	3	3	5		+67%	11%
BE	2	8	4	1	2		+0%	4%
NE	.	2	5	2	2		---	4%
GE	3	.	.	1	2		-33%	4%
VS	1	.	2	.	1		+0%	2%
ZH	1	.	.	.	1		+0%	2%
JU	.	1	1	.	.		---	---
TI	1	.	.	.	.		---	---
LU	1	.	.	.	.		---	---
SO	.	.	1	.	.		---	---
Total	63	51	39	32	45		-29%	100%

Note: Les patients vaudois traités sur le site d'Estavayer-le-Lac de l'Hôpital intercantonal de la Broye (HIB) ne sont pas représentés ici, car ils ne sont pas considérés comme flux entrant dans le canton de Fribourg.

Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

Finalement, le tableau T 5.11 montre vers quel site hospitaliser se dirigent les patients extra cantonaux. Les flux sont très faibles.

T 5.11 Flux entrant par hôpital et provenance du patient, 2019

Hôpital	Flux entrant (%)	Flux entrant (n) par provenance du patient												
		Nombre							Part					
		VD	Étranger	BE	GE	NE	Autres	Total	VD	Étranger	BE	GE	NE	Autres
Hôpital fribourgeois (HFR) - Billens	3,6%	25	3	.	1	.	.	29	86%	10%	.	3%	.	.
Hôpital fribourgeois (HFR) - Fribourg	0,0%	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Hôpital fribourgeois (HFR) - Meyriez-Murten	3,1%	5	1	2	.	2	.	10	50%	10%	20%	.	20%	.
Hôpital fribourgeois (HFR) - Riaz	1,1%	2	1	.	.	.	1	4	50%	25%	.	.	.	25%
Hôpital fribourgeois (HFR) - Tafers	0,0%	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Hôpital intercantonal de la Broye (HIB) - Estavayer-le-Lac	0,6%	.	.	.	1	.	1	2	.	.	.	50%	.	50%
Total	2,3%	32	5	2	2	2	2	45	71%	11%	4%	4%	4%	4%

Note: Le flux entrant indique le nombre, respectivement la part d'hospitalisations de patients extracantonaux rapportée à l'ensemble des cas pour chaque hôpital. Les principales provenances des patients sont mises en évidence, pour les nombres absolus (en orange) et pour

<sup>29</sup> En raison du traitement particulier de l'hôpital intercantonal, les patients vaudois traités sur le site d'Estavayer-le-Lac de l'HIB ne sont pas considérés comme des flux entrants, même s'ils proviennent d'un autre canton. Les flux entrants en provenance du canton de Vaud concernent donc ici d'autres établissements fribourgeois que l'HIB.

la part relative (en gris). Les patients vaudois traités sur le site d'Estavayer-le-Lac de l'Hôpital intercantonal de la Broye (HIB) ne sont pas représentés ici, car ils ne sont pas considérés comme flux entrant dans le canton de Fribourg.

Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

### Flux sortants

Entre 2015 et 2019, le flux sortant fluctue entre un minimum de 716 sorties en 2015 et un maximum de 775 sorties en 2019 (T 5.12). Ces fluctuations se retrouvent au niveau des groupes de réadaptation pour lesquels il est également difficile d'identifier des tendances, comme expliqué précédemment (voir 5.1.1). En 2019, les 775 cas d'hospitalisations hors du canton correspondent à 29,2% de l'ensemble des cas de réadaptation pour les résidents du canton de Fribourg.

Pour la réadaptation psychosomatique ainsi que la réadaptation paraplégique, les parts de flux sortant atteignent respectivement 90,6% et 70,0%, même si en nombre absolu, ces deux groupes de prestations représentent peu de cas. La part de flux sortant est par contre beaucoup plus basse pour la réadaptation cardiovasculaire (20,9%) et la réadaptation pulmonaire (19,3%), voire nettement plus basse pour la réadaptation gériatrique (6,3%). Pour les trois autres groupes de réadaptation, la part de flux sortant se situe entre 28,7% et 39,5%.

T 5.12 Flux sortant du canton de FR par groupe de prestations, 2015-2019

Groupes de prestations	2015	2016	2017	2018	2019	Trend	Δ (%)	% Outflow 2019
Réadaptation musculo-squelettique	279	298	336	282	326		17%	39,5%
Réadaptation cardiovasculaire	97	90	95	115	75		-23%	20,9%
Réadaptation pulmonaire	29	26	20	28	33		14%	19,3%
Réadaptation psychosomatique	39	44	54	58	58		49%	90,6%
Réadaptation neurologique	141	130	111	100	125		-11%	39,2%
Réadaptation paraplégique	28	26	16	22	35		25%	70,0%
Réadaptation interne et oncologique	80	81	89	90	88		10%	28,7%
Réadaptation gériatrique	23	28	46	26	35		52%	6,3%
Total	716	723	767	721	775		8,2%	29,2%

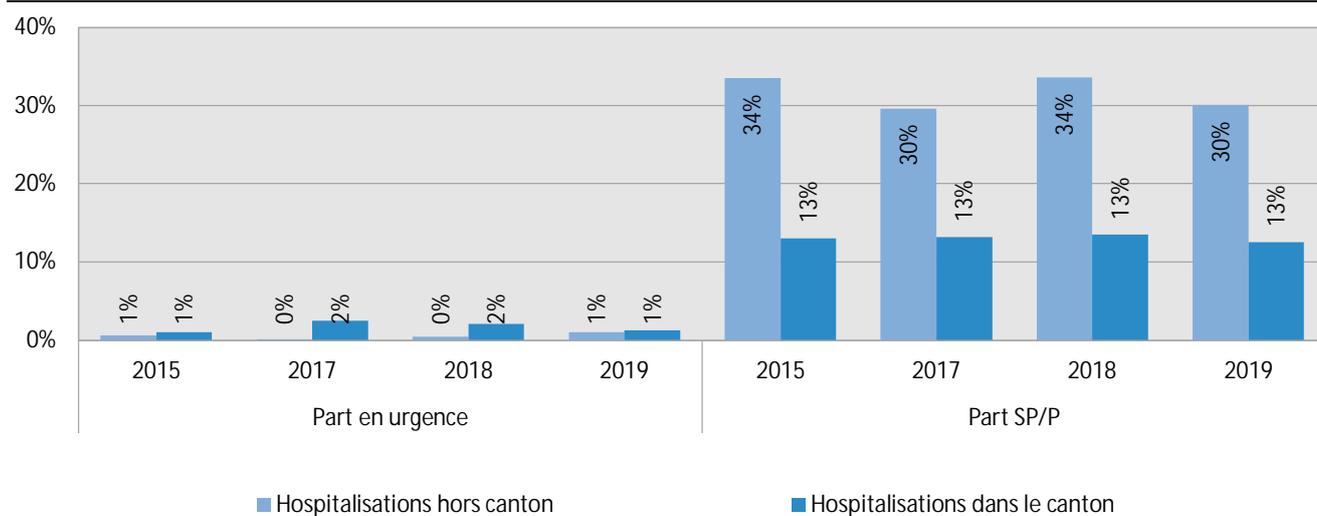
Note: Le flux sortant décrit le nombre, respectivement la part des hospitalisations de patients domiciliés dans le canton de Fribourg hospitalisés dans un hôpital situé hors du canton.

Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

Le graphique G 5.7 compare les caractéristiques des patients fribourgeois selon s'ils sont hospitalisés dans le canton ou hors canton. Ceux qui effectuent un séjour hospitalier hors du canton sont nettement plus souvent enregistrés en traitement privé ou semi-privé que ceux hospitalisés dans le canton (30% contre 13% en 2019). Cette caractéristique est relativement stable depuis 2015. En toute logique, la part d'hospitalisations en urgence est quasi-nulle pour les deux catégories de patients puisque généralement, les séjours en réadaptation sont planifiés.

G 5.7 Structure des patients domiciliés dans le canton de FR selon le canton d'hospitalisation, 2015-2019



Note : urgence = mode d'admission « urgence » ; SP/P = classe de traitement semi-privée ou privée  
 Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

En analysant les résultats par région de domicile, il apparaît qu'avec 65% d'hospitalisations hors canton, la part de flux sortant est particulièrement élevée parmi les patients germanophones du canton de Fribourg (T 5.13). Premier canton de destination, le canton de Berne accueille la moitié des patients germanophones effectuant un séjour hospitalier en réadaptation (50%). Parmi les résidents francophones du canton de Fribourg, la part de flux sortant est plus basse, à 21%, et c'est le canton du Valais qui est la principale destination de ces patients (11%). Enfin, en analysant les flux à l'intérieur même du canton selon la région de domicile, on observe que ce sont les patients fribourgeois francophones qui sont plus souvent hospitalisés dans un établissement situé dans la région fribourgeoise alémanique (13%), alors que l'inverse ne se produit que dans 7% des cas.

Dans l'ensemble, les hospitalisations hors canton ont donc principalement lieu dans le canton de Berne (41% du flux sortant en 2019) ou celui du Valais (34%, T 5.14). Les flux s'orientant vers ces deux cantons ont d'ailleurs augmenté depuis 2015 (respectivement +21,1% et +34,0%). A l'inverse, les flux s'orientant vers les autres cantons de destination tendent à diminuer.

On relève finalement qu'avec une part de flux sortant de 29,2% en 2019, le canton de Fribourg se positionne au dixième rang de la comparaison intercantonale par ordre croissant (G 5.8).

T 5.13 Flux sortant de patients domiciliés dans le canton de FR selon la région de domicile, par canton d'hospitalisation, 2015-2019

Canton d'hospitalisation	Canton Fribourg		Région francophone		Région germanophone	
	2019	% Outflow	2019	% Outflow	2019	% Outflow
BE	316	12%	80	4%	236	50%
VS	260	10%	233	11%	27	6%
VD	87	3%	82	4%	5	1%
JU	47	2%	35	2%	12	3%
LU	29	1%	22	1%	7	1%
AG	11	0%	2	0%	9	2%
Autres	25	1%	14	1%	11	2%
<b>Total</b>	<b>775</b>	<b>29%</b>	<b>468</b>	<b>21%</b>	<b>307</b>	<b>65%</b>
<b>Flux interne</b>	<b>2019</b>	<b>% Flow</b>	<b>2019</b>	<b>% Flow</b>	<b>2019</b>	<b>% Flow</b>
FR (autre région linguistique)	309	12%	275	13%	34	7%

Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

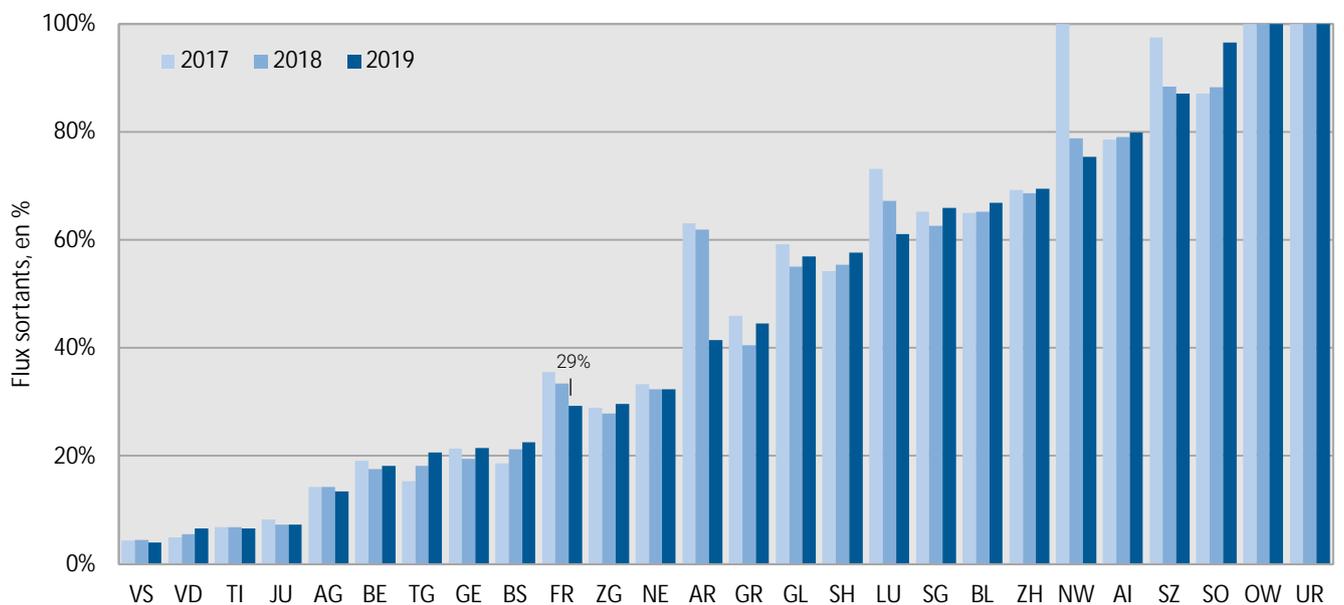
T 5.14 Flux sortant de patients domiciliés dans le canton de FR par canton d'hospitalisation, 2015-2019

Canton d'hospitalisation	2015	2016	2017	2018	2019	Trend	Δ (%)	Part en %, 2019
BE	261	290	291	276	316		+21,1%	41%
VS	194	217	242	224	260		+34,0%	34%
VD	127	102	129	101	87		-31,5%	11%
JU	46	36	48	51	47		+2,2%	6%
LU	32	33	16	26	29		-9,4%	4%
AG	21	16	17	20	11		-47,6%	1%
BS	9	3	6	4	5		-44,4%	1%
Autres	26	26	18	19	20		-23,1%	3%
Total	716	723	767	721	775		+8,2%	100%

Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2 022

G 5.8 Flux sortant par canton, 2017-2019



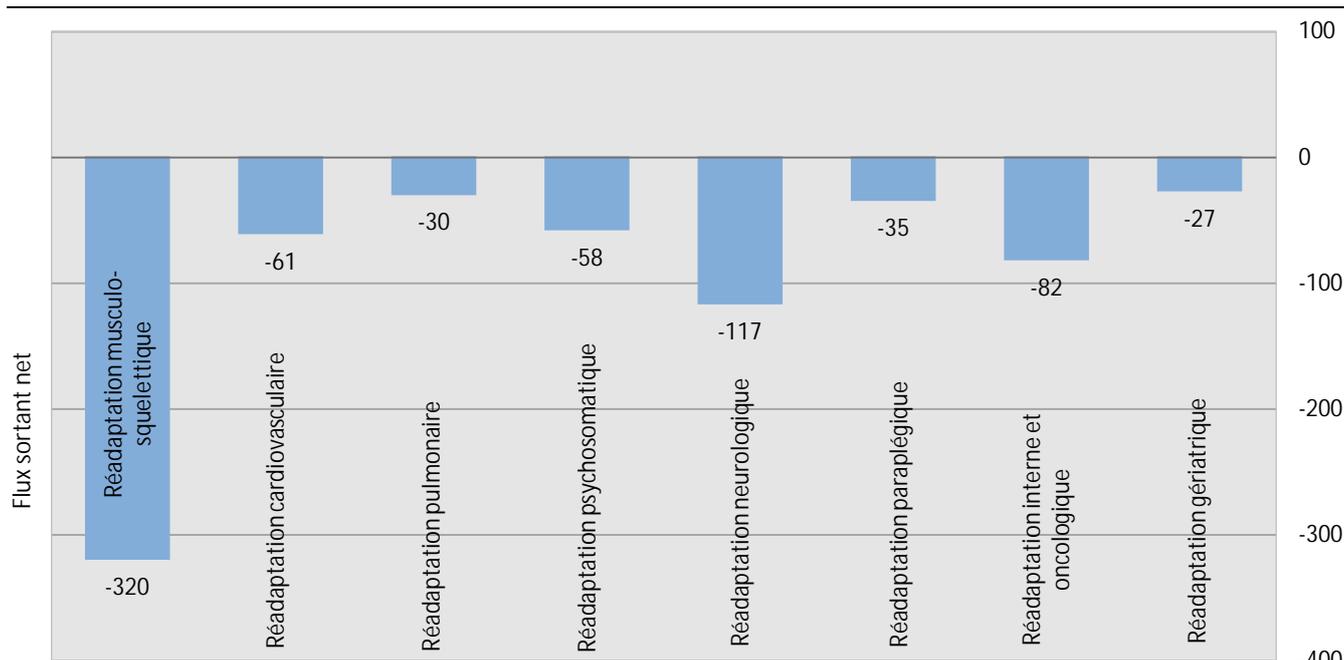
Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

### Flux nets

Il a été vu qu'avec un flux net de -730 et un indice d'exportation de 17.22, le canton de Fribourg se présente comme un exportateur net dans le domaine de la réadaptation stationnaire. Le graphique G 5.9 illustre la manière dont se décompose ce flux net par groupe de prestations. Le flux net est le plus important dans le domaine de la réadaptation musculo-squelettique (-320), suivi de la réadaptation neurologique (-117) et de la réadaptation interne et oncologique (-82). Pour les autres groupes de réadaptation, le flux net se situe entre -27 et -61.

G 5.9 Flux net pour le canton de FR par groupe de prestations, 2019



Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2023

## 5.2 Projection des besoins en soins

Les projections se réfèrent aux besoins en soins de la population du canton de Fribourg de l'année 2019 et sont projetés à l'horizon 2035. Les facteurs d'influence sont pris en compte dans l'estimation des besoins sous la forme de trois scénarios de projections. Le scénario de base, qui est le scénario le plus plausible, est au centre de la projection des besoins. Le scénario minimal et le scénario maximal représentent la fourchette des évolutions possibles. Le scénario minimal combine des hypothèses et des scénarios concernant les facteurs d'influence qui conduisent à une estimation relativement faible des besoins, tandis que le scénario maximal indique la limite supérieure de la fourchette des évolutions possibles.

Dans la formulation de ses hypothèses (voir Encadré 14, de même que le chapitre 2.7 pour davantage d'informations sur le modèle de projection et des explications théoriques concernant les facteurs d'influence et les sources de données utilisées), le canton de Fribourg ne retient pas l'hypothèse de convergence des taux fribourgeois vers les taux suisses pour la réadaptation non plus (voir l'explication au chapitre 3.2, aux pages 76 et suivantes). Il se base en grande partie sur les travaux de la GDZH, c'est-à-dire qu'il ne considère aucune évolution épidémiologique ni médico-technique en dehors de ce qui découle des hypothèses en soins aigus dans le domaine de l'orthopédie. Le canton de Fribourg estime qu'il y a un effet lié au Covid-19 à court terme et que d'autres effets plus tardifs ne sont pas encore prévisibles. Concernant la réadaptation gériatrique, elle est déjà bien présente dans le canton et on ne s'attend pas à une hausse comme dans le canton de Zurich (GDZH 2021). Le canton s'attend par contre à une évolution vers la prise en charge en ambulatoire, mais il n'est pas possible de la quantifier précisément dans l'immédiat. Les durées moyennes de séjour sont inférieures à la moyenne suisse pour tous les groupes de prestations excepté la réadaptation paraplégique et il est décidé de les maintenir constantes.

Encadré 14 Facteurs d'influence et hypothèses pour la projection des besoins en réadaptation de la population fribourgeoise					
		Trois scénarios			
		Minimum	Base	Maximum	
Facteurs d'influence / hypothèses	Démographie	Scénario bas selon les scénarios démographiques cantonaux de l'OFS	Scénario moyen selon les scénarios démographiques cantonaux de l'OFS	Scénario haut selon les scénarios démographiques cantonaux de l'OFS	Cas
	Convergence vers les taux de recours suisses	Hypothèse de convergence non retenue			
	Épidémiologie	Aucune hypothèse			
	Médico-technique	Aucune hypothèse			
	Médico-technique en lien avec la hausse dans les soins aigus (orthopédie)	aucun	En lien avec la hausse des révisions des prothèses de la hanche et du genou, sous l'hypothèse que la part des cas qui enregistrent un séjour consécutif en réadaptation en 2019 reste stable.	En lien avec la hausse supérieure de 50% par rapport au scénario de base des révisions des prothèses de la hanche et du genou, sous l'hypothèse que la part des cas qui enregistrent un séjour consécutif en réadaptation en 2019 reste stable.	
	Transfert vers l'ambulatoire	Aucune hypothèse			
	Durée moyenne de séjour	Durée moyenne du canton			Jours

### 5.2.1 Projection des besoins en soins de la population domiciliée dans le canton

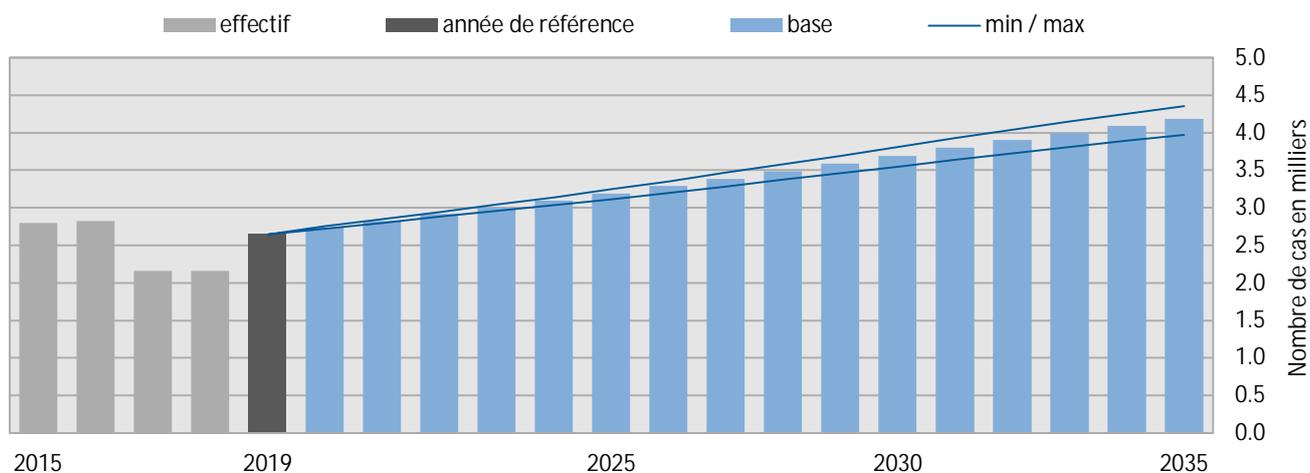
Cette section présente les besoins en prestations de réadaptation projetés à l'année 2035. Il s'agit des besoins tenant compte simultanément de l'ensemble des facteurs, à savoir des facteurs démographiques et medico-techniques dans les soins aigus qui se répercutent sur la réadaptation. Les effets isolés de ces deux facteurs d'influence sont décrits plus loin dans le chapitre 5.2.2.

#### *Projection des cas 2035*

Selon le scénario de base, une croissance de 58% du nombre de cas hospitaliers est attendue sur la période 2019-2035, ce qui correspond à une croissance annuelle moyenne de 2,9% du nombre de cas (G 5.10). Le nombre de cas hospitaliers passerait ainsi de 2651 en 2019 à 4185 en 2035 (+1534 cas supplémentaires).

Les scénarios minimaux et maximaux estiment que la croissance du nombre de cas à l'horizon 2035 se situera entre +50% (soit 3971 cas en 2035) et +64% (4354).

G 5.10 Évolution des hospitalisations, 2015-2035



Scénario	2019	2035	Δ (%)	Δ CAGR (%)
base	2 651	4 185	+58%	+2.9%
max	2 651	4 354	+64%	+3.1%
min	2 651	3 971	+50%	+2.6%

Sources: OFS – MS, KS, STATPOP, projections démographiques

© Obsan 2023

Si le scénario de base prévoit globalement une augmentation de 58% du nombre de cas hospitaliers à l’horizon 2035, les nombres de cas pour les différents groupes de prestations devraient connaître une croissance très différenciée (T 5.15T 5.15 et G 5.11).

Le domaine de la réadaptation psychosomatique ainsi que celui de la réadaptation paraplégique, qui représentent 4% des cas en 2019, devraient connaître les taux de croissance les plus modérés : à l’horizon 2035, le scénario de base prévoit que le nombre de cas augmentera de respectivement 22% et 26%.

La croissance attendue du nombre de cas est également inférieure à la moyenne dans les domaines de la réadaptation neurologique (+34% à l’horizon 2035 selon le scénario de base), de la réadaptation pulmonaire (+40%), de la réadaptation cardiovasculaire (+43%) ainsi que de la réadaptation interne et oncologique (+53%).

Le nombre de cas de réadaptation musculo-squelettique devrait progresser plus rapidement (+64%) mais c’est dans le domaine de la réadaptation gériatrique que la hausse du nombre de cas devrait être la plus forte. Directement impacté par le vieillissement démographique, ce groupe de prestations devrait progresser de 88% à l’horizon 2035. Alors que la réadaptation gériatrique représente 21% des cas en 2019, cette part devrait ainsi passer à 25% en 2035.

T 5.15 Hospitalisations projetées selon le scénario et par groupe de prestations, 2035

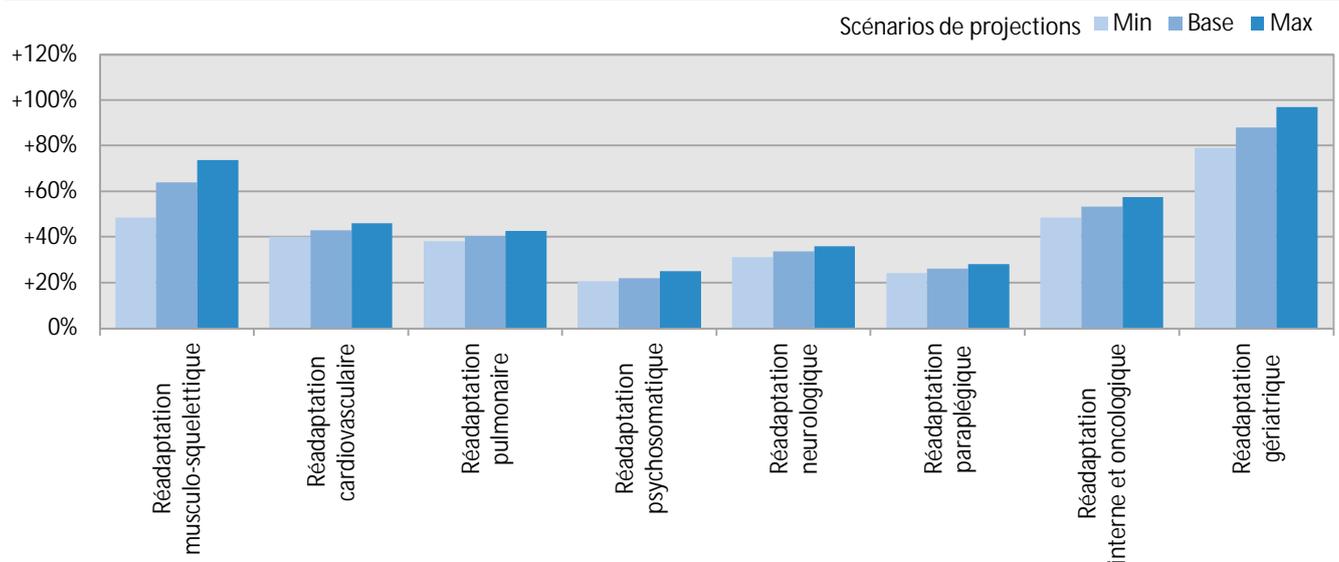
Groupes de prestations	Référence	Min		Base		Max	
	2019	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)
Réadaptation musculo-squelettique	825	1 225	+48%	1 351	+64%	1 433	+74%
Réadaptation cardiovasculaire	358	501	+40%	511	+43%	522	+46%
Réadaptation pulmonaire	171	236	+38%	240	+40%	244	+43%
Réadaptation psychosomatique	64	77	+20%	78	+22%	80	+25%
Réadaptation neurologique	319	418	+31%	426	+34%	433	+36%
Réadaptation paraplégique	50	62	+24%	63	+26%	64	+28%
Réadaptation interne et oncologique	307	456	+49%	470	+53%	483	+57%
Réadaptation gériatrique	557	997	+79%	1 046	+88%	1 096	+97%
Total	2 651	3 971	+50%	4 185	+58%	4 354	+64%

Note : étant donné la définition de la réadaptation paraplégique, il est probable qu'un petit nombre de cas projeté dans ce groupe relève en réalité plutôt de la réadaptation neurologique ou musculo-squelettique.

Sources: OFS – MS, KS, STATPOP, projections démographiques

© Obsan 2023

G 5.11 Évolution projetée des hospitalisations par groupe de prestations et scénario des projections, 2019-2035



Sources: OFS – MS, KS, STATPOP, projections démographiques

© Obsan 2023

### Projection des jours de soins 2035

En postulant une constance des durées de séjour par groupe de prestations, le nombre de jours de soins devrait augmenter un petit peu moins rapidement que le nombre de cas. Avec le scénario de base, le nombre total de jours de soins augmente ainsi de 54% à l'horizon 2035. Le scénario minimal et le scénario maximal établissent une fourchette allant de +47% à +60% (T 5.16 et G 5.12).

Cette croissance moins rapide du nombre de jours de soins que du nombre de cas s'explique principalement par le fait que le domaine de la réadaptation gériatrique, pour lequel la progression du nombre de cas la plus rapide est attendue, est également celui présentant la durée moyenne de séjour la plus courte (voir T 5.2). À noter que si 16% des jours de soins relèvent de ce domaine en 2019, cette part devrait passer à 20% en 2035.

À l'inverse, le nombre de cas de réadaptation neurologique devrait connaître une hausse limitée alors que ce groupe de prestations connaît la seconde durée moyenne de séjours la plus élevée. Aussi, la part de jours de soins relevant de la réadaptation neurologique devrait passer de 18% en 2019 à 16% en 2035.

T 5.16 Jours de soins projetés selon le scénario et par groupe de prestations, 2035

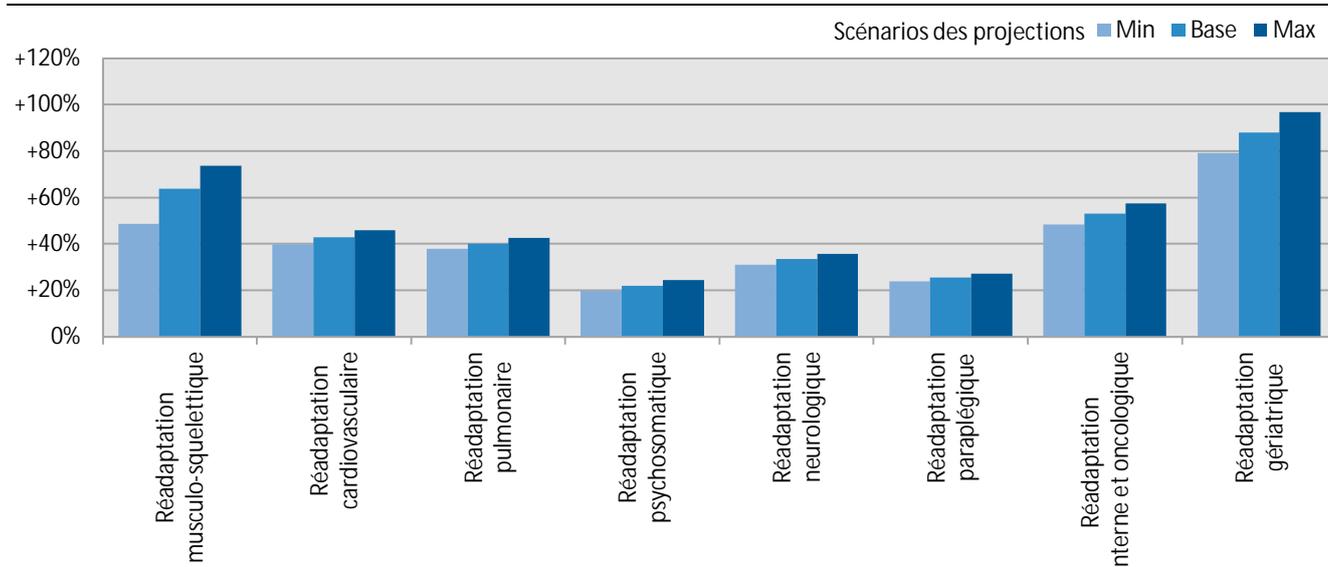
Groupes de prestations	Référence	Min		Base		Max	
	2019	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)
Réadaptation musculo-squelettique	16 182	24 032	+49%	26 503	+64%	28 099	+74%
Réadaptation cardiovasculaire	6 525	9 126	+40%	9 322	+43%	9 515	+46%
Réadaptation pulmonaire	3 308	4 558	+38%	4 638	+40%	4 719	+43%
Réadaptation psychosomatique	1 578	1 889	+20%	1 925	+22%	1 962	+24%
Réadaptation neurologique	10 093	13 229	+31%	13 466	+33%	13 706	+36%
Réadaptation paraplégique	2 240	2 777	+24%	2 814	+26%	2 851	+27%
Réadaptation interne et oncologique	6 824	10 129	+48%	10 436	+53%	10 744	+57%
Réadaptation gériatrique	9 167	16 414	+79%	17 222	+88%	18 035	+97%
Total	55 917	82 155	+47%	86 326	+54%	89 632	+60%

Note : étant donné la définition de la réadaptation paraplégique, il est probable qu'un petit nombre de cas projeté dans ce groupe relève en réalité plutôt de la réadaptation neurologique ou musculo-squelettique.

Sources: OFS – MS, KS, STATPOP, projections démographiques

© Obsan 2023

G 5.12 Évolution projetée des jours de soins par groupe de prestations et scénario des projections, 2019-2035



Sources: OFS – MS, KS, STATPOP, projections démographiques

© Obsan 2023

### 5.2.2 Effets isolés des différents facteurs d'influence

Dans cette section, il s'agit d'examiner séparément les effets des différents facteurs d'influence. L'évolution démographique permet en principe d'escompter une augmentation du nombre de cas futurs dans tous les scénarios. Quant à l'effet lié aux facteurs épidémiologiques, médico-techniques et autres, il peut influencer dans les deux sens, mais tel qu'il est défini ici, il exerce un effet à la hausse sur le nombre de cas pour les scénarios de base et maximum.

### Effet de l'évolution démographique

L'évolution démographique constitue le principal facteur considéré dans l'établissement des projections. Aussi le tableau T 5.17 représentant le seul effet de l'évolution démographique sur les hospitalisations projetées est-il très semblable au tableau T 5.15.

On observe que sur la seule base de l'évolution démographique, le nombre de cas de réadaptation musculo-squelettique devrait augmenter de 52% à l'horizon 2035 selon le scénario de base et de 56% selon le scénario maximum, une hausse plus modérée que celle basée sur l'ensemble des facteurs d'influence (64%, respectivement 74%, selon T 5.15).

Dans l'ensemble, la hausse du nombre de séjours attendue à l'horizon 2035 sur la base de la seule évolution démographique est de 54% selon le scénario de base avec une fourchette établie par les scénarios minimum et maximum allant de +50% à +59%, contre 50% à 64% en considérant l'ensemble des facteurs (T 5.15T 5.15).

T 5.17 Effet de l'évolution démographique sur les hospitalisations projetées selon le scénario, par groupes de prestations, 2019-2035

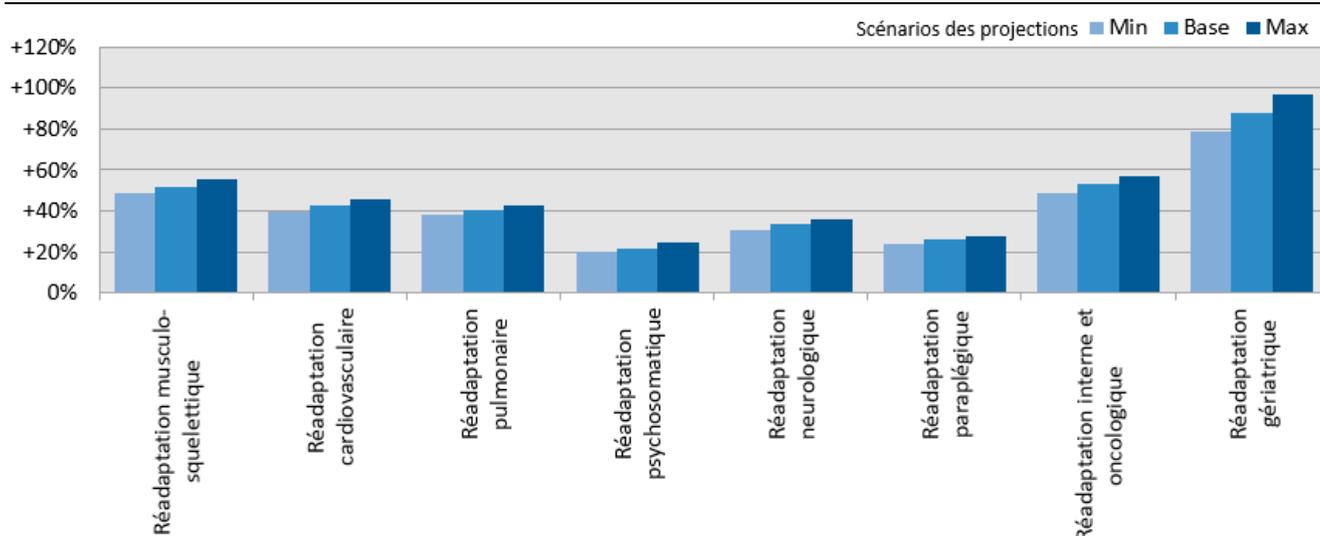
Groupes de prestations	Référence		Min		Base		Max			
	2019	2035	Δ (%)		2035	Δ (%)		2035	Δ (%)	
Réadaptation musculo-squelettique	825	1 225	+48%		1 254	+52%		1 284	+56%	
Réadaptation cardiovasculaire	358	501	+40%		511	+43%		522	+46%	
Réadaptation pulmonaire	171	236	+38%		240	+40%		244	+43%	
Réadaptation psychosomatique	64	77	+20%		78	+22%		80	+25%	
Réadaptation neurologique	319	418	+31%		426	+34%		433	+36%	
Réadaptation paraplégique	50	62	+24%		63	+26%		64	+28%	
Réadaptation interne et oncologique	307	456	+49%		470	+53%		483	+57%	
Réadaptation gériatrique	557	997	+79%		1 046	+88%		1 096	+97%	
Total	2 651	3 971	+50%		4 088	+54%		4 205	+59%	

Note : étant donné la définition de la réadaptation paraplégique, il est probable qu'un petit nombre de cas projeté dans ce groupe relève en réalité plutôt de la réadaptation neurologique ou musculo-squelettique.

Sources: OFS – MS, KS, STATPOP, projections démographiques

© Obsan 2023

G 5.13 Évolution projetée des hospitalisations par groupe de prestations et scénario, effet démographique, 2019-2035



Sources: OFS – MS, KS, STATPOP, projections démographiques

© Obsan 2023

### Effet du facteur médico-technique

Dans le domaine des soins aigus, il a été vu que les scénarios de base et maximum tablaient sur une hausse du nombre de cas dans le domaine de l'orthopédie, en lien avec les reprises de prothèses de genou et de hanche (2.7.3, Encadré 11, T 3.23). Cet effet se répercute sur le domaine de la réadaptation puisqu'une partie des cas supplémentaires en soins aigus effectueront par la suite un séjour en réadaptation musculo-squelettique.

Toutes choses égales par ailleurs, donc hors évolution démographique, le scénario de base prévoit 64 cas supplémentaires à l'horizon 2035, soit une hausse de 7,8% des cas de réadaptation musculo-squelettique alors que le scénario maximum table sur 96 cas supplémentaires, correspondant à une hausse de 11,6%.

Dans l'ensemble, ce facteur induit, selon le scénario de base, une augmentation de 2,4% du nombre total de cas de réadaptation à l'horizon 2035 et de 3,6% selon le scénario maximum.

T 5.18 Effet du facteur médico-technique sur les hospitalisations projetées selon le scénario et par groupe de prestations, 2019-2035

Groupe de prestations	Référence	Min			Base			Max		
	2019	2035	Δ (%)		2035	Δ (%)		2035	Δ (%)	
Réadaptation musculo-squelettique	825	825	0,0%		889	+7,8%		921	+11,6%	
Total	2 651	2 651	0,0%		2 715	+2,4%		2 747	+3,6%	

Sources: OFS – MS, KS, STATPOP

© Obsan 2023

## 6 Bibliographie

- Al-Aly, Z., Xie, Y. & Bowe, B. *High-dimensional characterization of post-acute sequelae of COVID-19*. Nature 594, 259–264 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41586-021-03553-9>
- BAG (2019). *Faktenblatt: Regelung „ambulant vor stationär“*. Bundesamt für Gesundheit. 29. April 2019, [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch).
- Boyle P., Parkin D.M. (1991). *Statistical methods for registries*. In Jensen O.M., Parkin D.M., MacLennan R., Muir C.S., Skeet R.G. (eds). *Cancer Registration: Principles and Methods*, Lyon: international Agency for Research on Cancer.
- CDS (2008). *Guide Planification de la psychiatrie. Rapport du groupe de travail "Planification hospitalière"*. Berne : Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
- Carr-Hill, R., T. A. Sheldon, P. Smith, S. Martin, S. Peacock & G. Hardman (1994). *Allocating resources to health authorities: development of method for small area analysis of use of inpatient services*. British Medical Journal, 309(6961), 1046– 1049.
- CDS (2018). *Utilisation d'un système de groupes de prestations hospitalières dans le cadre de la planification hospitalière cantonale : Recommandation de la CDS. Décision de l'Assemblée plénière de la CDS du 25 mai 2018*. Berne : Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. [https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/EM\\_SPLG-Systematik\\_20180525\\_def\\_f.pdf](https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/EM_SPLG-Systematik_20180525_def_f.pdf)
- CDS (2019a) *Recommandations sur l'examen de l'économicité: Détermination des hôpitaux efficients d'après l'art. 49 al. 1 LAMal approuvée par le Comité directeur de la CDS le 27 juin 2019*. Berne : Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. [https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/aktuelles/stellungn/SN\\_2018/EM\\_WiPrue\\_V4.0\\_20180301\\_def\\_f.pdf](https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/aktuelles/stellungn/SN_2018/EM_WiPrue_V4.0_20180301_def_f.pdf)
- CDS (2019b). *Recommandations relatives à l'examen d'économicité dans la psychiatrie et la réadaptation : Compléments aux recommandations relatives à la détermination des hôpitaux efficients au sens de l'art. 49, al. 1, LAMal, concernant la psychiatrie et la réadaptation approuvées par le Comité directeur de la CDS le 27 juin 2019*. Berne : Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. [https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/EM\\_Wirtschaftlichkeitspruefung\\_Psy\\_Reha\\_V2.0\\_20190627\\_def\\_f.pdf](https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/EM_Wirtschaftlichkeitspruefung_Psy_Reha_V2.0_20190627_def_f.pdf)
- CDS (2022a). *Recommandations de la CDS sur la planification hospitalière d'après la révision de la LAMal sur le financement hospitalier du 21.12.2007, la révision de l'OAMal sur les critères de planification du 23.6.2021 et la jurisprudence du 1.1.2012 au 31.12.2021*. Berne : Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. Version révisée des recommandations adoptée par le Comité directeur de la CDS le 14.5.2009 et le 25.5.2018, approuvée par l'Assemblée plénière de la CDS du 20.5.2022. [https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/EM-Spitalplanung\\_revidiert\\_20220520\\_def\\_f.pdf](https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/EM-Spitalplanung_revidiert_20220520_def_f.pdf)
- CDS (2022b). *Mise en œuvre de l'art. 3, al. 4 bis de la loi COVID-19 Recommandation et appréciation à l'attention des cantons du 10 mars 2022*. Berne : Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. [https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/praevention\\_gesundheitsfoerderung/ans-teckende\\_krankheiten/EM\\_Umsetzung\\_Art\\_3\\_Abs\\_4bis\\_Covid-19-Gesetz\\_20220310\\_def\\_f.pdf](https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/praevention_gesundheitsfoerderung/ans-teckende_krankheiten/EM_Umsetzung_Art_3_Abs_4bis_Covid-19-Gesetz_20220310_def_f.pdf)

- Czaja, M., Meinschmidt, G. & Bettge, S. (2012). *Sozialindikative Planung der regionalen ärztlichen Versorgung. Ein Diskussionsbeitrag für Berlin am Beispiel der Psychotherapeuten und Hausärzte*. Gesundheits- und Sozialpolitik, 66(3), 34–43.
- Dalgaard KM, Bergholtz H, Nielsen ME, Timm H (2014). *Early integration of palliative care in hospitals: A systematic review on methods, barriers, and outcome*. Palliat Support Care, 12(6):495-513.
- Douaud, G., Lee, S., Alfaro-Almagro, F. et al. *SARS-CoV-2 is associated with changes in brain structure in UK Biobank*. Nature (2022). <https://doi.org/10.1038/s41586-022-04569-5>
- DSES (2019). *Rapport de planification sanitaire du canton de Genève 2020–2023*. Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (DSES), République et Canton de Genève. [www.ge.ch](http://www.ge.ch)
- Eurostat (2013). *Revision of the European Standard Population, eurostat methodologies and working papers*, Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat>
- Gesundheitsamt Kanton Schaffhausen (2021). *Schaffhauser Spitalplanung 2023: Planungsbericht und Prognose 2030. Vorlage des Regierungsrats an den Kantonsrat vom 8. Juni 2021*. [www.sh.ch](http://www.sh.ch)
- GDZH (2009). *Zürcher Spitalplanung 2012: Versorgungsbericht*. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Dezember 2009. [www.gd.zh.ch](http://www.gd.zh.ch)
- GDZH (2011). *Zürcher Spitalplanung 2012: Strukturbericht*. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich. [www.gd.zh.ch](http://www.gd.zh.ch).
- GDZH (2016). *Gesundheitsversorgungsbericht 2016*. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich. [www.gd.zh.ch](http://www.gd.zh.ch).
- GDZH (2017). *Gesundheitsversorgungsbericht 2017*. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich. [www.gd.zh.ch](http://www.gd.zh.ch).
- GDZH (2021). *Zürcher Spitalplanung 2023: Versorgungsbericht*. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Januar 2021. [www.gd.zh.ch](http://www.gd.zh.ch)
- DSAS (2014). *Evaluation des besoins en soins pour la planification hospitalière 2015*. Fribourg : Direction de la santé et des affaires sociales de l'Etat de Fribourg. <https://www.fr.ch/>
- DSAS (2015). *Rapport de planification hospitalière 2015*. Fribourg : Direction de la santé et des affaires sociales de l'Etat de Fribourg. <https://www.fr.ch/document/35546>
- Felder, S.; Kägi, W.; Lobsiger, M.; Tondelli T.; Pfinninger T. (2014). *Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen dem akutstationären und dem spital- und praxisambulanten Sektor*. Basel. <http://www.fmh.ch>
- Harrison N, Cavers D, Campbell C, Murray SA (2012). *Are UK primary care teams formally identifying patients for palliative care before they die?* Br J Gen Pract, 62(598):e344-52.
- Hess, S., Eichler, K. & Brügger, U. (2009). *Gutachten zur zukünftigen medizinischen Entwicklung für die somatische Akutversorgung: Literatur-Review und Expertenbefragung zu erwarteten Leistungsmengen im Rahmen der stationären Spitalplanung der Kantone Bern und Zürich*. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW). <http://www.gd.zh.ch>
- Hess, S., Eichler, K. & Twerenbold, C. (2016). *Gutachten zur Entwicklung der Medizintechnik 2015 bis 2025: Literatur-Review und Expertenbefragung zu erwarteten Leistungsmengen im Bereich der stationären Akutsomatik im Rahmen der stationären Spitalplanung des Kantons Zürich*. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW).
- Höglinger, M., Huber, A. & Eichler, K. (2019). *Entwicklung Medizintechnik 2019 bis 2030: Stationäre Rehabilitation & stationäre Psychiatrie. Literatur-Review und Expertenbefragung zu erwarteten Entwicklungen in der Medizintechnik und Auswirkungen auf die Fallzahlen im Bereich der stationären Rehabilitation und Psychiatrie im Rahmen der Spitalplanung des Kantons Zürich*. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW).
- Huber, K. (2015). *Entwicklung der interkantonalen Patientenströme im Übergang zur freien Spitalwahl. Analyse der stationären akutsomatischen Spitalbehandlungen von 2010 bis 2013 (Obsan Dossier 48)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. <https://www.obsan.admin.ch>.

- ISPM (2009). *Epidemiologische Expertise zur Spitalplanung*. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern.
- Jörg, R., Hedinger, D., Füglistler-Dousse, S. & Widmer, M. (2019). *Versorgungsbericht 2020 Kanton Appenzell Ausserrhoden (Obsan Bericht 14/2019)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Katsoularis I, Fonseca-Rodriguez O, Farrington P, et al. (2022). *Risks of deep vein thrombosis, pulmonary embolism, and bleeding after covid-19: nationwide self-controlled cases series and matched cohort study*. *BMJ (Clinical Research ed.)*. 2022 Apr; 377:e069590. doi: [10.1136/bmj-2021-069590](https://doi.org/10.1136/bmj-2021-069590).
- Liu Y, Chen Y, Wang Q, et al. *One-Year Trajectory of Cognitive Changes in Older Survivors of COVID-19 in Wuhan, China: A Longitudinal Cohort Study*. *JAMA Neurol*. 2022; 79(5):509–517. doi:[10.1001/jamaneurol.2022.0461](https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2022.0461)
- Löwel, H. & Meisinger, C. (2006). *Epidemiologie und demographische Entwicklung am Beispiel kardiovaskulärer Erkrankungen in Deutschland*. *Medizinische Klinik*, 101, 804–811. doi.org/[10.1007/s00063-006-1108-7](https://doi.org/10.1007/s00063-006-1108-7)
- Matter-Walstra, K.; Widmer, M.; Busato, A. (2006). *Analysis of patient flows for orthopedic procedures using small area analysis in Switzerland*, *BMC Health Services Research*, (6), p. 119, doi.org/[10.1186/1472-6963-6-119](https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-119).
- McGregor, P., McKee, P. & O'Neill, C. (2008). *The role of non-need factors in individual GP utilisation analysis and their implications for the pursuance of equity: a cross-country comparison*. *The European Journal of Health Economics*, 9(2), 147–156.
- Meijer, C., Wouterse, B., Polder, J. & Koopmanschap, M. (2013). *The effect of population aging on health expenditure growth: a critical review*. *European Journal of Ageing*, 10, 353–361. doi.org/[10.1007/s10433-013-0280-x](https://doi.org/10.1007/s10433-013-0280-x)
- Niccoli, T. & Partridge, L. (2012). *Ageing as a risk factor for disease*. *Current Biology*, 22, R741–5
- OFSP & CDS (2012). *Stratégie nationale en matière de soins palliatifs 2013-2015*. Berne : Office fédéral de la santé publique, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé.
- OFS (2020a). *Scénarios de l'évolution de la population de la Suisse et des cantons 2020–2050*. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique.
- OFS (2020b). *La psychiatrie stationnaire dans la perspective TARPSY en 2018*. Actualité OFS. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique.
- OFS (2022). *Monitoring des scénarios de l'évolution de la population de la Suisse 2020-2050. Comparaisons entre les observations et les résultats des scénarios*. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique.
- OFSP (2020). *Améliorer la prise en charge et le traitement des personnes en fin de vie. Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat 18.3384 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États (CSSS-CE) du 26 avril 2018*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OMS (2020). <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Pellegrini, S.; Luyet, S. (2012). *Séjours hospitaliers hors du canton de domicile. Description des flux de patients et analyse des déterminants (Obsan Rapport 55)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Roth, S. & Pellegrini, S. (2018a). *Le potentiel de transfert du stationnaire vers l'ambulatoire. Analyse pour une sélection d'interventions chirurgicales. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (Obsan Dossier 63)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Roth, S. & Pellegrini, S. (2018b). *Le développement de l'ambulatoire dans une perspective cantonale. Analyse de six groupes de prestations chirurgicales (Obsan Bulletin 1/2019)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Roth, S. & Pellegrini, S. (2021). *L'ambulatoire avant le stationnaire. Actualisation 2020 du monitoring de la limitation de la prise en charge stationnaire pour une sélection d'interventions électives (selon OPAS, art. 3c et annexe 1a). Rapport court établi sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)*. (Obsan Rapport 08/2021). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Sheldon, T. A., Smith, G. D. & Bevon, G. (1993). *Weighting in the dark: resource allocation in the new NHS*. *British Medical Journal*, 306, 835–839.

- Schliwen, A. (2015). *Versorgungsbedarf, Angebot und Inanspruchnahme ambulanter hausärztlicher Leistungen im kleinräumigen regionalen Vergleich, Allokation im marktwirtschaftlichen System*. Frankfurt a. M., Deutschland: Peter Lang International Academic Publishers. [doi.org/10.3726/978-3-653-06008-9](https://doi.org/10.3726/978-3-653-06008-9)
- Schuler, D., Tuch, A. & Peter, C. (2020). *La santé psychique en Suisse. Monitoring 2020 (Obsan Rapport 15/2020)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- SVR (2018). *Gutachten 2018 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)
- SwissDRG (2019). *Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG und TARPSY. (Version Juni 2019). Gültig ab 1.1.2020*, [https://www.swissdrg.org/application/files/7915/6051/1540/Regeln\\_und\\_Definitionen\\_zur\\_Fallabrechnung\\_unter\\_SwissDRG\\_und\\_TARPSY.pdf](https://www.swissdrg.org/application/files/7915/6051/1540/Regeln_und_Definitionen_zur_Fallabrechnung_unter_SwissDRG_und_TARPSY.pdf)
- SwissDRG (2022). *Règles et définitions pour la facturation des cas sous ST Reha (Version mai 2021). Applicable à partir du 1.1.2022*. [https://www.swissdrg.org/application/files/5716/3819/2818/Regeln\\_und\\_Definitionen\\_zur\\_Fallabrechnung\\_unter\\_ST\\_Reha\\_f\\_final.pdf](https://www.swissdrg.org/application/files/5716/3819/2818/Regeln_und_Definitionen_zur_Fallabrechnung_unter_ST_Reha_f_final.pdf)
- Tiwari, R. C., Clegg, L. X., & Zou, Z. (2006). *Efficient interval estimation for age-adjusted cancer rates. Statistical methods in medical research*, 15(6), 547-569.
- Tuch, A., Jörg, R., Hedinger, D. & Widmer, M. (2018). *Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009–2016. Schlussbericht (Obsan Dossier 65)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
- von Wyl, A., Chew Howard, E., Wade-Bohleber, L., Passalacqua, S., Schneebeli, L., Haemmerle, P. et al. (2020). *Stationäre und tagesklinische Angebote der psychiatrischen Gesundheitsversorgung an der Schnittstelle des Jugend- und Erwachsenenalters in der Schweiz. Eine Bestandesaufnahme bestehender Angebote im Auftrag des BAG*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Weaver, F.; Cerboni, S.; Oettli, A.; Andenmatten, P.; Widmer, M. (2009). *Modèle de projection du recours aux soins comme outil d'aide à la planification hospitalière (document de travail 32)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Wehrli, R. (2015). *Bedarfsprognose HSM: Teilbericht Methodik*. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich.
- WHO (2009). *Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: World Health Organization. [www.who.int](http://www.who.int).
- Widmer, P., Trottmann, M., Hochuli, P., Telser, H., Reich, O. & Früh, M. (2017). *Erwünschte und unerwünschte Optimierungen betreffend Leistungsmengen und -verlagerungen im stationären Spitalbereich. 2. Teilstudie: Leistungsverlagerungen unter SwissDRG*. Polynomics et Helsana sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique.
- Xie, Y., Xu, E., Bowe, B. et al. *Long-term cardiovascular outcomes of COVID-19*. *Nat Med* 28, 583–590 (2022). [doi.org/10.1038/s41591-022-01689-3](https://doi.org/10.1038/s41591-022-01689-3)

## 7 Glossaire et abréviations

AOS	Assurance obligatoire des soins
CC	Complications et/ou comorbidités
CHOP	Classification suisse des opérations
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CIM	La classification internationale des maladies est une classification médicale codifiée classifiant les maladies et une très vaste variété de signes, symptômes, lésions traumatiques, empoisonnements, circonstances sociales et causes externes de blessures ou de maladies. Elle est publiée par l'Organisation mondiale de la santé et en est à sa 10 <sup>e</sup> version (CIM-10).
CIMHS	Convention intercantonale du 14 mars 2008 relative à la médecine hautement spécialisée (voir Encadré 2)
CMI	Le Case Mix Index (CMI) représente le degré de gravité moyen des cas facturés par un hôpital pour une période considérée, mesuré sur une échelle qui correspond à l'ensemble des ressources requises. Le Case Mix Index est calculé pour une année civile en additionnant les poids relatifs (cost-weights, CW) des cas traités dans un hôpital et en les divisant par le nombre de cas.
DPPH	Domaine de prestations pour la planification hospitalière selon la direction de la santé du canton de Zurich (voir GDZH 2017)
GPPH	Groupes de prestations pour la planification hospitalière selon la direction de la santé du canton de Zurich (voir GDZH 2017)
Hôpital conventionné	Hôpital sans mandat de prestations cantonal, et donc sans place sur la liste hospitalière. Conformément à l'art. 49a al. 4 LAMal, les assureurs peuvent conclure des conventions sur la rémunération des prestations fournies au titre de l'AOS. Cette rémunération ne peut être plus élevée que la part visée à l'art. 49a al. 2 LAMal. Les hôpitaux conventionnés n'ont pas droit à une contribution cantonale selon l'art. 49a al. 1 et 2 LAMal.
Hôpital répertorié	Hôpital qui figure sur la liste hospitalière cantonale et a un mandat de prestations cantonal. L'hôpital répertorié a dans la mesure du mandat de prestations une obligation de prise en charge et un droit à rémunération vis-à-vis de l'assureur et du canton conformément à la LAMal (art. 49a al. 1 et 2 LAMal).
KS	Statistique des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (RS 832.10)
Liste hospitalière	Liste publiée par le canton dans laquelle les hôpitaux répertoriés sont énumérés en tant que fournisseurs de prestations selon la législation sur l'assurance-maladie. La liste hospitalière représente la somme des mandats de prestations.
Mandat de prestations	D'après la CDS (2022a), un mandat de prestations au sens de l'art. 39 al. 1 let. e LAMal est fondé sur la planification de la prise en charge selon l'art. 58b OAMal, adapté aux besoins et

	constitue une garantie de l'offre d'un hôpital figurant sur la liste hospitalière au sens de l'art. 58b al. 3 OAMal. Il contient l'éventail des prestations attribué sous certaines obligations et conditions. Le mandat de prestations au sens de l'art. 39 al. 1 let. e LAMal n'est pas un mandat au sens du Code des obligations mais une obligation de prise en charge imposée par le canton ainsi qu'un droit à rémunération correspondante de l'hôpital vis-à-vis de l'assureur et du canton dans la mesure définie, conformément à la LAMal (art. 49a al. 1 et 2 LAMal). Une convention de prestations ou un contrat de prestations est un contrat entre le canton et un hôpital répertorié qui peut régler plus précisément, conformément aux prescriptions légales et au mandat de prestations, les prestations devant être fournies par l'hôpital (type, quantité), les rapports et données que celui-ci doit transmettre, la rémunération à verser par le mandant ainsi que les conséquences du non-respect des obligations contractuelles.
MS	Statistique médicale des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique
NMC	Nombre minimal de cas
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 Juin 1995 (RS 832.102)
Obsan	Observatoire suisse de la santé
OFS	Office fédéral de la statistique
Parts de marché des hôpitaux	Part d'hospitalisations dans un établissement en proportion de l'ensemble des hospitalisations des patients d'un canton
PCCL	Le PCCL (Patient Complication and Comorbidity Level), ou degré de gravité du patient, résulte du cumul des diagnostics secondaires pertinents. Pour ce faire, les différentes valeurs de complication et/ou de comorbidité (CC) respectivement diagnostics secondaires sont classés dans un degré de gravité allant de 0 à 4 selon le catalogue SwissDRG, 0 correspondant à aucune complication ou comorbidité respectivement diagnostic secondaire et 4 à une complication ou comorbidité respectivement diagnostic secondaire extrêmement grave. Ainsi, contrairement au CMI, qui renseigne sur la lourdeur moyenne des cas et la consommation de ressources en temps, en personnel et en matériel qui y est liée (degré de gravité économique), le PCCL est une mesure de la multimorbidité des patients hospitalisés.
Population résidente permanente	La population résidente permanente comprend les Suisses ayant leur domicile principal en Suisse et les étrangers au bénéfice d'une autorisation de résidence d'une durée minimale de 12 mois ou séjournant en Suisse depuis au moins 12 mois (livrets B/C/L/F ou N ou livret du DFAE, à savoir les fonctionnaires internationaux, les diplomates ainsi que les membres de leur famille). Source: <a href="https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/effectif-evolution/population.html">https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/effectif-evolution/population.html</a>
Rapport de dépendance des personnes âgées (RDPA)	Rapport entre l'effectif de la population aux âges avancés généralement inactifs (65 ans ou plus) et l'effectif de la population en âge de travailler (20-64 ans). Le résultat s'exprime en nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 personnes âgées de 20 à 64 ans.
PCG	Psychiatric Cost Group (Groupe de coûts psychiatriques)
PSA	Données des patients ambulatoires des hôpitaux
RS	Recueil systématique du droit fédéral
STATPOP	Statistique de la population et des ménages de l'Office fédéral de la statistique

SwissDRG	SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) est le système tarifaire de rémunération des prestations hospitalières en soins somatiques aigus. Il règle de manière uniforme l'indemnisation des prestations hospitalières selon les forfaits par cas, conformément à la dernière révision de la LAMal.
Taux de couverture de la liste hospitalière	Proportion de patientes et patients du canton traités dans un hôpital qui bénéficie d'un mandat de prestations délivré par ledit canton (voir aussi CDS (2022a) pp. 8-10)
Taux de croissance annuel moyen (TCAM)	Le taux de croissance annuel moyen, aussi appelé taux de croissance annuel composé (en anglais Compound Annual Growth Rate, CAGR), représente la croissance annuelle d'une quantité $x$ entre plusieurs années ( $t_0$ et $t$ ) à un taux constant. Il se définit formellement par : $TCAM (t_0,t) = \left( \frac{x(t)}{x(t_0)} \right)^{\frac{1}{t-t_0}} - 1$
Urgence	Dans le domaine stationnaire, la MS différencie le mode d'admission (V1.2.V03) entre: (1) Urgence (nécessité d'un traitement dans les 12 heures), (2) Annoncé, planifié, (3) Naissance (enfant né intra-muros), (4) Transfert interne, (5) Transfert dans les 24 heures, (8) Autre et (9) Inconnu. Dans le domaine hospitalier ambulatoire, la PSA permet d'identifier les admissions dans un service d'urgence reconnu sur la base de la position Tarmed 35.0610.

## 8 Annexes

Des informations complémentaires au présent rapport d'évaluation des besoins en soins sont disponibles sous forme d'annexes.

Les annexes suivantes sont disponibles ci-après :

- Annexe 1 OAMal Section 11 Critères de planification (état au 1<sup>er</sup> janvier 2022)
- Annexe 2 Liste des groupes de prestations développés pour la planification hospitalière 2023 du canton de Zurich, état au moment des calculs (février 2022)
- Annexe 3 Taux d'hospitalisation standardisés pour 1'000 habitants, par DPPH, Suisse et canton de FR, 2015-2019
- Annexe 4 Taux de recours aux services d'urgence d'un hôpital selon la région de domicile, canton de FR, 2015-2020

Annexe 1 OAMal Section 11 Critères de planification (Etat au 1<sup>er</sup> janvier 2022)

## Art. 58a Principe

- <sup>1</sup> 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.
- <sup>2</sup> Elle est réexaminée périodiquement.

## Art. 58b Planification des besoins en soins

- <sup>1</sup> Les cantons déterminent les besoins en soins selon une démarche vérifiable. Ils se fondent notamment sur des données statistiquement justifiées et sur des comparaisons et prennent en compte notamment les facteurs d'influence pertinents pour la prévision des besoins.
- <sup>2</sup> Ils déterminent l'offre utilisée dans les établissements qui ne figurent pas sur la liste visée à l'art. 39, al. 1, let. e, LAMal qu'ils ont arrêtée.
- <sup>3</sup> Ils déterminent l'offre qui doit être garantie par l'inscription sur la liste d'établissements situés dans le canton et d'établissements situés hors du canton afin d'assurer la couverture des besoins. Ils déduisent à cet effet l'offre déterminée conformément à l'al. 2 des besoins déterminés conformément à l'al. 1.
- <sup>4</sup> Afin de déterminer l'offre qui doit être garantie par la liste, les cantons prennent notamment en compte:
  - a. le caractère économique et la qualité de la fourniture des 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 prestations.

## Art. 58c Type de planification

La planification s'effectue de la manière suivante:

- 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 Évaluation du caractère économique et de la qualité

- <sup>1</sup> L'évaluation du caractère économique des hôpitaux et des maisons de naissance s'effectue notamment grâce à des comparaisons des coûts ajustés selon le degré de gravité des cas traités. Pour les établissements médico-sociaux, le caractère économique des prestations fournies doit être pris en considération de manière appropriée.
- <sup>2</sup> L'évaluation de la qualité des établissements consiste notamment à examiner si l'ensemble de l'établissement remplit les exigences suivantes:
  - a. disposer du personnel nécessaire qualifié;
  - b. disposer d'un système de gestion de la qualité approprié;
  - c. disposer d'un système interne de rapports et d'apprentissage approprié et avoir adhéré à un réseau de déclaration des événements indésirables uniforme à l'ensemble de la Suisse, pour autant qu'un tel réseau existe;
  - d. disposer des équipements permettant de participer aux mesures nationales de la qualité;
  - e. disposer de l'équipement garantissant la sécurité de la médication, notamment grâce à l'enregistrement électronique des médicaments prescrits et délivrés.
- <sup>3</sup> Les résultats des mesures de la qualité réalisées à l'échelle nationale peuvent être utilisés comme critères de sélection des établissements.

<sup>4</sup> L'évaluation des hôpitaux doit porter en particulier sur la mise à profit des synergies, sur les nombres minimums de cas et sur le potentiel de concentration des prestations pour le renforcement du caractère économique et de la qualité des soins.

<sup>5</sup> L'évaluation du caractère économique et de la qualité peut se fonder sur des évaluations réalisées par d'autres cantons, pour autant qu'elles ne soient pas dépassées.

#### Art. 58e Coordination intercantonale des planifications

<sup>1</sup> Pour coordonner leurs planifications conformément à l'art. 39, al. 2, LAMal, les cantons doivent notamment:

- a. exploiter les informations nécessaires concernant les flux de patients et échanger ces informations avec les cantons concernés;
- b. prendre en compte le potentiel de coordination avec d'autres cantons pour le renforcement du caractère économique et de la qualité des prestations fournies à l'hôpital;

<sup>2</sup> Chaque canton se coordonne notamment:

1. avec les cantons dans lesquels sont situés un ou plusieurs établissements qui figurent sur sa liste ou qu'il prévoit d'y faire figurer,
2. avec les cantons qui ont inscrit sur leur liste ou qui prévoient d'inscrire sur leur liste un ou plusieurs établissements situés sur son territoire,
3. avec les cantons où sont situés des établissements dans lesquels un nombre important d'assurés provenant de son territoire se font traiter ou se feront vraisemblablement traiter,
4. avec les cantons dont un nombre important d'assurés se font traiter ou se feront vraisemblablement traiter dans des établissements situés sur son territoire,
5. avec d'autres cantons, si cette coordination permet de renforcer le caractère économique et la qualité des prestations fournies à l'hôpital.

#### Art. 58f Listes et mandats de prestations

<sup>1</sup> La liste visée à l'art. 39, al. 1, let. e, LAMal répertorie les établissements situés dans le canton et les établissements situés hors du canton qui sont nécessaires pour garantir l'offre de soins déterminée conformément à l'art. 58b, al. 3.

<sup>2</sup> Un mandat de prestations au sens de l'art. 39, al. 1, let. e, LAMal est attribué à chaque établissement figurant sur la liste. Si l'établissement a plusieurs sites, le mandat de prestations précise le site.

<sup>3</sup> Les listes spécifient pour chaque hôpital les groupes de prestations correspondant au mandat de prestations.

<sup>4</sup> Les cantons déterminent les charges que les mandats de prestations attribués aux hôpitaux et aux maisons de naissance doivent contenir. Pour les hôpitaux de soins somatiques aigus, ils peuvent notamment prévoir les charges suivantes:

- a. la disponibilité d'une offre de base en médecine interne et en chirurgie;
- b. la disponibilité et la qualification des médecins spécialistes;
- c. la disponibilité du service des urgences et le niveau d'exigences auquel il doit satisfaire;
- d. la disponibilité de l'unité de soins intensifs ou du service de surveillance et le niveau d'exigences auquel il doit satisfaire;
- e. les groupes de prestations liés en interne ou en coopération avec d'autres hôpitaux;
- f. les nombres minimums de cas.

<sup>5</sup> Ils peuvent prévoir que les mandats de prestations des établissements médicosociaux contiennent des charges à remplir.

<sup>6</sup> Ils peuvent prévoir que les mandats de prestations contiennent notamment les charges suivantes, pour autant qu'elles ne figent pas les structures et qu'elles n'empêchent pas toute concurrence:

- a. pour les hôpitaux de soins somatiques aigus, un budget global au sens de l'art. 51 LAMal ou les volumes de prestations maximaux;

- b. pour les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux de réadaptation, un budget global au sens de l'art. 51 LAMal, les volumes de prestations maximaux ou les capacités maximales;
  - c. pour les établissements médico-sociaux, un budget global au sens de l'art. 51 LAMal ou les capacités maximales.
- <sup>7</sup> Ils prévoient que les mandats de prestations des hôpitaux contiennent à titre de charge l'interdiction des systèmes d'incitations économiques entraînant une augmentation du volume des prestations médicalement injustifiées à la charge de l'assurance obligatoire des soins ou permettant le contournement de l'obligation d'admission au sens de l'art. 41a LAMal.

## Annexe 2 Liste des groupes de prestations développés pour la planification hospitalière 2023 du canton de Zurich, état au moment des calculs (février 2022)

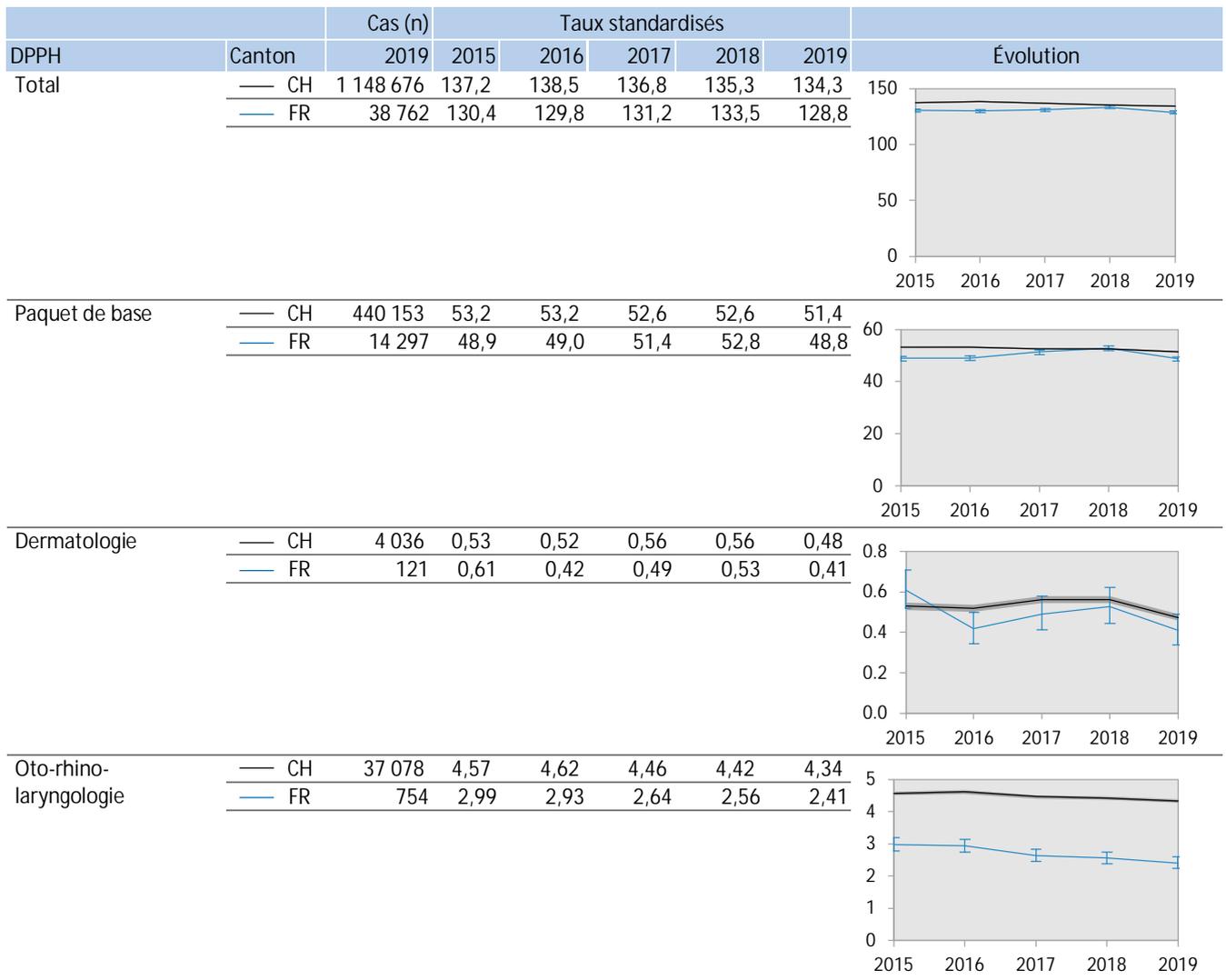
DPPH	GPPH	Description
Paquet de base	BP	Paquet de base chirurgie et médecine interne
	BPE	Paquet de base pour fournisseurs de prestations programmées
Dermatologie	DER1	Dermatologie (y c. vénérologie)
	DER1.1	Oncologie dermatologique
	DER1.2	Affections cutanées graves
	DER2	Traitement des plaies
Oto-rhino-laryngologie	HNO1	Oto-rhino-laryngologie (chirurgie ORL)
	HNO1.1	Chirurgie cervico-faciale
	HNO1.1.1	Interventions ORL complexes interdisciplinaires (chirurgie tumorale)
	HNO1.2	Chirurgie élargie du nez et des sinus
	HNO1.2.1	Chirurgie élargie du nez et des sinus avec ouverture de la dure-mère (chirurgie interdisciplinaire de la base du crâne)
	HNO1.3	Chirurgie de l'oreille moyenne (tympaanoplastie, chirurgie mastoïdienne, ossiculoplastie y c. chirurgie stapédienne)
	HNO1.3.1	Chirurgie élargie de l'oreille avec oreille interne et/ou ouverture de la dure-mère
	HNO1.3.2	Implants cochléaires (CIMHS)
	HNO2	Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes
	KIE1	Chirurgie maxillaire
Neurochirurgie	NCH1	Neurochirurgie crânienne
	NCH1.1	Neurochirurgie spécialisée
	NCH1.1.1	Traitement des pathologies vasculaires du SNC autres que les anomalies vasculaires complexes (CIMHS)
	NCH1.1.1.1	Traitement des anomalies vasculaires complexes du SNC (CIMHS)
	NCH1.1.2	Neurochirurgie stéréotaxique fonctionnelle (CIMHS)
	NCH1.1.3	Chirurgie de l'épilepsie (CIMHS)
	NCH2	Neurochirurgie spinale
	NCH2.1	Processus expansifs intramédullaires primaires et secondaires (CIMHS)
NCH3	Neurochirurgie périphérique	
Neurologie	NEU1	Neurologie
	NEU2	Tumeur maligne secondaire du système nerveux
	NEU2.1	Tumeur primaire du système nerveux (sans patients palliatifs)
	NEU3	Maladies cérébrovasculaires
	NEU3.1	Traitement des accidents vasculaires cérébraux en Stroke Center (CIMHS)
	NEU4	Épileptologie: diagnostic complexe
	NEU4.1	Épileptologie: traitement complexe
NEU4.2	Diagnostic préopératoire de l'épilepsie (CIMHS)	
Ophtalmologie	AUG1	Ophtalmologie
	AUG1.1	Strabologie
	AUG1.2	Orbite, paupières, voies lacrymales
	AUG1.3	Chirurgie spécialisée du segment antérieur
	AUG1.4	Cataracte
AUG1.5	Affections du corps vitré / de la rétine	
Endocrinologie	END1	Endocrinologie
Gastroentérologie	GAE1	Gastroentérologie
	GAE1.1	Gastroentérologie spécialisée
Chirurgie viscérale	VIS1	Chirurgie viscérale

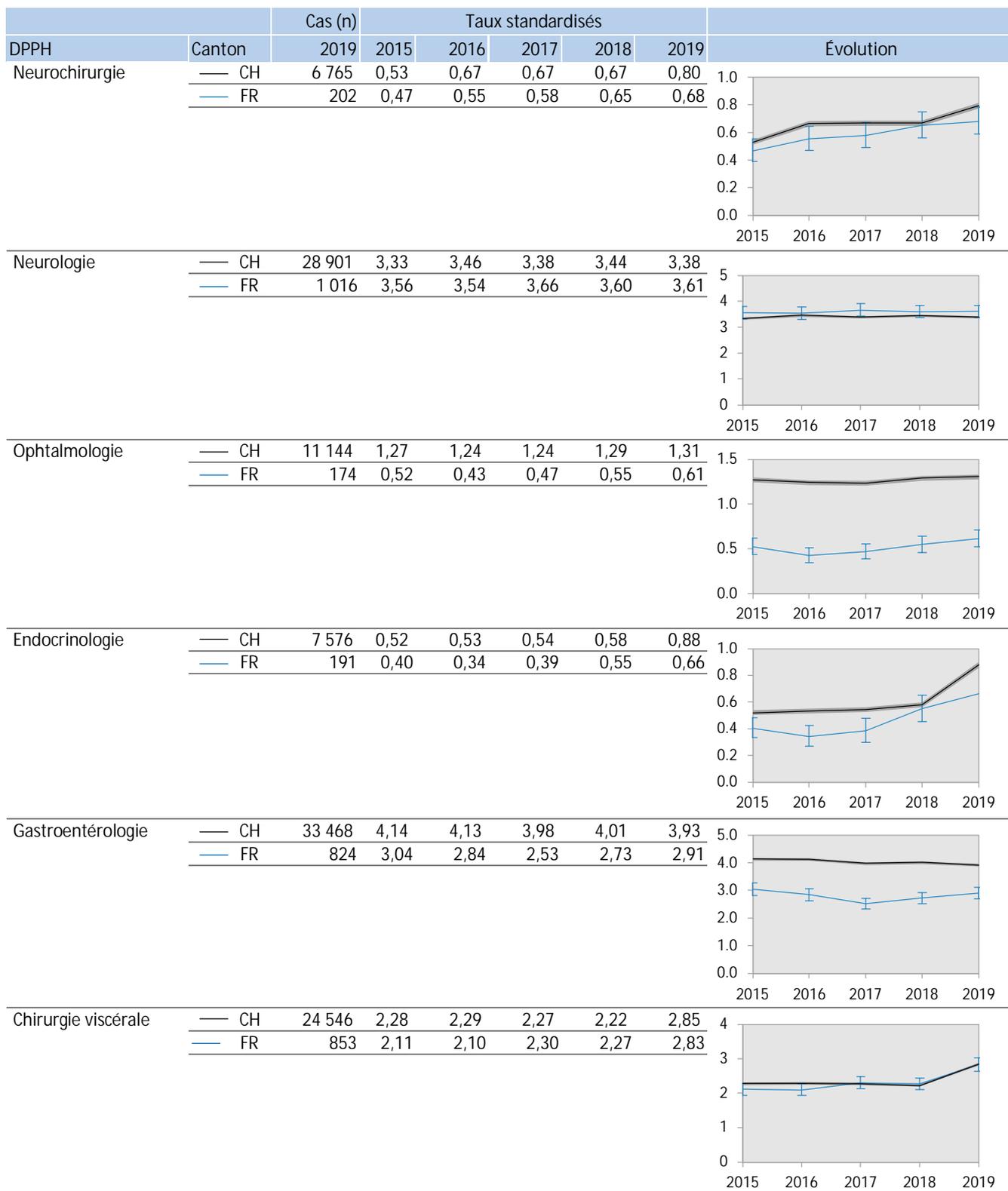
DPPH	GPPH	Description
	VIS1.1	Résection pancréatique (CIMHS)
	VIS1.2	Résection hépatique (CIMHS)
	VIS1.3	Résection œsophagienne (CIMHS)
	VIS1.4	Chirurgie bariatrique
	VIS1.4.1	Chirurgie bariatrique complexe (CIMHS)
	VIS1.5	Résection rectale profonde (CIMHS)
Hématologie	HAE1	Lymphomes agressifs et leucémies aiguës
	HAE1.1	Lymphomes très agressifs et leucémies aiguës avec chimiothérapie curative
	HAE2	Lymphomes indolents et leucémies chroniques
	HAE3	Affections myéloprolifératives et syndromes myélodysplasiques
	HAE4	Transplantation autologue de cellules souches hématopoïétiques
	HAE5	Transplantation allogénique de cellules souches hématopoïétiques (CIMHS)
Vaisseaux	GEF1	Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)
	ANG1	Interventions sur les vaisseaux périphériques (artériels)
	GEFA	Interventions et chirurgie vasculaire sur les vaisseaux intra-abdominaux
	GEF3	Chirurgie carotidienne
	ANG3	Interventions sur la carotide et les vaisseaux extracrâniens
	RAD1	Radiologie interventionnelle
	RAD2	Radiologie interventionnelle complexe
Cœur	HER1	Chirurgie cardiaque simple
	HER1.1	Chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire avec machine cœur-poumons (sans chirurgie coronarienne)
	HER1.1.1	Chirurgie coronarienne (PAC)
	HER1.1.2	Chirurgie cardiaque congénitale complexe
	HER1.1.3	Chirurgie et interventions sur l'aorte thoracique
	HER1.1.4	Interventions ouvertes sur la valve aortique
	HER1.1.5	Interventions ouvertes sur la valve mitrale
	HER1.1.6	Dispositifs d'assistance ventriculaire chez l'adulte (CIMHS)
	KAR1	Cardiologie et devices
	KAR2	Électrophysiologie et CRT
	KAR3	Cardiologie interventionnelle, interventions coronariennes
	KAR3.1	Cardiologie interventionnelle, interventions structurelles
	KAR3.1.1	Cardiologie interventionnelle complexe, interventions structurelles
Néphrologie	NEP1	Néphrologie (défaillance rénale aiguë et insuffisance rénale chronique terminale)
Urologie	URO1	Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'
	URO1.1	Urologie avec titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'
	URO1.1.1	Prostatectomie radicale
	URO1.1.2	Cystectomie radicale
	URO1.1.3	Chirurgie complexe des reins (néphrectomie pour tumeur et résection partielle du rein)
	URO1.1.4	Surrénalectomie isolée
	URO1.1.7	Implantation d'un sphincter urinaire artificiel
	URO1.1.8	Néphrostomie percutanée avec fragmentation de calculs
	URO1.1.9	Lymphadénectomie rétropéritonéale pour tumeurs testiculaires après chimiothérapie (IVHSM)
Pneumologie	PNE1	Pneumologie
	PNE1.1	Pneumologie avec assistance ventilatoire spéciale
	PNE1.2	Évaluation avant ou status après transplantation pulmonaire
	PNE1.3	Mucoviscidose
	PNE2	Polysomnographie

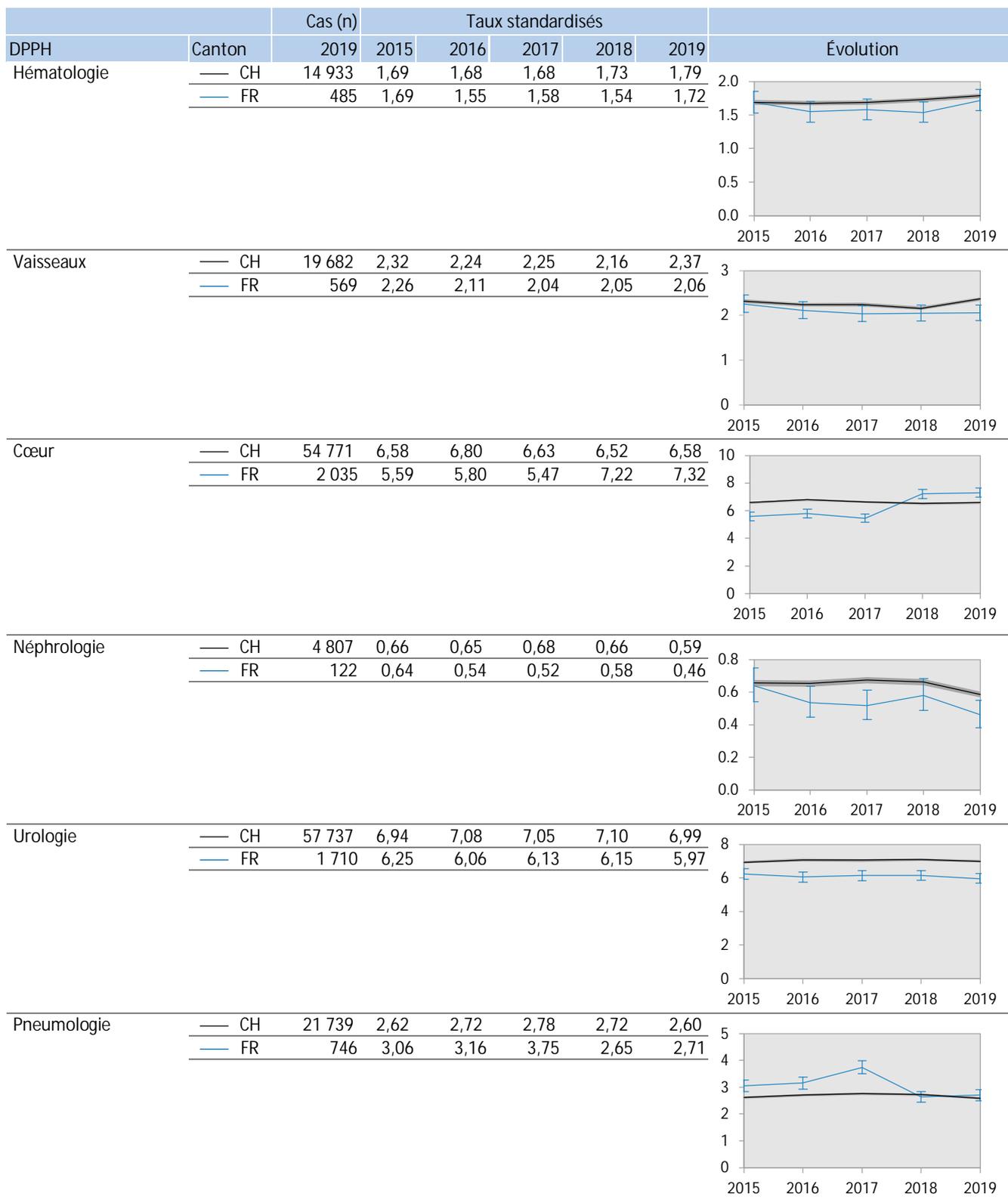
DPPH	GPPH	Description
Chirurgie thoracique	THO1	Chirurgie thoracique
	THO1.1	Cancers du système respiratoire (résection curative par lobectomie / pneumonectomie)
	THO1.2	Opérations du médiastin
Transplantations d'organes solides	TPL1	Transplantation cardiaque (CIMHS)
	TPL2	Transplantation pulmonaire (CIMHS)
	TPL3	Transplantation hépatique (CIMHS)
	TPL4	Transplantation pancréatique (CIMHS)
	TPL5	Transplantation rénale (CIMHS)
	TPL6	Transplantation intestinale
	TPL7	Transplantation splénique
Orthopédie	BEW1	Chirurgie de l'appareil locomoteur
	BEW2	Orthopédie
	BEW3	Chirurgie de la main
	BEW4	Arthroscopie de l'épaule et du coude
	BEW5	Arthroscopie du genou
	BEW6	Reconstruction de membres supérieurs
	BEW7	Reconstruction de membres inférieurs
	BEW7.1	Prothèses de hanche de première intention
	BEW7.1.1	Reprises de prothèse de la hanche
	BEW7.2	Prothèses du genou de première intention
	BEW7.2.1	Reprises de prothèses du genou
	BEW8	Chirurgie du rachis
	BEW8.1	Chirurgie spécialisée du rachis
	BEW8.1.1	Chirurgie hautement complexe de la colonne vertébrale
BEW9	Tumeurs osseuses malignes et sarcomes des tissus mous	
BEW10	Chirurgie du plexus	
BEW11	Réimplantations	
Rhumatologie	RHE1	Rhumatologie
	RHE2	Rhumatologie interdisciplinaire
Gynécologie	GYN1	Gynécologie
	GYNT	Tumeurs gynécologiques
	GYN2	Centre de sénologie certifié reconnu
	PLC1	Interventions liées à la transsexualité
Obstétrique	GEBH	Maisons de naissance (à partir de la 37e sem.)
	GEBS	Obstétrique dirigée par des sages-femmes à l'hôpital ou en milieu hospitalier
	GEB1	Soins de base en obstétrique (à partir de AG 35 0/7 SA et PN 2000g)
	GEB1.1	Obstétrique (à partir de AG 32 0/7 SA et PN 1250g)
	GEB1.1.1	Obstétrique spécialisée
Nouveau-nés	NEOG	Soins de base aux nouveau-nés en maisons de naissance (dès 37 SA et PN 2000g)
	NEO1	Soins de base aux nouveau-nés (dès AG 35 0/7 SA et PN 2000g)
	NEO1.1	Soins de base aux nouveau-nés (dès AG 32 0/7 SA et PN 1250g)
	NEO1.1.1	Néonatalogie (à partir d'AG 28 0/7 SA et PN 1000g)
	NEO1.1.1.1	Néonatalogie hautement spécialisée (AG < 28 0/7 SA et PN < 1000g)
(Radio-)oncologie	ONK1	Oncologie
	RAO1	Radio-oncologie
	NUK1	Médecine nucléaire
Traumatismes graves	UNF1	Chirurgie d'urgence (polytraumatismes)
	UNF1.1	Chirurgie d'urgence spécialisée (traumatismes cranio-cérébraux) (CIMHS)

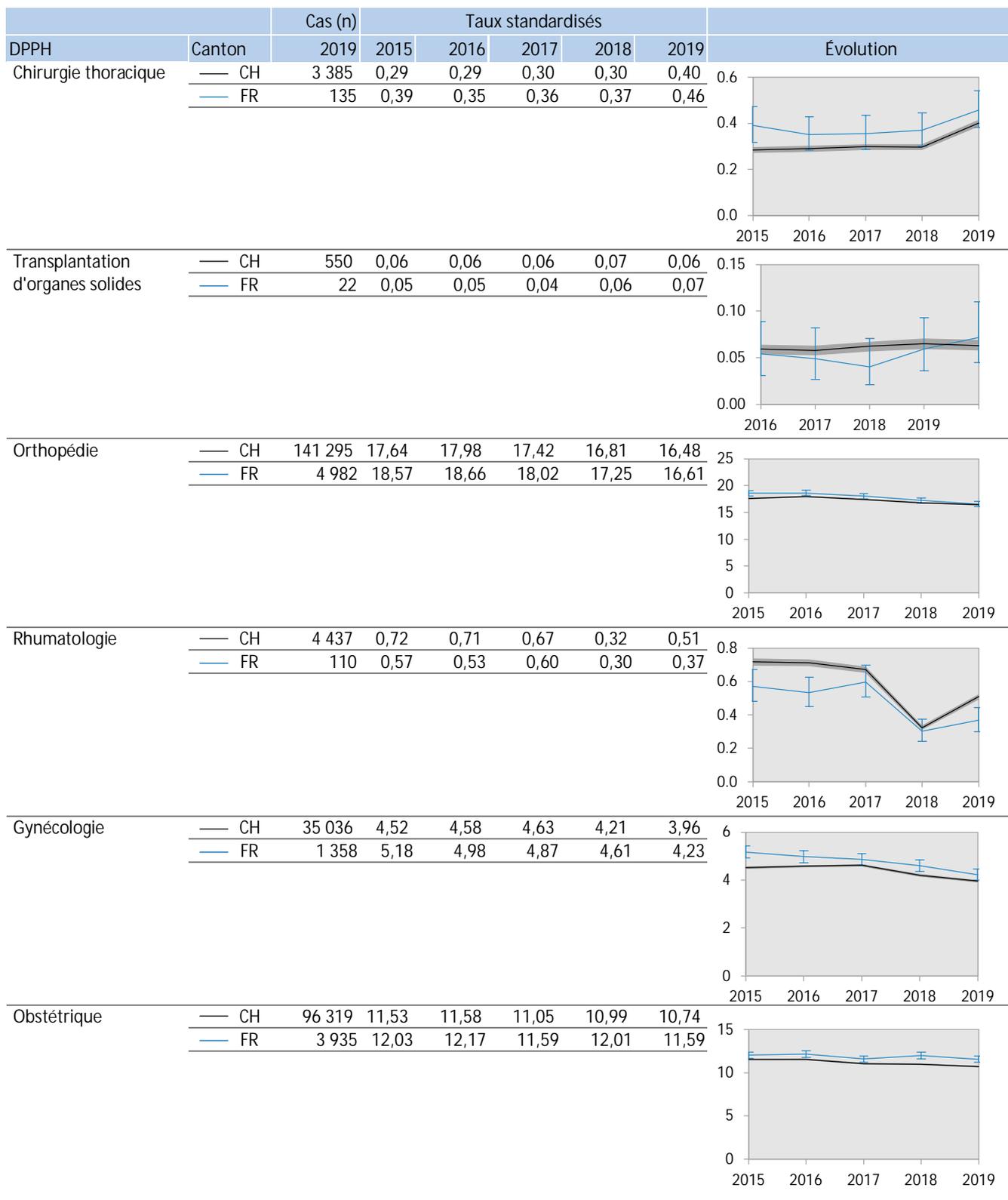
DPPH	GPPH	Description
Domaines pluridisciplinaires	UNF2	Brûlures étendues (CIMHS)
	KINM	Pédiatrie
	KINC	Chirurgie pédiatrique
	KINB	Chirurgie pédiatrique de base
	KAA	Anesthésie pédiatrique "A"
	KAB	Anesthésie pédiatrique "B"
	KAC	Anesthésie pédiatrique "C"
	KAD	Anesthésie pédiatrique "D"
	GER	Centre de compétences en gériatrie aiguë
	PAL	Centre de compétences en soins palliatifs
	AVA	Soins somatiques aigus de personnes souffrant de maladies de dépendance
	ISO	Station d'isolation spéciale

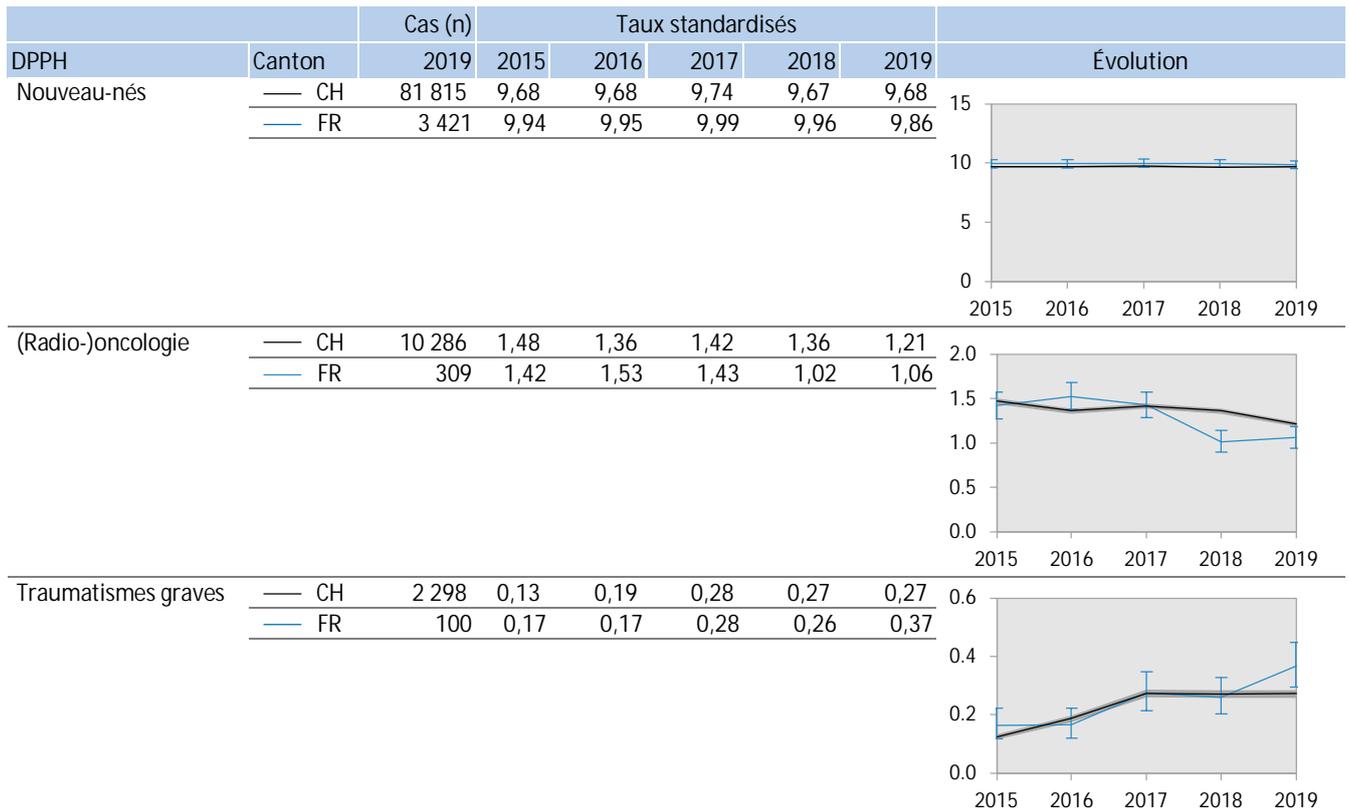
### Annexe 3 Taux d'hospitalisation standardisés pour 1 000 habitants, par DPPH, Suisse et canton de FR, 2015-2019







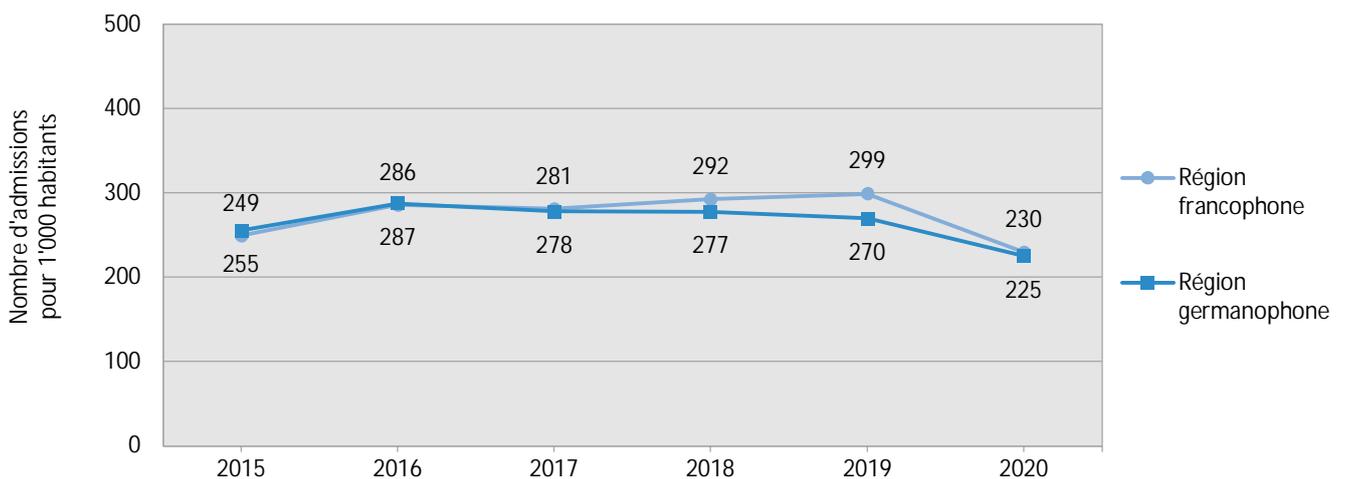




Sources: OFS – MS, KS, STATPOP

© Obsan 2023

Annexe 4 Taux de recours aux services d'urgence et aux permanences d'un hôpital selon la région de domicile, canton de FR, 2015-2020



Sources: OFS – PSA, STATPOP

© Obsan 2023